

TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado Interuniversitario Territorio y Sociedad: Evolución
histórica de un espacio tricontinental (África, América y Europa)

La interpretación sanitaria en los hospitales públicos de la isla de Gran Canaria: situación actual y protocolo de actuación



Mónica del Carmen Santana García
Las Palmas de Gran Canaria, enero 2021

TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado Interuniversitario Territorio y Sociedad: Evolución
histórica de un espacio tricontinental (África, América y Europa)

La interpretación sanitaria en los hospitales públicos de la isla de Gran Canaria: situación actual y protocolo de actuación

Realizada por:

Mónica del Carmen Santana García

Dirigida por:

Dra. Jessica Pérez-Luzardo Díaz

Dra. Goretti García Morales

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es averiguar cómo se comunica el personal sanitario de los dos hospitales públicos de la isla de Gran Canaria con el paciente extranjero, y qué hacen para solucionar los problemas de comunicación cuando los encuentran. A la vista de estos resultados haremos una propuesta de posibles formas de gestionar la asistencia sanitaria a extranjeros en Gran Canaria. Con este estudio pretendemos contribuir a la concienciación de que es necesario contar con un servicio de interpretación en los hospitales públicos de la isla objeto de estudio.

Esta tesis doctoral se divide en tres grandes apartados. En primer lugar, el marco teórico que consta de siete capítulos que van de lo general a lo específico, en el que empezamos por explicar qué es la interpretación y enmarcamos la interpretación sanitaria. Seguidamente, abordamos la figura del intérprete sanitario, su perfil, competencias, y formación académica. Por último, concluimos los capítulos de fundamentación teórica haciendo un repaso de la interpretación en el mundo, en Europa y en el territorio español, para finalmente centrarnos en la interpretación sanitaria en Canarias y más concretamente en Gran Canaria.

El segundo gran apartado está dedicado al estudio empírico. Antes de presentar los datos del estudio definitivo, comentamos el estudio preliminar que forma parte de nuestro Trabajo de Fin de Máster (TFM) realizado durante el curso 2016/2017. Nuestro estudio definitivo se desarrolló entre finales de 2018 y 2019; mediante la entrega de cuestionarios al personal sanitario, pretendíamos conocer cómo se comunica el personal sanitario con aquellos pacientes extranjeros que no hablan el idioma local. Tras analizar los datos que obtuvimos de las encuestas, presentamos y discutimos los resultados que nos guiaron para desarrollar el tercer y último apartado de esta tesis doctoral.

El último apartado de nuestra tesis se centra en el diseño de un protocolo de actuación para que el personal sanitario sepa cómo actuar cuando acude un paciente extranjero al centro sanitario. Dicho protocolo cuenta con el desarrollo de diferentes propuestas para implantar un servicio de interpretación presencial, telefónico o de videoconferencia o mixto. Del mismo modo, presentamos una propuesta siguiendo el modelo de interpretación que está implantado en Auckland, Nueva Zelanda. Además, abordamos temas como el posible salario de los intérpretes sanitarios y la financiación de este.

En el último capítulo se presentan las conclusiones y posibles líneas de investigación futuras.

Palabras clave: interpretación en los servicios públicos, servicio de mediación intercultural e interpretación, intérprete sanitario, comunicación con el paciente.

ABSTRACT

The main objective of this study is to find out how the healthcare staff of the two public hospitals in Gran Canaria communicate with foreign patients, and what they do to solve communication problems when they appear. Regarding the results we will make a proposal of possible ways to manage healthcare for foreigners in Gran Canaria. With this study we would like to help raise awareness about the need to have an interpreting service in the public hospitals of Gran Canaria.

This thesis is divided into three main sections. Firstly, we present the theoretical framework which consists of seven chapters that go from general to specific content, explaining what interpreting is and framing healthcare interpreting. In the second part of this first section, we deal with the figure of healthcare interpreters, their profile, competencies, and academic training. To finish this section, we review the current situation of interpreting in the world, in Europe and in Spain, ending with an overview of healthcare interpreting in the Canary Islands and more specifically in Gran Canaria.

The second large section is devoted to the empirical study. Before presenting the data of the final study, we focus on the preliminary study that was part of our MA dissertation carried out during the academic year 2016/2017. The information gathered then gave us an insight into what we would later develop in 2018/2019 as the core chapter of this thesis. By interviewing healthcare professionals, we aimed to find out how healthcare staff in Gran Canaria communicates with those foreign patients who do not speak the local language. After analysing the data that we obtained from the surveys, we present and discuss the results that led us to develop the third and final section of this doctoral thesis.

The last section of our thesis focuses on designing and explaining an action protocol so that healthcare staff knows how to act when a foreign patient goes to a healthcare centre. This protocol includes the development of different proposals including a face-to-face interpreting service, a telephone and videoconference interpreting service or a combination of both. One of the proposals we suggest follows the interpreting model that is currently working in Auckland, New Zealand. In addition, we address issues such as the possible salary of healthcare interpreters and the financing of this service.

The last chapter is where we present conclusions and future research directions.

Key words: public service interpreting, navigation and interpreting services, healthcare interpreter, communication with patient.

AGRADECIMIENTOS

En estos últimos tres años de duro trabajo, cuyo resultado se recoge en la presente tesis doctoral, me gustaría agradecer a todas las personas que han sido parte de este proyecto.

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi familia, a mis padres y a mi hermana, quienes durante este camino me han apoyado, ayudado y soportado con mucho cariño y mucha paciencia. Pero, en especial, gracias a mi hermana Andrea por ayudarme a pasar cuestionarios y preocuparse siempre por cómo iba con el desarrollo de este trabajo, y, sobre todo, gracias a mi madre por su constante apoyo y colaboración para pasar los cuestionarios por los centros hospitalarios y por su infinita paciencia, levantándose ante cada obstáculo y piedra en el camino porque mis alegrías también son las suyas. Gracias por enseñarme a no rendirme y recordarme que hay que terminar lo que se empieza.

Gracias a mis dos directoras de tesis: Jessica Pérez-Luzardo Díaz y Goretti García Morales.

A Jessica, mi madre científica, por su dedicación y orientación, por animarme y darme fuerzas cuando más lo necesitaba y no permitir que tirase la toalla en ningún momento. Gracias por enseñarme tanto y guiarme durante todo el proceso. Gracias por respetar y apoyar mis ideas. En definitiva, gracias por confiar en mí y apostar por este trabajo.

A Goretti, mi guía universitaria, gracias por empezar conmigo este largo camino, guiarme, apoyarme y ayudarme desde el primer minuto. Gracias por apostar por mi idea, ayudarme a darle forma y confiar en mí. Sin su ayuda este trabajo no hubiera visto la luz.

Gracias a D. José Molina González por su ayuda incondicional durante el análisis estadístico y por su infinita paciencia para que intentara entender la estadística necesaria para esta tesis. Gracias por su generosidad y colaboración sin esperar nada a cambio.

Gracias a la Dra. Ineke Crezee por su gran acogida en Nueva Zelanda, por ayudarme durante mi estancia, y por permitirme asistir a sus clases. Gracias, también, a todos los intérpretes de Auckland por el tiempo que emplearon para responder a la encuesta y por compartir con nosotros su experiencia como intérpretes sanitarios.

Gracias a Esther por su apoyo y amistad. Gracias por siempre estar ahí durante este proyecto que empecé con mucha ilusión, y por levantarme el ánimo para seguir adelante cada vez que me veía derrotada.

Gracias a Ale por caminar a mi lado durante todos estos años. Gracias por su apoyo y animarme para seguir siempre hacia delante y nunca mirar hacia atrás. Gracias por haberme acompañado y seguido a la otra parte del mundo para que pudiera cumplir mi sueño. Simplemente gracias por estar siempre ahí.

Gracias a Melania y Alejandro Jiménez por ayudarme en este trabajo, dándome ideas cuando estaba estancada en el camino. Gracias por interesarse en cada momento por el «estado» de esta tesis durante todos estos años.

Gracias a todo el personal sanitario del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín por su colaboración y por hacerme un hueco en su apretada agenda y contestar al cuestionario para que esta tesis siguiera su curso. Gracias en especial a D. David Kim Lee, urólogo del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, por su ayuda incondicional cada vez que lo necesitaba y por aportar su granito de arena en este trabajo con sus ideas.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Objetivos del estudio	2
1.2. Estructura del trabajo.....	3
1.3. Justificación del tema de investigación.....	5
2. LA INTERPRETACIÓN: CONCEPTO, TÉCNICAS Y MODALIDADES	7
2.1. ¿Qué es la interpretación?	7
2.2. Denominación de las variedades de interpretación	8
2.2.1. La interpretación consecutiva y sus ámbitos de aplicación	12
2.2.2. La interpretación simultánea y sus ámbitos de aplicación.....	12
2.2.3. La interpretación bilateral y sus ámbitos de aplicación	17
3. LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO	21
3.1. El intérprete sanitario	22
3.1.1. Requisitos y competencias del intérprete sanitario	23
3.2. La mediación intercultural y el mediador intercultural en el ámbito sanitario .28	
3.3. La cultura y su influencia en el ámbito sanitario	34
3.3.1. La cultura desde el punto de vista comunicativo	35
3.3.2. Cultura y salud	38
3.4. El código ético del intérprete sanitario	40
3.5. Formación en interpretación sanitaria	44
4. LA INTERPRETACIÓN SANITARIA: PRINCIPALES REFERENTES MUNDIALES	51
4.1. Australia	51
4.2. Canadá.....	52
4.3. Estados Unidos.....	52
4.4. Nueva Zelanda	52
5. LA INTERPRETACIÓN SANITARIA EN EUROPA	57
5.1. Reino Unido.....	57
5.2. Noruega.....	57
5.3. Suecia	58
5.4. Francia.....	58
5.5. Bélgica.....	58
5.6. Alemania.....	59
5.7. Suiza.....	59
5.8. Italia	60
6. LA INTERPRETACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA	61
6.1. Andalucía.....	64
6.2. Aragón	65

6.3.	Cataluña	66
6.4.	Las islas Baleares.....	67
6.5.	Extremadura	67
6.6.	Galicia	68
6.7.	Madrid.....	68
6.8.	Castilla-La Mancha	69
6.9.	Murcia.....	69
6.10.	País Vasco.....	69
6.11.	Navarra.....	70
6.12.	Comunidad Valenciana.....	70
7.	<i>LA INTERPRETACIÓN SANITARIA EN CANARIAS</i>	73
7.1.	Población extranjera residente y turismo en Canarias.....	78
7.2.	Situación de la interpretación sanitaria en Gran Canaria	82
8.	<i>METODOLOGÍA Y RESULTADOS</i>	87
8.1.	Estudio piloto	87
8.1.1.	Objetivo principal del estudio piloto	88
8.1.2.	Metodología.....	88
8.1.3.	Resultados del estudio piloto.....	89
8.1.4.	Discusión de los resultados	93
8.1.5.	Aspectos de mejora	93
8.2.	Estudio principal.....	94
8.2.1.	Hipótesis y objetivos	94
8.2.2.	Metodología.....	95
8.2.3.	Aspectos éticos y protección de los sujetos participantes	99
8.2.4.	Resultados del estudio definitivo	99
8.3.	Discusión de los resultados.....	150
9.	<i>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN</i>	155
9.1.	Diseño del protocolo de actuación	155
9.1.1.	Introducción.....	156
9.1.2.	Objetivos	156
9.1.3.	Ámbito de aplicación y profesionales a los que va dirigido.....	156
9.1.4.	Propuestas de protocolo de actuación	157
9.1.5.	Tarifas de los intérpretes sanitarios	166
9.1.6.	Acceso al puesto de trabajo	170
9.1.7.	Financiación del servicio de interpretación.....	170
9.2.	Resumen del protocolo de actuación.....	172
10.	<i>CONCLUSIONES</i>	177
	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	187
	<i>LISTA DE TABLAS</i>	201
	<i>LISTA DE ILUSTRACIONES</i>	207
	<i>LISTA DE GRÁFICOS</i>	209
	<i>ANEXOS</i>	211

Anexo I. Cuestionario empleado en el estudio observacional en Auckland, Nueva Zelanda	211
Anexo II. Entrevista completa a la intérprete voluntaria	213
Anexo III. Cuestionario empleado en el estudio piloto 2016/2017	217
Anexo IV. Cuestionario empleado en el estudio definitivo	219
Anexo V. Consentimiento informado para participar en el estudio definitivo	225
Anexo VI. Autorización para realizar el estudio definitivo	229

1. INTRODUCCIÓN

Esta tesis doctoral titulada *La interpretación sanitaria en los hospitales públicos de la isla de Gran Canaria: situación actual y protocolo de actuación* presenta un estudio descriptivo de las circunstancias que hoy en día rodean el desarrollo de la interpretación sanitaria en los dos hospitales públicos de la isla: el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. El objetivo principal es averiguar cómo se comunica el personal sanitario con los pacientes extranjeros que acuden a los centros sanitarios de Gran Canaria y, en caso necesario, proponer un protocolo de actuación.

Aunque la interpretación en los Servicios Públicos o interpretación comunitaria («community interpreting» en inglés), en la que se enmarca la interpretación sanitaria es aún considerada como la «hermana pobre de la interpretación», en los últimos años la interpretación en los Servicios Públicos ha suscitado el interés general de los investigadores de la interpretación. Es por eso por lo que se han generado varios debates en cuanto a la denominación, alcance y profesionalización de este tipo de actividad interpretativa. Esta difusión en los límites de lo que comprende se demuestra por ejemplo en que González, Vázquez y Mikkelsen (1991:29) afirman que el término «interpretación en los Servicios Públicos» se aplica a toda actividad interpretativa no profesional («community interpreting refers to any interpretation provided by non-professional interpreters»), distinguiendo, por un lado, entre los intérpretes amateur (que corresponderían a los intérpretes comunitarios), y por otro lado, los intérpretes profesionales (entre los que las autoras incluyen los de conferencia, tribunales, de acompañamiento, de negocios y sanitarios). En esa misma línea, Pöchhacker (1999:127) señala que la analogía semántica del término «community interpreting» con actividades tales como «community service or (unpaid) community work», que se realizan de manera voluntaria y no remunerada, puede llevar a malinterpretar el término «community interpreting».

Los debates que se generan en torno a este tipo de interpretación, tales como el comentado anteriormente u otros como las diferentes denominaciones de la profesión o la distinción entre intérpretes sanitarios o mediadores interculturales, dependen, como veremos a lo

largo de este trabajo, de la visión y el enfoque que cada investigador adopta respecto a dichos asuntos. Por esa razón, nosotros también expondremos nuestra visión investigadora, respaldados por la literatura recogida sobre la interpretación en general, y posteriormente, sobre la interpretación sanitaria en particular. Asimismo, trataremos de definir cómo entendemos nosotros las técnicas y modalidades de interpretación, que los autores denominan de maneras diferentes.

1.1. Objetivos del estudio

En relación con nuestros intereses investigadores, a continuación, presentamos una lista con los objetivos principales que dieron lugar a la elaboración de esta tesis doctoral:

1. Conocer el estado de la cuestión sobre la interpretación, partiendo de lo general para llegar a lo específico. Esto nos ayudará a delimitar conceptos y de esta manera explicar la interpretación sanitaria en su contexto.
2. Distinguir y esclarecer la figura del intérprete sanitario para poder establecer sus competencias, conocimientos y formación específica. Dentro de este objetivo, en concreto nos proponemos aclarar el papel del intérprete en el ámbito sanitario y las diferencias más significativas entre el mediador intercultural y el intérprete de los Servicios Públicos.
3. Poner de manifiesto la relación entre cultura y salud que recomienda que la interpretación se lleve a cabo por intérpretes profesionales y no por intérpretes *ad hoc*. En relación con esto, y puesto que repercute directamente en la inexistencia de un servicio de calidad, un objetivo secundario es exponer la situación de desprestigio en la que actualmente se encuentra, a diferencia de otros tipos de interpretación, la profesión de intérprete sanitario.
4. Explorar la pertinencia de emplear aplicaciones de traducción médica que pueden servir para esclarecer la necesidad sanitaria que tiene el paciente y derivarlo a un servicio u otro en tanto que se procede a localizar a un intérprete profesional.
5. Definir y explicar las características que debería tener un servicio de asistencia lingüístico reconocido para gestionar con eficacia las necesidades de comunicación cuando aparezcan. Para ello, reuniremos experiencias acerca de cómo se procede en otros países donde la interpretación sanitaria está profesionalizada.

6. Recoger datos y analizarlos para conocer la situación actual de la interpretación sanitaria en la isla de Gran Canaria. Esto nos permitirá observar si hace falta tomar medidas para poder brindar un servicio de calidad a los pacientes extranjeros que, estando en Gran Canaria, no pueden comunicarse por desconocer el idioma local.
7. En caso necesario, crear un protocolo de actuación diseñado según las necesidades reales del personal sanitario que contribuiría a la fluidez en los procesos de comunicación y redundaría en beneficios para el paciente y para el servicio sanitario. Este incluiría algunas propuestas de financiación de dicho servicio pues, para optimizar recursos y garantizar la calidad del servicio, este no puede gestionarse de manera errática a medida que surgen necesidades, sino que debe contar con una fuente de financiación estable que permita además su pervivencia en el tiempo.

1.2. Estructura del trabajo

Esta tesis doctoral se divide en tres secciones principales. En la primera de ellas presentamos el marco teórico de este trabajo, mediante el cual pretendemos dar una visión de la interpretación sanitaria que va de lo general a lo específico. Esta sección se divide en seis capítulos - del capítulo dos al capítulo siete - se encargan de definir qué es la interpretación, y enmarcar la interpretación sanitaria. Por eso, en el segundo capítulo, delimitamos el concepto de interpretación y abordamos la distinción entre técnicas y modalidades, basándonos en Jiménez Ivars (2002) y Collados Aís (2001). Del mismo modo, hacemos una presentación detallada de la interpretación consecutiva, la interpretación simultánea y la interpretación bilateral al igual que sus ámbitos de aplicación, con el fin de delimitar dónde se encuentra la interpretación sanitaria.

El tercer capítulo está dedicado exclusivamente a la interpretación sanitaria, principal objeto de estudio de esta tesis doctoral. Definimos la figura profesional del intérprete sanitario y delimitamos los requisitos y competencias que debe poseer esta figura. Además, partiendo de los dilemas a los que debe enfrentarse el intérprete sanitario en el desempeño de su labor cotidiana, también nos adentramos en el concepto de mediación intercultural y la figura del mediador intercultural. Del mismo modo, abordamos la cultura desde el punto de vista comunicativo y cómo la comunicación efectiva en el contexto sanitario puede verse afectada negativamente por cuestiones relacionadas con la cultura. A continuación, exponemos el código ético por el que deben regirse los

intérpretes. Finalmente hablamos sobre la formación en interpretación sanitaria en los estudios de grado y máster.

En los capítulos cuatro, cinco y seis del marco teórico exponemos una visión general sobre la interpretación sanitaria en el mundo. En primer lugar, nos centramos en algunos países como Australia, Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda, muy alejados de nosotros, tanto desde el punto de vista geográfico como del de los avances en interpretación sanitaria. Posteriormente, ponemos la vista en el estado de la interpretación sanitaria en algunos países de Europa como Reino Unido, Noruega, Bélgica y Alemania. Abordamos luego la situación que atraviesa la interpretación sanitaria en España, ilustrando con ejemplos las prácticas actuales en comunidades autónomas como Andalucía, Cataluña, Murcia o Galicia. Finalmente, en el último capítulo de la parte teórica descendemos a la descripción del estado actual de la interpretación sanitaria en Canarias, objeto principal de nuestro estudio. Como contextualización previa, para entender la dimensión del problema en nuestro entorno, exponemos datos sobre la población extranjera residente en Canarias y sobre los métodos que actualmente se emplean en nuestras instalaciones sanitarias para comunicarse con personas que no hablan español correctamente.

El capítulo ocho constituye la segunda sección de este trabajo. En él exponemos la metodología que seguimos para realizar este estudio y los resultados que obtuvimos tras analizar los datos que arrojaron las encuestas realizadas al personal sanitario. En primer lugar, detallamos la metodología y los resultados de un estudio piloto realizado en 2017. Este primer acercamiento a la cuestión, que recogimos en nuestro Trabajo de Fin de Máster (Santana García, 2017), fue el embrión del estudio definitivo, más riguroso y profundo, que explicamos en el segundo apartado del capítulo ocho. Para obtener los datos de los que partir para elaborar un protocolo que resultara útil en situaciones reales, nos dirigimos al personal sanitario del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y al personal del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Con ello pretendíamos averiguar cómo se establece la comunicación en la práctica cotidiana entre el personal sanitario y el paciente extranjero que tiene que hacer uso de las instalaciones médicas de la isla. Tanto la metodología como los resultados obtenidos en este segundo estudio se analizan detalladamente en el segundo apartado del capítulo ocho.

Finalmente, tras comprobar que no existe un sistema regulado a tal efecto, la tercera sección del trabajo (capítulo nueve) se dedica a la elaboración de un protocolo de actuación que guíe al personal sanitario acerca de cómo debe actuar ante la llegada de un paciente extranjero. Dentro de dicho protocolo hacemos una serie de propuestas para implementar un servicio de interpretación en los hospitales públicos de Gran Canaria. Nos centramos en proporcionar varias opciones acordes con las necesidades reales de los usuarios y las posibilidades que la tecnología permite actualmente, incluyendo servicios de interpretación telefónica y de videoconferencia como complemento a la interpretación presencial. Además, una de las propuestas toma como referencia el modelo de servicio de asistencia lingüística en el ámbito sanitario que está en funcionamiento en Auckland, Nueva Zelanda ya que, como tuvimos oportunidad de comprobar durante una estancia de investigación (2019) esta nación se encuentra entre las pioneras en la prestación de servicios efectivos en el ámbito de la interpretación sanitaria. Por último, cabe destacar que, en la línea de la viabilidad de dicho servicio, también proponemos algunas alternativas de financiación para que su sostenimiento no dependa exclusivamente del Servicio Canario de Salud (SCS).

1.3. Justificación del tema de investigación

Para terminar este capítulo introductorio a nuestra tesis doctoral nos gustaría señalar los motivos que nos impulsaron a realizar el trabajo. La convivencia con personas dedicadas al ámbito de la salud despertó nuestro interés por este asunto desde hace unos años. Hemos sido testigos de los problemas que el personal sanitario tiene para comunicarse con el usuario extranjero. y, conscientes de que una mala comunicación puede acarrear graves consecuencias para ambas partes, no solo en términos de presión o estrés, sino incluso de errores diagnósticos o falta de adhesión a los tratamientos, decidimos ahondar en este asunto e intentar concienciar al personal sanitario de que contar con un intérprete profesional es imprescindible para poder brindar un servicio de calidad y poder comunicarse con el paciente extranjero, el cual se encuentra en situación de vulnerabilidad al no entender el idioma local.

2. LA INTERPRETACIÓN: CONCEPTO, TÉCNICAS Y MODALIDADES

2.1. ¿Qué es la interpretación?

La interpretación existe desde tiempos inmemoriales, y es una «de las actividades más antiguas de la humanidad» (Jiménez Ivars, 2012:41). Esta actividad surgió entre dos grupos o tribus con lenguas diferentes con la necesidad de comunicarse y de contar con un conocedor de ambas lenguas que podía servir de intermediario (cf. ibídem, 2012).

Hay muchas definiciones de interpretación, según distintos estudiosos del tema, pero parece haber consenso en que la interpretación es una forma de traducción. Pöchhacker (2004:11) define la interpretación diciendo que «interpreting is a form of translation in which a first and final rendition in another language is produced on the basis of a one-time presentation of an utterance in a source language». Este autor centra su definición en la inmediatez e irreversibilidad de la interpretación como un proceso que consiste en traducir un mensaje que solo podemos escuchar una vez en la lengua original, y reproducirlo en la lengua meta, también sin posibilidad de volver a reformularlo.

Sin embargo, el mensaje no es un simple trasvase lingüístico, puesto que los intérpretes no hablan en nombre propio y se adecuan al contexto y a la situación comunicativa. Como explica Wadensjö (1998:42):

Interpreters on duty understand themselves not only to be translating between languages, but also to be performing on others' behalf various activities, such as persuading, agreeing, lying, questioning, claiming, explaining, comforting, accusing, denying, coordinating interaction, and so forth.

Por lo tanto, los intérpretes no solo traducen de una lengua a otra, sino que, entre otras cosas, actúan en nombre de terceras personas, convencen, mienten, dan explicaciones, acusan y niegan.

En definitiva, la interpretación es traducir de forma oral. Interpretar consiste en lograr que el oyente entienda el significado y la intención del mensaje, como si lo estuviera escuchando en su lengua materna (cf. Jiménez Ivars, 2012).

2.2. Denominación de las variedades de interpretación

No hay una denominación exacta para las variedades de interpretación. Normalmente se habla de interpretación simultánea, consecutiva o bilateral. Se hace referencia a la interpretación susurrada o *chuchotage*, se habla de interpretación de conferencias para referirse a la interpretación simultánea, y recientemente se ha empezado a utilizar el término interpretación comunitaria para referirse a la interpretación en los servicios públicos (Jiménez Ivars, 2002). Por tanto, no hay una terminología específica para referirse a las distintas variedades de interpretación ni consenso sobre el metalenguaje para hacer referencias a las variedades según la técnica o el ámbito de su práctica. En este apartado vamos a abordar las clasificaciones más destacadas para, a continuación, delimitar el uso terminológico en este trabajo.

Una de las más reconocidas investigadoras del ámbito nacional, Collados Aís (2001), distingue entre técnicas y modalidades de interpretación. Por un lado, según esta autora, las técnicas de interpretación son las que están relacionadas con las operaciones mentales que lleva a cabo el intérprete al realizarlas, a saber, la interpretación bilateral, la interpretación consecutiva y la interpretación simultánea. Por otro lado, existen cuatro modalidades de interpretación y se refieren a «la aplicación de una o varias técnicas de interpretación en un marco situacional determinado» (Collados Aís, 2001:52). Las modalidades, según esta autora, se clasifican de la siguiente manera: interpretación de conferencias, interpretación ante los tribunales, interpretación de enlace e interpretación social.

De manera contraria, Jiménez Ivars (2002) clasifica la interpretación en dos bloques, las modalidades de interpretación y los tipos de interpretación. Para esta autora, las modalidades de interpretación «condicionan el ritmo de enunciación del texto de origen; las posibilidades básicas son las siguientes: a) Enunciado del texto origen oral con interrupciones y posterior producción oral de la reformulación: modalidades consecutivas. b) Enunciado del texto origen oral sin interrupciones y paralela producción oral de la reformulación: modalidades simultáneas» (Jiménez Ivars, 2002:2). Las modalidades se clasifican de la siguiente manera:

- Modalidades consecutivas
 - Interpretación consecutiva dialógica
 - Interpretación consecutiva monológica
- Modalidades simultáneas

En cuanto a los tipos de interpretación, estos se refieren a la situación de uso, es decir el contexto físico y comunicativo en el que puede tener lugar la interpretación. Según Jiménez Ivars (2002) los tipos de interpretación son los siguientes:

- Interpretación de conferencia
- Interpretación en los medios audiovisuales
- Interpretación para profesionales
- Interpretación social
- Interpretación de tribunales

Como ya se ha ido viendo, estudiosos de la interpretación hacen distinciones en lo que respecta a las modalidades, técnicas, tipos o ámbitos de interpretación con el fin de diferenciar entre las diversas formas de práctica y ayudar así a definir su área de interés.

El término «ámbito», por un lado, hace referencia al lugar donde se desarrolla la interpretación (por ejemplo, un hospital o una comisaría), y, por otro lado, es una manera de designar las subcategorías de un ámbito más general (el ámbito sanitario o el ámbito educativo en la interpretación en los servicios públicos). El ámbito sanitario se concibe como un subtipo de la interpretación en los servicios públicos, y esta última es un tipo de interpretación en el sentido más amplio de la palabra. Sin embargo, en algunas ocasiones los ámbitos se han seguido subdividiendo como el ámbito pediátrico, psicoterapia o patología del habla, que se enmarcan en el ámbito sanitario (cf. Grbić, 2015).

En definitiva, los ámbitos se definen como un contexto de interacción socio-espacial en el que la interpretación tiene lugar. Un ámbito específico, por lo tanto, está formado por la relación con los agentes (disposición mental, social y cultural) y el lugar implicado (tanto físico como material).

Pöchhacker (2015) coincide con Jiménez Ivars (2002) al denominar modalidades de interpretación a la interpretación consecutiva, simultánea y bilateral. Del mismo modo,

afirma que no hay terminología específica para referirse a las variedades de interpretación.

Por todo esto, en este trabajo hemos querido empezar por definir a qué nos referimos al hablar de variedades de interpretación. A nuestro modo de ver, dentro de las variedades de interpretación se distinguen, por un lado, las técnicas de interpretación y, por otro lado, los tipos o ámbitos de interpretación.

En cuanto a las técnicas de interpretación coincidimos con Collados Aís (2001) en que estas hacen referencia a las operaciones mentales que realiza el intérprete y a las distintas actividades que se llevan a cabo en el proceso. Las técnicas de interpretación son la interpretación consecutiva, la interpretación simultánea y la interpretación de enlace o bilateral.

Las técnicas de interpretación se pueden dividir en dos bloques, los monológicos y los dialógicos. Dentro de los monológicos se encuentran la interpretación simultánea, la interpretación consecutiva, la interpretación susurrada y la traducción a la vista, mientras que la interpretación bilateral es dialógica porque se desarrolla en una situación de diálogo, a tres bandas donde intervienen dos o más oradores por turnos mediante la ayuda de un intérprete que trabaja en los dos sentidos. En cambio, en las otras técnicas, el intérprete realiza la interpretación en situación de monólogo, puesto que o bien este transmite el mensaje de un orador de manera simultánea o bien lo hace de manera consecutiva, pero raras veces estará interactuando entre dos o más personas, durante el acto comunicativo.

Además, existen diferencias en cuanto a los objetivos de estos dos bloques, pues los tipos de interpretación monológicos deben transmitir el mensaje de forma inmediata, por lo que los intérpretes suelen condensar el texto con el fin de producir una interpretación fluida, evitando las repeticiones o las vacilaciones del orador en la lengua original, aunque al final el objetivo de los tipos de interpretación (monológicos o dialógicos) es el mismo: transmitir el mensaje de manera clara y que llegue a los oyentes. En palabras de Hale (2010:9):

[Los tipos de interpretación monológicos] Tienen como objetivo principal transmitir el contenido de la manera más clara y accesible que se pueda. Por ese motivo, se acepta, en general, que la condensación del texto es una estrategia necesaria y aconsejable en la interpretación simultánea y consecutiva. [...] La condensación del texto implica la omisión de los elementos sin contenido como las vacilaciones, marcadores del discurso, repeticiones y regresiones, para producir una traducción más fluida.

Por el contrario, la interpretación dialógica, es decir la interpretación bilateral, cuenta con la participación activa de los hablantes que intervienen en la comunicación, por lo que el intérprete puede incluso preguntar, en caso de necesitar una aclaración, cosa que en las interpretaciones monológicas no es posible, porque el intérprete por lo general se encuentra solo en cabina o fuera de ella para reproducir el discurso de manera simultánea o consecutiva.

Por otro lado, los ámbitos o tipos de interpretación están ligados al contexto tanto físico como comunicativo en el que se desarrolla la interpretación (Jiménez Ivars, 2002). Estos ámbitos son: la interpretación de conferencias, la interpretación en los Servicios Públicos, la interpretación entre profesionales o empresas, la interpretación judicial con la interpretación de tribunales como un subtipo de esta¹, y la interpretación en los medios de comunicación.

A modo de resumen, la interpretación bilateral es la técnica de interpretación que guarda mayor relación con la interpretación en el ámbito sanitario, foco de estudio de este trabajo. A su vez la interpretación en el ámbito sanitario es un subtipo dentro de la interpretación en los servicios públicos, y consiste en facilitar la comunicación entre el personal sanitario y el paciente y su familia. El intérprete, en este caso, no es solo el que se encarga de que la comunicación lingüística pueda desarrollarse, sino que, debe tener en cuenta, entre otras cosas, las diferencias culturales entre los interlocutores.

¹ Aunque no es de especial relevancia para nuestro trabajo de tesis, queremos precisar que no hay consenso en cuanto a la denominación de la interpretación de tribunales e interpretación profesional, a continuación, designaremos los términos que más se adecuan a nuestro trabajo. La interpretación judicial es el proceso en el que se incluyen todos los procedimientos legales, y tiene lugar en diferentes ámbitos, como interrogatorios, sentencias o vistas. Esta interpretación también se lleva a cabo en oficina de abogados, en las cárceles, en los tribunales. Es por eso por lo que la interpretación de tribunales es un subtipo de la interpretación judicial, puesto que, como explicamos anteriormente, es uno de los ámbitos, donde tiene lugar la interpretación judicial. Con respecto a la interpretación entre profesionales o empresas, algunos autores optan por el término «interpretación profesional», sin embargo, esta denominación puede resultar ofensiva, ya que todas las formas de interpretación son profesionales. Por lo tanto, para evitar confusiones podemos llamarla «interpretación entre profesionales o empresas». Esta interpretación se lleva a cabo, normalmente, en el sector privado, es decir, en negociaciones, discusiones, visitas, presentaciones o reuniones.

A continuación, comentaremos brevemente en qué consiste la interpretación consecutiva, la interpretación simultánea y la interpretación bilateral, y sus ámbitos de aplicación, si bien nos centraremos en aquellas técnicas más pertinentes para nuestro objeto de estudio.

2.2.1. La interpretación consecutiva y sus ámbitos de aplicación

La interpretación consecutiva se da cuando «el hablante produce el discurso en segmentos de hasta cinco minutos mientras el intérprete toma notas. El intérprete traduce entonces el segmento en cuestión en la lengua de llegada» (Hale, 2010:8). A pesar de que esta autora delimite el tiempo en cinco minutos, lo cierto es que, normalmente, se suelen interpretar segmentos de no más de 10 minutos (aunque se pueden extender hasta 20 minutos). Aparte existe también la interpretación consecutiva corta, en donde se interpretarán segmentos de poca duración (una frase, una idea).

Esta técnica de interpretación se caracteriza, entre otras cosas, por la toma de notas para que el intérprete pueda guiarse y le sirva como apoyo a la memoria. El intérprete que anota el mensaje original debe emplear una serie de estrategias para que su trabajo se lleve a cabo con éxito. Estas estrategias son la comprensión y el análisis del discurso, el buen uso de la memoria y la reformulación del discurso en la lengua meta (cf. Andres: 2015). Además, el intérprete debe priorizar la información más relevante.

A modo de resumen, la interpretación consecutiva se da en situaciones formales, y por ello el discurso que se interpreta puede tener un alto grado de complejidad y duración. Por esa razón, el intérprete se ayuda de la toma de notas. A pesar de que la demanda de la interpretación consecutiva «se ha visto relegada a un segundo plano por la interpretación simultánea» (Hurtado Albir, 1999:197), aún se sigue utilizando en aquellas ocasiones en las que no se dispone de instalaciones para la simultánea o se produce una avería en el equipo técnico (ibídem, 1999). Los ámbitos de aplicación de esta técnica de interpretación los veremos con más detalle en el siguiente apartado, puesto que suele tener lugar en los mismos contextos.

2.2.2. La interpretación simultánea y sus ámbitos de aplicación

La interpretación simultánea se lleva a cabo, en su mayoría, en conferencias y en congresos internacionales. Por ello, Hale (2010:8) la define de manera sencilla cuando dice que la interpretación simultánea es aquella donde «el intérprete escucha al hablante

a través de los auriculares y empieza a interpretar unos segundos después de que comience cada unidad de sentido». Entrando en más detalle, en la interpretación simultánea, el intérprete, que por lo general se encuentra dentro de cabina, transmite el mensaje del orador en otra lengua de manera casi inmediata. Sin embargo, la simultaneidad no es absoluta, ya que el intérprete debe esperar unos segundos para escuchar una unidad de sentido completa, y retenerla en la memoria mientras transmite la unidad de sentido anterior (cf. Hurtado Albir, 1999).

En la interpretación simultánea, los discursos que se interpretan son muy especializados y densos en cuanto al contenido se refiere. Esto supone un desafío para el intérprete, que tiene que ir tomando decisiones de forma inmediata, al mismo tiempo que analiza la estructura del discurso y lo transmite en la lengua meta (cf. Collados Aís, 2001).

Entre las variantes o submodalidades de la interpretación simultánea podemos encontrar la interpretación susurrada o *chuchotage*. Esta interpretación se caracteriza porque el intérprete se posiciona detrás del asistente que necesita la interpretación. Collados Aís (2001:51) describe esta variante de la siguiente manera:

El intérprete se sitúa detrás del receptor de la interpretación y le va susurrando al oído la interpretación del discurso. Es una interpretación simultánea, pero sin la instalación técnica de esta y suele utilizarse cuando hay un único receptor de la interpretación o no es posible la instalación de cabinas, o cuando el número de las mismas es insuficiente.

Los principales problemas de la interpretación susurrada son la incomodidad de la situación tanto para el intérprete como para el usuario, la dificultad para seguir el discurso en lengua meta mientras se oye el discurso en lengua original en la sala, y por consiguiente, las constantes distracciones durante la interpretación del discurso.

Del mismo modo, podemos incluir dentro de esta técnica la traducción a la vista o simultánea con texto, que según Jiménez Ivars (1999:148) «consiste en la reformulación oral en lengua de llegada de un texto escrito en lengua de partida para, al menos, un destinatario». Otros autores como Čeňková (2015) definen la traducción a la vista como el proceso por el cual un texto escrito se traduce de manera casi inmediata a la lengua meta sin casi tener tiempo para una lectura rápida del texto original. Debido a su inmediatez, la traducción a la vista se considera una submodalidad dentro de la interpretación simultánea.

Los ámbitos de trabajo de esta técnica de interpretación, según Collados Aís (2001) y Jiménez Ivars (2012) son los siguientes:

- La interpretación de conferencias: por el tipo de eventos donde se realiza y la importancia social de los participantes en ellos, se considera la modalidad de mayor prestigio. En la actualidad se utiliza en conferencias internacionales de diferentes temáticas. Las técnicas de interpretación más utilizadas en situaciones de conferencia son la interpretación consecutiva y la interpretación simultánea.
- La interpretación entre profesionales: este ámbito se aplica especialmente al comercio internacional. La interpretación tiene lugar entre dos o más personas reunidas en privado con el fin de negociar o intercambiar información, normalmente de carácter económico. Esta interpretación también la podemos encontrar en el ámbito diplomático, deportivo, artístico, militar, religioso, político, académico, periodístico, etc. La técnica más empleada es la interpretación bilateral, pero también se pueden emplear la interpretación consecutiva y la interpretación simultánea, esta última empleando tanto las submodalidades de traducción a la vista o de interpretación susurrada, puesto que tiene lugar donde uno o dos de los intervinientes en la conversación desconocen la lengua utilizada por la mayoría (por ejemplo, reuniones de trabajo).
- La interpretación cinematográfica: en algunos eventos cinematográficos, como festivales de cine, presentaciones a la prensa, filmotecas, etc. La técnica de interpretación simultánea.
- La interpretación televisiva: esta tiene lugar durante la retransmisión en directo en algunos eventos internacionales (por ejemplo, una ceremonia de entrega de premios o un discurso político). También se lleva a cabo en entrevistas televisivas con personajes extranjeros. La técnica más utilizada es la interpretación simultánea, aunque también se puede recurrir a una interpretación consecutiva en *off*.
- La interpretación ante los tribunales: se emplea para referirse a cualquier tipo de interpretación jurídica, sin embargo, puede tener lugar en otros contextos diferentes a la sala de un tribunal, como, por ejemplo, en la toma de declaración de un testigo. La técnica más empleada en esta modalidad es la interpretación

bilateral, pero también se pueden emplear tanto la interpretación consecutiva como la interpretación simultánea, por ejemplo, en grandes procesos como los juicios por los atentados del 11-M de Madrid.

Según el artículo 22 de la Ley Orgánica 2/2009, es un derecho legal que a todos los hablantes de una lengua extranjera se les asigne un intérprete en el ámbito judicial. Según Blanco y Del Pozo (2015:11) el marco internacional y europeo de derechos humanos reconoce que la interpretación es necesaria para evitar la discriminación indirecta:

Uno de los pilares sobre los que se asienta el marco internacional y europeo de derechos humanos es la prohibición de discriminación, tanto directa como indirecta. En este sentido, la provisión de intérpretes a personas inmersas en procesos judiciales que desconocen el idioma o los idiomas oficiales es una medida clave para asegurar su no discriminación en el acceso a la justicia.

Para poder garantizar que todos los ciudadanos europeos tengan derecho a asistencia lingüística en este marco, se han creado en los Estados Miembros de la Unión Europea varios registros de traductores e intérpretes cualificados (cf. Blanco y Del Pozo, 2015).

Por esa razón, España, como Estado Miembro de la UE, también tiene recogido en su legislación el derecho a asistir lingüísticamente a cualquier persona extranjera en caso de necesitarlo. Como recoge Blanco y Del Pozo (2015:14), la *Ley de Enjuiciamiento Criminal* (LECr) de 1882 recoge en su artículo 440:

Si el testigo no entendiere o no hablare el idioma español, se nombrará un intérprete, que prestará a su presencia juramento de conducirse bien y fielmente en el desempeño de su cargo. Por este medio se harán al testigo las preguntas y se recibirán sus contestaciones que éste podrá dictar por su conducto. En este caso, la declaración deberá consignarse en el proceso en el idioma empleado por el testigo y traducido a continuación al español.

Además, también se recoge el procedimiento que se lleva a cabo para seleccionar a los intérpretes de este ámbito. Según el artículo 441, «el intérprete será elegido entre los que tengan títulos de tales, si los hubiere en el pueblo. En su defecto, será nombrado un maestro del correspondiente idioma, y si tampoco le hubiere, cualquier persona que lo sepa» (Blanco y Del Pozo, 2015:14).

Este ámbito de aplicación nos sirve de ejemplo porque como se recoge en los artículos mencionados anteriormente, toda persona extranjera que requiera asistencia lingüística, en España, en el ámbito judicial tiene el derecho, por ley, de que un intérprete le facilite

ayuda lingüística, algo que no queda reflejado en el contexto sanitario, ámbito principal de este estudio.

En la siguiente tabla recogemos las técnicas de interpretación y sus ámbitos de actuación, al igual que sus destrezas, géneros y submodalidades (Jiménez Ivars, 2002:3-4).

Tabla 1. Técnicas de interpretación, canal, destrezas, condicionamientos específicos, géneros y submodalidades

	Interpretación consecutiva	Interpretación simultánea
Canal	Directo Micrófono Videoconferencia	Radio Videoconferencia Directo
Destrezas	Planificación discursiva Síntesis Oratoria	<ul style="list-style-type: none"> ● Competencia comunicativa <ul style="list-style-type: none"> ○ Anticipación morfosintáctica ○ Anticipación conceptual ○ Oratoria ○ Velocidad y prosodia ○ Comprensión lingüística ● Competencia psicofisiológica <ul style="list-style-type: none"> ○ Atención compartida ○ Memoria a corto plazo ○ Rapidez de acceso semántico
Condicionamientos Específicos	Técnica de toma de notas Memoria Número de participantes	Equipamiento electrónico Duración de la intervención
Géneros	Discurso político (mitin, discurso oficial) Discurso militar (arenga) Discurso religioso (sermón) Discurso ceremonial (celebraciones) Conferencia política Conferencia económica Conferencia científica, etc. Comunicado oficial Presentación comercial Informe pericial Vista oral	Las mismas que en consecutiva: Entrevistas en TV Debates en TV Películas de ficción en sala Documentales en sala
Submodalidades		Interpretación susurrada Traducción a la vista

Como se puede apreciar en la tabla, la interpretación susurrada y la traducción a la vista son submodalidades de la interpretación simultánea, pero en algunas ocasiones, los

intérpretes en el ámbito sanitario, que normalmente emplean la interpretación bilateral, pueden recurrir tanto a la interpretación susurrada como a la traducción a la vista. Esta última suele utilizarse en situaciones donde el intérprete traduce a simple vista algún informe o consentimiento informado que el paciente necesite conocer.

2.2.3. La interpretación bilateral y sus ámbitos de aplicación

La interpretación bilateral es la técnica de interpretación más utilizada en la interpretación en los Servicios Públicos. Hale (2010:8) explica que en la interpretación bilateral «se interpreta un diálogo entre dos personas que hablan lenguas diferentes. Cada intervención es relativamente corta y está determinada por la intervención anterior». Según Collados Aís (2001:48):

Una primera caracterización general de la interpretación bilateral tendría que referirse a ella como la mediación oral que se realiza por un solo intérprete, en las dos direcciones, e inmediatamente después de cada una de las intervenciones de los interlocutores presentes en la situación comunicativa.

Muchos son los investigadores que se refieren a la interpretación bilateral como «dialogue interpreting» (interpretación dialógica o de diálogo en español), ya que es la técnica que refleja una interacción cara a cara, lo que la diferencia de otras como la interpretación de conferencias. La interpretación de diálogo, según Merlini (2015:102), «underlies such strikingly diverse situations as medical consultations, welfare and police interviews, immigrations hearings, courtroom trials, parent-teacher meetings, business and diplomatic encounters, broadcast interviews, and TV talk shows».

Por su parte, Mason (1999) define la interpretación bilateral como una comunicación espontánea con una interacción cara a cara. Del mismo modo, este autor también hace hincapié en una serie de características que conforman este tipo de interpretación, estas son: el diálogo, la traducción bidireccional, el discurso espontáneo, la interacción cara a cara y la interpretación consecutiva.

Collados Aís (2001:48) coincide con Mason (1999, 2009) en que esta técnica tiene como rasgos principales «el contacto directo, la bidireccionalidad y la dimensión interpersonal de la interacción cara a cara». Por ello, en la interpretación bilateral gran parte de la labor del intérprete está orientada a la interpretación de la forma, es decir, al lenguaje no verbal como los gestos, la actitud o el tono de voz. Esos aspectos de la comunicación no verbal son muy importantes en esta técnica de interpretación porque «el intérprete coopera en el

éxito de la reunión no únicamente con sus palabras sino con su persona, que se convierte también en parte esencial de la interacción» (Collados Aís, 2001:49).

La interpretación bilateral se usa en encuentros diplomáticos, entrevistas y programas de televisión, en los tribunales, interrogatorios policiales y en el ámbito sanitario. Esta modalidad de interpretación de los servicios públicos permite que personas que no hablan la lengua oficial del país en el que se hallan (minorías culturales y lingüísticas) puedan comunicarse con los empleados de los servicios públicos con el fin de facilitar el acceso igualitario a los servicios sanitarios, sociales o educativos. En los distintos ámbitos públicos en los que se requiere interpretación influyen factores como el contenido emocional, el estrés, las relaciones de poder entre los participantes en la comunicación y el grado de responsabilidad que adquiere el intérprete.

Como queda dicho, esta modalidad de interpretación recibe diferentes denominaciones, como interpretación social, interpretación comunitaria, e interpretación en los servicios públicos, entre otros (cf. Hale, 2015). En este trabajo utilizaremos el término «interpretación en los servicios públicos», aunque cabe señalar que esta denominación incluye también la interpretación que se lleva a cabo en contextos de sanidad privada como veremos más adelante. La interpretación sanitaria se sitúa dentro de esta modalidad de interpretación bilateral ya que se caracteriza por ser bidireccional, porque el intérprete realiza su trabajo en una situación comunicativa de diálogo, donde intervienen el personal sanitario y el paciente, en este caso, extranjero, y porque da acceso igualitario a un servicio.

Sin embargo, en el contexto sanitario, no solo se lleva a cabo la interpretación bilateral. Si bien es la modalidad más empleada, en ocasiones, en menor medida a veces se usa la interpretación bilateral con toma de notas o la interpretación consecutiva.

A modo de resumen, Jiménez Ivars (2002: 3-4) recoge en una tabla las destrezas y géneros de esta técnica de interpretación:

Tabla 2. Técnicas de interpretación, canal, destrezas, condicionamientos específicos, géneros y submodalidades

	Interpretación Bilateral
Canal	Directo Telefónico Videoconferencia
Destrezas	Dominio de turnos de palabra Dominio del cambio de código
Condicionamientos Específicos	Implicación personal
Géneros	Entrevista Debate Negociación Adiestramiento Cursos de formación Exámenes orales Vistas orales Interrogatorio Ceremonias Consultas médicas Juicios
Submodalidades	Traducción a la vista (informes médicos, cartas personales, documentos jurídicos, documentos económico-administrativos, etc.)

3. LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

Tras delimitar las variedades de la interpretación (técnicas y modalidades), a continuación, nos detendremos en la interpretación en el ámbito sanitario o interpretación sanitaria, puesto que es el ámbito en el que se centra esta tesis doctoral.

La interpretación sanitaria, también conocida como interpretación médica, hace referencia a la interpretación en el ámbito sanitario y que tiene lugar entre el personal sanitario y el paciente. Este ámbito de interpretación «incluye consultas privadas, hospitales y consultas con diferentes profesionales sanitarios como logopedas, dietistas o psicoterapeutas» (Hale, 2010:35).

Desde los años 90 se ha estado estudiando la interpretación en el ámbito sanitario y todos los trabajos (Crezee, 2015; Tipton y Furmanek, 2016; Hale, 2010, etc.), hasta el momento, coinciden en que los pacientes que no hablan el mismo idioma que el personal sanitario reciben menos atenciones de calidad que aquellos que sí hablan el idioma. Por ello, una de las soluciones más claras es la contratación de intérpretes en este ámbito. Algunos países que reciben inmigrantes y turistas han llegado a acuerdos con los gobiernos y organizaciones correspondientes para desarrollar un proceso de certificación o selección de intérpretes para que sus servicios sean de calidad (cf. Hsieh, 2015). En países como Canadá o Estados Unidos se ha desarrollado la interpretación sanitaria para poder hacer frente a la barrera lingüística y ayudar al paciente extranjero para que este tenga las mismas facilidades que un paciente local. Sin embargo, la situación en otros países es muy distinta. Algunas naciones como Bélgica o los países escandinavos han desarrollado diversos proyectos para conseguir financiación para instaurar la interpretación sanitaria, pero, desafortunadamente, no han recibido el apoyo correspondiente para poder llevar a cabo esa iniciativa (cf. Hsieh, 2015).

No obstante, la interpretación en el ámbito sanitario beneficia tanto al paciente como a la administración. Es un servicio esencial para poder proporcionar una atención sanitaria de calidad a aquellos pacientes que no conocen la lengua local y evitar cualquier tipo de malentendido o un diagnóstico erróneo. Como explican Crezee *et al* (2015:13), «an incorrect diagnosis may lead to either an inappropriate course of treatment or the patient

being discharged in error. This may lead to frequent re-admissions or deterioration in the patient's condition».

3.1. El intérprete sanitario

Contar con un intérprete cualificado y competente es necesario en cualquier ámbito de interpretación. Sin embargo, en el ámbito sanitario esto no ocurre siempre y se suele recurrir a intérpretes *ad hoc*, es decir, aquellas personas que no son intérpretes cualificados, pero conocen el idioma del paciente. En muchas ocasiones se requiere de la presencia de personal bilingüe o familiares del paciente para comunicarse con aquellos que no conocen la lengua local (cf. Hsieh, 2015). Esto quizá ocurra porque el personal sanitario está muy ocupado y con prisas, o porque el paciente necesita ser operado de urgencia y no hay tiempo que perder. En muchos casos, la verdadera razón para no contar con intérpretes cualificados es que el personal sanitario, que normalmente no posee conocimientos de la lengua del paciente, no conoce exactamente en qué consiste la interpretación (ej. conocimientos culturales, lingüísticos, las técnicas de interpretación), ni tampoco los riesgos de contar con un intérprete no cualificado en este ámbito (cf. Crezee, 2015).

En cualquier caso, no siempre se puede contar con la ayuda de intérpretes cualificados porque, como explicaremos más adelante, hay un gran número de centros hospitalarios en muchos países en los que no se ha desarrollado un servicio de interpretación sanitaria y el personal es el que debe buscar soluciones para poder comunicarse mínimamente con el paciente extranjero.

Por contra, en aquellos lugares donde sí existe un servicio de interpretación el personal prefiere recurrir en unos casos al intérprete *in situ* y en otros al servicio de interpretación telefónica, esta es aquella interpretación que recurre al uso de la tecnología para comunicarse (Kelly y Pöchhacker, 2015:412): «telephone interpreting refers to the use of technology to give one or more participants in interaction access to an interpreter, via telephone or teleconference call». Como explica Hsieh (2015), el personal puede elegir si desea contar con la ayuda de un intérprete cualificado. Por ejemplo, en algunas ocasiones el personal prefiere no hacer uso de la interpretación telefónica para dar malas noticias, aunque el intérprete esté cualificado y disponible; enfermeros bilingües prefieren que un intérprete le facilite la información de alta al paciente, pero al administrarle alguna

medicación al paciente estos prefieren hacerlo ellos mismos sin la presencia de un intérprete.

Como hemos venido viendo, contar con la presencia de un servicio de interpretación ya sea *in situ* o telefónico es necesario para que el personal sanitario y los pacientes puedan comunicarse, pero es esencial que el intérprete cuente con una serie de competencias que explicaremos a continuación.

3.1.1. Requisitos y competencias del intérprete sanitario

Todo intérprete debe poseer los conocimientos lingüísticos adecuados de, al menos, dos lenguas, su lengua materna y sus lenguas de trabajo (cf. Jiménez y Pinazo, 2002). Esta habilidad es un prerrequisito que todo intérprete debe cumplir. Por otro lado, otro requisito previo es poseer «conocimientos generales amplios y el interés y la voluntad de adquirir nueva información» (Pérez-Luzardo Díaz, 2005:125).

Aparte de los prerrequisitos mencionados, los intérpretes poseen otras competencias que tienen que desarrollar para que su interpretación final sea de calidad. Partiendo de las aptitudes o competencias descritas por Pérez-Luzardo Díaz (2005), consideramos que algunas se pueden aplicar a la interpretación bilateral en el contexto sanitario y son las siguientes:

- Capacidad de análisis del sentido del discurso original

Para que la interpretación pueda desarrollarse es imprescindible que el intérprete tenga la capacidad de analizar el discurso. De esta manera podremos contar con una interpretación precisa sin perder el sentido del original en la lengua meta.

- Análisis de la relación entre ideas

Después de identificar las ideas principales y relacionarlas entre sí para formar unidades de sentido, el intérprete podrá formar el discurso en la lengua meta de manera clara y ordenada. Sin coherencia y cohesión el discurso meta no podrá expresarse y dará lugar a malentendidos. Si el intérprete no transmite el mensaje de manera precisa puede haber graves consecuencias. Un diagnóstico erróneo puede llevar al tratamiento incorrecto o a que el paciente reciba el alta por error.

- Estrategias de uso de la memoria

La principal herramienta, al igual que en otros contextos, es la toma de notas, que le sirve al intérprete sanitario como apoyo a su memoria y guía en la recuperación del discurso. Otras estrategias posibles son la visualización o estrategias orientadas a la optimización de la memoria operativa, para evitar que esta se sature.

- Aceptabilidad

Para que un discurso sea aceptable para el receptor depende en gran medida de cómo se pronuncia el discurso, es decir, si el tono de voz y la entonación son adecuados, de la fluidez de este y del estilo y el uso del lenguaje correcto. En el caso, por ejemplo, de la interpretación sanitaria, el paciente puede utilizar expresiones cotidianas, del día a día, para describir sus síntomas y el intérprete también debe conocer esta jerga para poder interpretar con precisión (cf. Crezee, 2015).

- Terminología y flexibilidad léxica

Los intérpretes sanitarios deben poseer conocimientos específicos de la terminología médica y saber adaptar la terminología especializada al lenguaje del día a día para expresar ciertas dolencias médicas (por ejemplo, mialgia por dolor muscular).

- Cualidades de un buen orador

El intérprete trabajará en grupo, por lo que es importante la capacidad de cooperación y coordinación con los demás. Dado que esta carrera se basa en la traducción oral, el intérprete debe ser hábil verbalmente y capaz de manejar conversaciones complejas, con dominio de los diferentes registros y de la comunicación no verbal. Debe tener tacto y ser sensible a los temas tratados en el ámbito de la sanidad, así como con las personas involucradas en el acto comunicativo.

- Conocimientos

Para que el intérprete sanitario pueda realizar la interpretación de manera precisa debe tener unos buenos conocimientos médicos y entender la anatomía y fisiología del cuerpo humano, conocer las enfermedades principales, los métodos de diagnóstico y tratamiento. El intérprete debe estar familiarizado con los consentimientos informados y con la

terminología médica más empleada, incluyendo las raíces (sufijos y prefijos) provenientes del latín y del griego. Además, debe poseer conocimientos sobre expresiones idiomáticas, ya que en algunos países al personal sanitario le gusta recurrir a estas expresiones para que el paciente se sienta más cómodo, sin percatarse de que aquellos pacientes que no hablan el mismo idioma pueden no conocer o no tener las mismas expresiones idiomáticas (cf. Crezee, 2015).

Estos profesionales también deben estar familiarizados con el funcionamiento del sistema sanitario del país en el que trabajan y del sistema sanitario de origen del paciente extranjero. En concreto, los conocimientos que el intérprete sanitario debe tener son los siguientes (cf. Crezee, 2015):

- Organización y procedimientos del sistema sanitario del país del paciente extranjero, en la actualidad y en el pasado, y la organización y procedimientos del sistema sanitario del país en el que se encuentran.
 - Las denominaciones y funciones de los profesionales que trabajan en la sanidad, tanto del país de origen del paciente como del país en el que se encuentran.
 - El sistema que se lleva a cabo para concertar citas médicas y centros de referencia. Hay países en los que primero se debe acudir al médico de cabecera. Pero hay otros países en los que no existe la figura del médico de cabecera y pueden acudir al médico que ellos crean según sus síntomas.
 - Los documentos legales y consentimientos informados.
 - El procedimiento prequirúrgico y postquirúrgico.
-
- Personalidad

Al no existir un perfil concreto para definir a los intérpretes sanitarios, y al tratar de definirlos, suelen nombrarse las características que deberían tener dichos intérpretes: estos profesionales deben ser éticos y fiables, preocuparse por la calidad de su trabajo, y tener buenas habilidades de gestión del tiempo. También deben ser capaces de mantener una presencia profesional, y poder permanecer profesionalmente distantes cuando trabajen en una situación médica que implique asuntos muy personales. Finalmente, es importante que los intérpretes sanitarios tengan una mente abierta y flexible. La profesión del intérprete en el ámbito sanitario implica trabajar con personas; por lo tanto, también

son necesarias una serie de características sociales. La principal, por supuesto, es que el intérprete de este ámbito disfrute trabajando con gente. Contar con una actitud positiva y la confianza en sí mismo son también muy necesarios. Este también debe ser socialmente perceptivo y sensible a la información verbal y no verbal de los demás. En ocasiones, el trabajo de un intérprete sanitario puede poner a dicho profesional en una situación social difícil, por lo que la capacidad de manejar el estrés, mantener la compostura y controlar las emociones son también rasgos importantes para un intérprete que trabaje en el ámbito sanitario (cf. Tipton y Furmanek, 2016).

A modo de resumen, todo intérprete debe poseer unos buenos conocimientos lingüísticos y culturales, contar con conocimientos generales, ser capaz de sintetizar y segmentar de forma correcta parte del discurso. Del mismo modo, debe saber utilizar correctamente el léxico, tener buena expresión y utilizar un lenguaje adecuado adaptado a la situación comunicativa. De igual forma, el intérprete debe tener habilidades para interpretar: debe contar con una memoria entrenada, y ser capaz de reproducir el mensaje de manera clara y coherente en la lengua meta. Al mismo tiempo debe tener algunas habilidades interpersonales: ser cortés y respetuoso, tener habilidades para comunicar y las competencias necesarias para juzgar una situación.

Adentrándonos ahora en un tema que sobrepasa las competencias de los intérpretes, surgen muchas dudas acerca de la visibilidad o invisibilidad del intérprete. El concepto de invisibilidad apareció por primera vez en el ámbito de la traducción, pero este concepto en traducción hacía referencia a la fluidez de la traducción en la lengua meta y a la domesticación de los textos (cf. Venuti, 1995). En cambio, en el ámbito de la interpretación, el término invisibilidad se caracteriza por la pérdida de poder del intérprete en la situación comunicativa (cf. Angelelli, 2015). Por eso, cuando un intérprete va a participar en un intercambio comunicativo, ambas partes tienen que estar informadas de la labor que este desempeña.

En muchas ocasiones, «the performance of this role has been compared to a machine, a window, a bridge and a telephone» (Roy, 2002:347), tanto por los propios intérpretes como por aquellos que demandan sus servicios. Ver a los intérpretes como un mero puente entre dos lenguas hace que nos olvidemos de la cuestión social y cultural que siempre van de la mano en una intervención entre dos personas que no comparten la misma lengua (cf. Angelelli, 2015).

Sin embargo, debido al desconocimiento de la profesión y el perfil tan vago del intérprete sanitario, con frecuencia se pide al intérprete que adopte una postura que sobrepasa sus competencias y muchas veces los pacientes extranjeros suelen confundirlo con un trabajador social y le exigen al intérprete otras tareas de las que no es responsable. Por ello, muchas dudas surgen acerca del grado de implicación del intérprete durante el desempeño de su trabajo en el contexto sanitario.

Debido a que el intérprete sanitario está visible durante el acto comunicativo, se ha aconsejado que este debe, en la medida de lo posible, permanecer «neutral», pues el paciente extranjero y el personal de la entidad pública son los que toman decisiones, y el intérprete es un mero enlace comunicativo para que no haya conflictos ni problemas motivados por las diferencias culturales.

Estudiosos del tema han clasificado los distintos papeles que puede adoptar el intérprete. Vamos a centrarnos en la clasificación propuesta por Merlini y Favaron (2007:116-117) que se basa en la tipología de Goffman (1981) y la de Wadensjö (1998), donde se pueden apreciar siete papeles diferentes que describen cómo actúa el intérprete. La propuesta de estos siete papeles refleja diferentes situaciones en las que el intérprete actúa de una u otra forma. La clasificación es la siguiente:

Por un lado, el papel *principal* se da cuando el intérprete actúa como el participante principal durante el acto comunicativo, iniciando la conversación o el turno de palabras. En el papel *responder* el intérprete hace de interlocutor respondiendo a una pregunta que está dirigida, en este caso, al paciente extranjero.

Por otro lado, el papel de *direct recapitulator* aparece cuando uno de los participantes en la comunicación le habla al intérprete en tercera persona y el intérprete decide si va a transmitir el mensaje en primera persona, o no. En cambio, en el *indirect recapitulator* el intérprete transmite el mensaje siempre en tercera persona. A su vez, el *reporter* es el papel no marcado donde el intérprete habla en primera persona para transmitir el mensaje a los participantes principales de la comunicación. El *narrator*, en cambio ocurre cuando el intérprete se limita a resumir el mensaje en tercera persona.

Y, finalmente, en el *pseudo-co-principal* el intérprete transmite su mensaje en la primera persona del plural y se identifica más con uno de los participantes principales de la conversación, que la dirige él mismo.

Sin embargo, no todos estos papeles repercuten de igual manera en la comunicación. Según el papel que adopte el intérprete, el acto comunicativo será más o menos análogo al que tiene lugar en circunstancias monolingües. Se considera que el papel más idóneo es el *reporter* (cf. Merlini y Favaron, 2007), puesto que el intérprete retransmite el mensaje original en primera persona, desempeñando un papel no marcado, es decir, el intérprete no forma parte del acto comunicativo de manera directa, ya que se distancia de la participación activa y desde ahí presta su voz a los interlocutores.

3.2. La mediación intercultural y el mediador intercultural en el ámbito sanitario

La idea del intérprete mediador surgió en los años 80, pero no fue hasta los años 90 cuando algunos investigadores empezaron a interesarse por la interpretación comunitaria o interpretación en los Servicios Públicos. El concepto de «mediación» es bastante complejo y, podemos decir, que actualmente, no existe una definición clara y concreta de este término (cf. Baraldi y Gavioli, 2015). Pöchhacker (2008:15) distingue tres dimensiones de la mediación en la interpretación: «the linguistic/cultural, the cognitive and the contractual dimension». Estas tres dimensiones están interrelacionadas y el concepto de mediación se extiende a las tres dimensiones. El acto de mediar (en interpretación) comprende siempre el aspecto cognitivo, el aspecto cultural/lingüístico y el aspecto contractual, por lo que la mediación se sitúa entre las tres dimensiones; la conceptual, la intercultural y las relaciones sociales, tal y como se refleja en la siguiente imagen (cf. Pöchhacker, 2008:15-16).

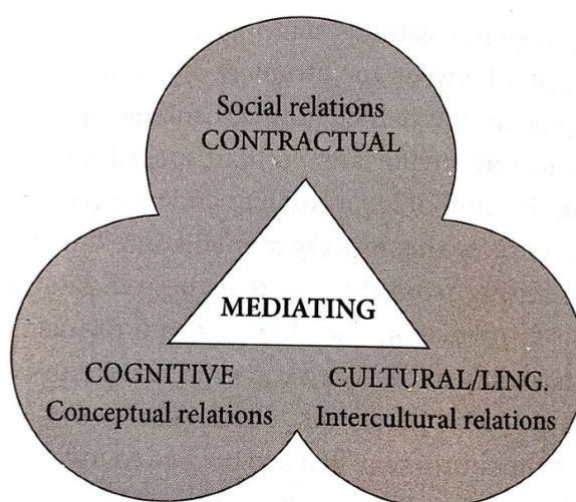


Ilustración 1. «Three dimensions of (interpreting as) mediation». Extraída de “Interpreting as Interaction” (Pöchhacker, 2008:16).

Por su parte, según Baraldi y Gavioli (2015), la mediación intercultural «is achieved through language adaptation to participants' knowledge and cultural values», es decir, la mediación intercultural se da mediante la adaptación del lenguaje según el conocimiento y los valores culturales de cada participante en la interacción comunicativa. Por ejemplo, en el ámbito sanitario, los intérpretes pueden adaptar el lenguaje médico occidental a las condiciones culturales de los pacientes latinoamericanos (cf. *ibídem*, 2015).

El aumento de la inmigración y del turismo en España, ha hecho que a lo largo de los últimos años nuestra sociedad se haya convertido en una sociedad multicultural. Por esa razón, el reto está en integrar a todos en este nuevo cambio sin que nadie se sienta discriminado por pertenecer a un grupo étnico o cultural minoritario (cf. Alonso Mayo *et al*, 2009).

La mediación intercultural es una de las soluciones que aparece ante la nueva sociedad multicultural que se ha ido creando a lo largo de estos últimos años para poder integrar a todos en cualquier ámbito de la sociedad, como, por ejemplo, el ámbito social, educativo, sanitario o judicial.

En la actualidad, no hay un consenso en cuanto a cómo denominar esta nueva actividad. Tal y como pasa con la denominación para «interpretación en los servicios públicos» vs. «interpretación comunitaria», la mediación intercultural también se designa mediante varios términos tales como «mediación lingüístico-cultural», «mediación lingüística» o «mediación socio-cultural» (cf. Vargas Urpí, 2013). Esta misma autora, asegura que todas esas denominaciones «proviene de la idea de que traducción e interpretación incluye, *per se*, mediación» (*ibídem*, 2013:133). Pöchhacker (2008:14) señala que «every interpreter is a mediator (between languages and cultures), but not every mediator is an interpreter».

Dada la dificultad para hallar una definición de consenso, ofrecemos diferentes versiones con el fin de esclarecer dicho concepto.

En Italia y en España, el término que se emplea es «mediación intercultural» porque hace referencia al intérprete que trabaja en los servicios públicos para ayudar con funciones que van más allá del simple trasvase lingüístico, estas funciones son, especialmente, aclaraciones o explicaciones de tipo cultural para evitar malentendidos (cf. Vargas Urpí, 2013).

Según Antonin Martín (2009) la mediación intercultural no solo se basa en la resolución de conflictos entre personas y grupos culturales diferentes, sino que es concebida como un recurso que debe estar al alcance de todos los que la necesiten. Las organizaciones *Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge* (cf. Antonin Martín, 2009:90) definen la mediación intercultural de la siguiente manera:

La Mediación Intercultural es un recurso al alcance de personas de culturas diversas, que actúa como puente con el fin de facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración entre las personas o grupos, pertenecientes a una o varias culturas. En coherencia con lo expuesto anteriormente, la mediación entre personas o grupos culturalmente diversos actuaría preferentemente en la prevención de conflictos culturales, favoreciendo el reconocimiento del otro diferente, el acercamiento entre las partes, la comunicación y comprensión mutuas, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la búsqueda de estrategias alternativas para la resolución de conflictos culturales y la participación comunitaria.

Esta definición de mediación intercultural se centra en una figura que pueda intervenir con el fin de prevenir un conflicto social y cultural, e integrar a ambos grupos dentro de una sociedad. Para que las personas extranjeras se sientan acogidas por la sociedad en la que se encuentran, todos los grupos deben desarrollar la convivencia, la comunicación y la comprensión, entre otras cosas.

El estudio de Agustí-Panareda (2003) trata sobre los programas de mediación intercultural que ha ido implementando Cataluña para hacer frente al flujo de inmigrantes, provenientes, especialmente de África. Su estudio se basa en analizar el perfil y el papel de esta «nueva» profesión, centrándose, entre otras cosas, en la actividad de los mediadores interculturales. En su trabajo, uno de los mediadores argumenta que la mediación es como pelar una cebolla, hay que ir quitando capas y capas hasta llegar a la raíz del problema, el cual muchas veces se ve como la razón o el origen de la disputa, aunque no siempre es el motivo real del desacuerdo entre ambas partes (cf. Agustí-Panareda, 2003).

El mediador intercultural es la figura que pretende facilitar la comunicación y resolver cualquier conflicto cultural que pueda surgir entre las personas que no hablan el mismo idioma y que no comparten la misma cultura que los empleados de las instituciones públicas del país para ofrecer un servicio de calidad. No obstante, según Abril Martí y Martín (2011:1525) «el mediador intercultural no es una figura profesional reconocida», es por eso por lo que pueden surgir malentendidos en cuanto a su profesión, llegando incluso a confundirlos con traductores e intérpretes y asignándoles tareas que les compete a estos últimos profesionales y para los que el mediador intercultural no tiene una

formación adecuada. La inclinación por la figura del mediador intercultural «parece deberse a la creencia errónea de que la traducción y la interpretación son operaciones exclusivamente lingüísticas que no tienen relación con la comunicación y la cultura» (ibídem, 2011:1525).

En el ámbito sanitario, sin embargo, el mediador intercultural juega un gran papel, ya que es necesario poder comunicarse bien entre el personal sanitario y el paciente extranjero para llegar a un diagnóstico correcto y poder aplicar el tratamiento adecuado. Si por cualquier razón la comunicación falla, no solo está en riesgo que el tratamiento no sea el adecuado, sino también, surge la incomodidad por ambas partes, pérdida de confianza que a su vez lleva a que el paciente no siga con las recomendaciones médicas y abandone el tratamiento. Esto puede tener como consecuencia final que el paciente deba ser hospitalizado nuevamente, lo que supone un gasto sanitario mayor (cf. Alonso Mayo *et al*, 2009).

Debido a que es una figura relativamente reciente, muchos usuarios y empleados de la sanidad no conocen ni la labor ni las funciones del mediador intercultural. La falta de un reconocimiento oficial hace que esta profesión sea casi invisible para aquellos que realmente necesitan sus servicios. Además, ello propicia que personas que no están cualificadas hagan de mediadores, al igual que ocurre con la figura del intérprete sanitario (ibídem, 2009).

Sin embargo, ¿existen diferencias entre los mediadores interculturales y los intérpretes en los servicios públicos? Este es un tema bastante controvertido, puesto que para muchos son figuras independientes, mientras que otros afirman que tanto la mediación como la interpretación se llevan a cabo por la misma persona.

Raga Gimeno (2012:4) señala en su trabajo que «en las interacciones comunicativas cara a cara pueden aparecer los siguientes tres tipos de informaciones, con sus correspondientes formas de expresión, todas ellas fuentes potenciales de problemas de comunicación»:

- Informaciones referenciales: expresadas mediante el lenguaje verbal, mediante las lenguas.
- Informaciones culturales generales: expresadas mediante actitudes, que pueden incluir determinados objetos.

- Informaciones interpersonales sociales: expresadas mediante modelos de interacción comunicativa.

Parte de su estudio se centra en diferenciar las dos profesiones (mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos). Está claro que ambas profesiones tienen puntos en común, pero también presentan algunas diferencias. Una de las diferencias son los interlocutores, pues en la mediación intercultural estos suelen ser de culturas muy opuestas y alejadas entre sí (ibídem, 2012:4-5).

En primer lugar, los interlocutores entre los que se va a mediar suelen pertenecer a culturas muy alejadas entre sí, y afectan a un ámbito como el sanitario, que más que estar culturalmente marcado pertenece al núcleo mismo de la cultura; con lo cual los aspectos culturales y sociales cobran un protagonismo incuestionable.

Otra diferencia es la naturaleza inmediata en la que ocurre la mediación, es decir, este tipo de actividad no suele llevar una preparación previa, puesto que el mediador no sabe de antemano el contenido acerca del que versará la conversación entre los integrantes de esta. Por lo tanto, la mediación es inmediata, con soluciones poco elaboradas, aclaraciones culturales y da lugar a la visibilidad del mediador en el acto comunicativo (Raga Gimeno, 2012:5):

En segundo lugar, la propia naturaleza inmediata de este tipo de mediación deja muy escaso margen a una elaboración meditada, retrospectiva (Hatim y Mason, 1995: 282), dirigida a un público más o menos amplio, anónimo y heterogéneo; lo cual suele provocar el recurso a soluciones menos “elaboradas”, a la aclaración cultural, a la visibilidad explícita del mediador.

Todas estas características, unidas a otras como (ibídem, 2012:5):

El hecho de que se trate de una actividad con evidentes consecuencias sociales y personales, han provocado que, a diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la traducción, la mediación intercultural e interlingüística, muy especialmente en el campo de la sanidad, haya comenzado su andadura con la separación en dos ámbitos profesionales más o menos diferenciados, como son el de la interpretación en los servicios públicos y el de la mediación intercultural.

Por lo tanto, la primera, se centra en el trasvase lingüístico, mientras que la segunda se centra más, como ya hemos ido viendo, en la parte cultural de una interacción comunicativa. No obstante, a nuestro modo de ver, el intérprete de los servicios públicos también puede hacer aclaraciones culturales en caso de que así lo requiera la situación comunicativa, y equipararse de esa manera funciones que corresponden a los mediadores interculturales.

Para concluir, volviendo a la clasificación de Raga Gimeno (2012:5) de los tres tipos de información, se podría establecer lo siguiente:

- Información referencial: interpretación lingüística.
- Información cultural: aclaración cultural y negociación en conflictos.
- Información interpersonal: regulación conversacional y aclaración cultural.

De esta manera, el intérprete de los servicios públicos se centraría en la información referencial, mientras que el mediador intercultural se encargaría de la información cultural e interpersonal. El debate sobre los límites de ambas actividades profesionales es real y dependerá de la inclinación de los investigadores de estos campos. Por ejemplo, desde el campo de la interpretación en los servicios públicos, según Valero Garcés (cf. Raga Gimeno, 2012:5-6):

Es un hecho reconocido por gran parte de los profesionales de la traducción e interpretación en los servicios públicos que las tareas que se le piden a la persona que hace de intermediario lingüístico en los servicios públicos (...) suelen ir más allá del simple traslado de información. Al intérprete se le exige con frecuencia ser un “catalizador”, un consultor cultural lo cual implica que debe explicar hábitos culturales, valores o creencias tanto a los profesionales como a los usuarios para los que sirve de enlace. Debe actuar también en situaciones críticas y tratar temas complicados.

Como conclusión, la mediación intercultural y la interpretación en los servicios públicos deberían ser dos actividades complementarias, con un perfil profesional si no igual, parecido. El principal problema, son los códigos éticos de los intérpretes en los servicios públicos que delimitan sus tareas. Estos principalmente recogen que los intérpretes deben mantenerse al margen de la situación comunicativa, permanecer, en la medida de lo posible, invisibles y solo transmitir el mensaje entre ambas partes. Sin embargo, como veremos más adelante, la realidad profesional es otra y los intérpretes también deben hacer aclaraciones culturales si así lo consideran. De esta manera coincidimos con la idea de Pöchhacker (2008) que todo intérprete es mediador (entre lenguas y culturas), pero no todo mediador es un intérprete.

Por lo tanto, lo que pretende un mediador intercultural es «facilitar la comunicación, fomentar la cohesión social y promover la autonomía y la inserción social de las minorías» (Bermúdez Anderson *et al*, 2002:89). A continuación, se recoge una tabla que

podría ayudar a comprender las funciones de la mediación intercultural, que incluyen y van más allá de la interpretación.

Tabla 3. Funciones de la Mediación Intercultural (Bermúdez Anderson, 2002:92)

Funciones de la Mediación Intercultural		
Facilitar la comunicación	Fomentar la cohesión social	Promover la autonomía y la inserción social
Traducción/Interpretación Lingüística. Traducción/Interpretación Sociocultural. Apoyo personal a usuarios. Apoyo personal a profesionales.	Dinamización comunitaria. Ayuda a la resolución de conflictos. Impulsar la mutua difusión de valores.	Fomentar la Autoestima y la Participación. Impulsar la creación de espacios de organización de las minorías. Adiestrar en el desenvolvimiento en la sociedad receptora. Información y defensa de derechos y deberes. Fomento de la ayuda mutua.

Como se puede apreciar en la tabla, la mediación intercultural también incluye tareas propias de la traducción y la interpretación. Es por eso por lo que la mediación intercultural y la interpretación se solapan. Quizás una diferencia significativa es que, en la mediación intercultural, el mediador se centra más en que el paciente extranjero esté en todo momento cómodo y, si necesita ayudas administrativas, este le ayudará, en la medida de lo posible, a solventarlas, mientras que el intérprete, se centra más en el aspecto comunicativo y cultural y se limita a transmitir el mensaje entre ambas partes.

3.3. La cultura y su influencia en el ámbito sanitario

Tras haber visto en los apartados 3.1 y 3.2 que la cultura está presente tanto en las intervenciones comunicativas de los intérpretes sanitarios como de los mediadores interculturales, creemos necesario la explicación de dicho concepto. Por lo tanto, ¿qué es la cultura? La cultura y las lenguas siempre han ido de la mano desde un punto de vista de la traducción. Pero estos dos conceptos también están ligados con otras áreas de conocimiento. A lo largo de los años, antropólogos y otros estudiosos han definido el concepto de cultura. Según Clifford (2001:277-278):

La cultura es durable, tradicional, estructural (más que contingente, sincrética e histórica). La cultura es un proceso de ordenamiento, no de ruptura. Cambia y se desarrolla como un organismo vivo. Normalmente no "sobrevive" a alteraciones bruscas.

Tylor (1975:29) define la cultura como «aquel todo complejo, que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad». Desde el contexto sanitario, Cross (1989:iv) defiende que la cultura implica un conjunto de patrones integrados de comportamiento humano:

The word 'culture' is used because it implies the integrated pattern of human behaviour that includes thoughts, communications, actions, customs, beliefs, values, and institutions of a racial, ethnic, religious, or social group.

Veamos ahora cómo, desde el punto de vista comunicativo, las diferentes culturas influyen en la percepción del dolor y en la aceptación de la enfermedad.

3.3.1. La cultura desde el punto de vista comunicativo

En toda situación comunicativa, según Raga Gimeno (2005:17), se transmiten dos tipos de informaciones: «referenciales, acerca del mundo; e interpersonales acerca de las relaciones entre los interlocutores». En otras palabras, en las situaciones comunicativas transmitimos «cosas del mundo y quiénes somos los unos respecto a los otros» (ibídem, 2005:17). A la hora de transmitir quiénes somos, lo podemos hacer desde dos perspectivas: la socio-cultural y la psicológica.

La cultura afecta al mensaje que se transmite durante la interpretación y puede relacionarse con la aceptabilidad de los temas, o con el hecho de que ciertos temas, como la muerte o las relaciones sexuales, sean tabú. Las influencias culturales en la manera en la que se expresa el mensaje pueden incluir tanto elementos paralingüísticos como elementos no verbales.

Los aspectos no verbales incluyen contacto visual, contacto físico, expresiones faciales, gestos e incluso el estilo de vestir (cf. Crezee, 2015). Todos ellos pueden determinar que la comunicación se establezca o no. Veamos algunos ejemplos:

- Contacto visual - en algunas culturas las mujeres no pueden mirar a los hombres a los ojos cuando están hablando con él, lo que puede dar lugar a malentendidos.

- Contacto físico - algunas culturas cuando hablan con otras personas tienden a acercarse mucho y esto puede ser ofensivo y hacer que la otra persona se mueva hacia atrás para ganar más espacio físico.
- Expresión facial - las sonrisas, en algunas culturas, se pueden malinterpretar. Como explica Crezee (2015), un intérprete de laosiano (idioma oficial de Laos) contó una vez que tuvo que interpretar en un campamento de refugiados y al terminar uno de los responsables de ACNUR le comentó que se había sorprendido al ver a los refugiados sonriendo y dudó si estos estaban diciéndole la verdad. El intérprete le dijo que en la cultura de los refugiados hubiese sido muy descortés parecer furioso o triste y al sonreír intentan que la persona con la que están hablando no se sienta mal por su historia.
- Gestos - el lenguaje gestual también se puede malinterpretar, por ejemplo, llamar a una persona con los dedos mirando hacia arriba, y no hacia abajo, puede percibirse como algo grosero en los países asiáticos.

Los comportamientos culturales también dictan los aspectos paralingüísticos de la comunicación (volumen, tono, estrés, entonación, ritmo y pausas antes de responder). En algunas culturas hablar con un tono de voz bajo es signo de respeto; sin embargo, en otras culturas esto puede ser signo de timidez y puede resultar molesto.

Por otro lado, según Witte (1992), la comunicación entre culturas empezó a estudiarse desde los años 70, y los estudios de esta corriente explican que «para lograr una interacción intercultural satisfactoria, los interlocutores necesitan algo más que meros conocimientos lingüísticos» (ibídem, 1992:407). Según esta misma autora, numerosos trabajos demuestran que existen, con frecuencia, malentendidos en situaciones interculturales debido a la falta de conocimiento sobre las normas de conducta social. Por ello, «para poder comunicarse con otra cultura es necesario disponer de conocimientos sobre todas sus formas de conducta, no solo las verbales» (ibídem, 1992:407).

Por lo tanto, el intérprete como mediador intercultural debe explicar las principales diferencias culturales. La cultura puede influir en las creencias de salud o en las preferencias por una u otra terapia, por eso los usuarios del servicio, el personal sanitario y los intérpretes pueden tener como referencia diferentes modelos sanitarios, y por ende puntos de vista distintos sobre el tratamiento que se debe seguir (cf. Tribe y Lane, 2015). Un ejemplo de esto se da en el lenguaje que se emplea en el ámbito de la salud mental,

que utiliza para describir las dolencias, frases hechas y expresiones idiomáticas. Un gran número de estudios (cf. *ibídem*, 2015) han puesto de relieve los beneficios del uso de intérpretes en el sector de la salud mental. En este sector se ha demostrado que el uso de intérpretes cualificados en las etapas tempranas de problemas de salud mental es rentable, puesto que se reducen los errores (diagnósticos erróneos) y, por consiguiente, el gasto sanitario es menor que si no se contrata a un intérprete.

Otros estudios (cf. Westermeyer 1990) demuestran que el intérprete en ocasiones puede ocultar información proporcionada por el médico porque cree que el paciente vería esa información innecesaria o porque no sabe cómo actuaría el paciente ante la información proporcionada debido a su cultura. En estos casos, los intérpretes actúan como mediadores interculturales, pero deberían trabajar de forma coordinada con el personal sanitario para garantizar que toda la información relevante llegue al destinatario (cf. *ibídem*, 2015).

Algunos interlocutores no conocen la cultura del otro participante en la situación comunicativa y muchas veces tienen ideas preconcebidas sobre las otras culturas. El intérprete debe también hacer frente a que esas primeras impresiones sobre una determinada cultura sean eliminadas y que ambas partes entiendan, en la medida de lo posible, el punto de vista del otro (generalmente contrario debido a las distintas culturas a las que pertenecen). Por eso, el intérprete como mediador intercultural debe basar su trabajo no solo en el simple trasvase lingüístico, sino también debe actuar como mediador entre ambas culturas, ayudando a los participantes de la comunicación a entenderse. Como señala Witte (1992:410):

La tarea del traductor no debe limitarse a establecer una interacción satisfactoria respecto a lo que se comunica y para qué se comunica, sino que también y *sobre todo* ha de crear un entendimiento entre sus clientes en el nivel de la *interacción*.

En este caso, Witte se centra en la labor del traductor, pero también puede aplicarse a la del intérprete, puesto que son labores similares con la diferencia principal de que una actividad se realiza por escrito y la otra de forma oral. Pero los intérpretes al igual que los traductores deben tener en cuenta las diferencias que surgen a raíz de la cultura y, aunque a veces le resulte difícil al intérprete hacer ver a los integrantes de la conversación esas diferencias, este debe «instruirlos» acerca de dicho problema para evitar cualquier tipo de conflicto (cf. Witte, 1992).

Otros autores como Kondo *et al* (1997) definen la comunicación intercultural como la comunicación que tiene lugar entre personas que no comparten una misma cultura. Las diferencias en la lengua se dan en distintos campos de la lingüística como la semántica, la sintaxis o el discurso, lo cual influye en la experiencia cultural. Sin embargo, no solo están las diferencias lingüísticas, sino también se diferencia la manera en la que se utiliza la lengua. Por lo que la forma de comunicarse es uno de los aspectos principales de la identidad cultural.

La información normalmente se expresa con el tono de voz, las expresiones faciales y no verbales, y el comportamiento de los individuos. Por ejemplo, la verborrea propia de los hablantes hispanos y árabes puede sonar, de cara al receptor perteneciente a otra cultura, como un intento de evitar temas importantes en la conversación (cf. Kondo *et al.* 1997). En otras ocasiones, el intérprete se cuestiona cómo transmitir expresiones coloquiales en contextos formales. En definitiva, la tarea del intérprete es ayudar a ambas partes a entender el significado del mensaje que se está transmitiendo en la comunicación.

En resumen, los elementos paralingüísticos y no verbales forman parte importante de la manera como el receptor interpreta el mensaje, especialmente si ese receptor no comparte la misma cultura que el emisor. Como explica Malinowski en Katan (1999), el lenguaje está sumamente enraizado en la realidad cultural, no se puede explicar sin la referencia a contextos más amplios de la expresión verbal.

3.3.2. Cultura y salud

Como ya hemos ido mencionando en los apartados anteriores, la cultura y las lenguas están estrechamente relacionadas en la comunicación del dolor y de la enfermedad, y el contexto cultural es uno de los principales factores que determina cómo se comunican y expresan los asuntos sobre la salud. Del mismo modo, se ha demostrado (cf. Crezee, 2015) que la cultura influye en la percepción del dolor y de las enfermedades. La cultura tiene una gran importancia en la determinación de las creencias y comportamientos, dándole sentido a la percepción del dolor e influye en la manera en la que este se expresa. Igualmente, la concepción de las enfermedades, su manera de tratarlas y reflejarlas, están ligadas a la cultura. El lenguaje no verbal que tiene lugar en situaciones comunicativas en el ámbito de la salud también difiere entre culturas (cf. Angelelli, 2011).

Un ejemplo de la denominada cultura sanitaria (Salud y Cultura, 2019) es cómo percibe la población de origen magrebí la sanidad. Nos centramos en este grupo poblacional porque las Islas Canarias cuentan con una alta afluencia de personas provenientes del Magreb. La población magrebí confía en la sanidad pública española, confía en el sistema de medicina occidental. Estas personas valoran positivamente la atención sanitaria pública en España porque existen más y mejores medios que en sus países de origen, la seguridad social cubre muchos de los gastos y el coste de las medicinas. Suelen acudir a la sanidad pública española cuando tienen problemas de salud. Recurren a la medicina tradicional cuando no tienen acceso a la medicina occidental, ya sea por razones económicas o por la lejanía física de los servicios sanitarios.

Un caso particular es el de Marruecos. En el medio rural es más frecuente la medicina tradicional que la biomedicina, pues en el campo se recurre mucho menos a la consulta médica que en la ciudad. En Marruecos solo el 41% de los habitantes que vive en zonas rurales va a la consulta médica (cf. Salud y Cultura, 2019). En este mismo país de África del Norte el servicio de sanidad público no es totalmente gratuito; los pacientes tienen que aportar parte del material sanitario como jeringuillas o mantas. Además, las medicinas por lo general suelen ser caras y la sanidad pública solo cubre un pequeño porcentaje de esas medicinas. Suelen recurrir especialmente al servicio de urgencias y se medican cuando realmente lo necesitan y existen síntomas serios de enfermedad. Si se trata de molestias pasajeras, la mayoría de las veces recurren a la medicina tradicional, tanto en su país de origen, como en España.

Suelen encontrar complicados los procedimientos administrativos. A pesar de que estos son parecidos en ambos países, los magrebíes pueden tener dificultades con la obtención de la tarjeta sanitaria, el sistema de citas, las recetas, entre otros. En Marruecos existen centros de salud, donde hay un médico especializado en medicina general, que equivaldría al médico de familia que tenemos en España. Las dificultades de acceso y el uso de la sanidad pública española tienen relación con el hecho de que muchos magrebíes no conocen bien su propio sistema de salud, especialmente aquellos que provienen del medio rural.

Algunos habitantes pueden tener problemas con el lenguaje escrito. Al desconocimiento del sistema sanitario se añade el analfabetismo, que supera el 20% de la población magrebí (Salud y Cultura, 2019). Por ello, la dificultad de la destreza lectora y de escritura

hace difícil que estos reciban la información por escrito y redacten o rellenen los impresos de los centros sanitarios. La atención en la sanidad pública española se dirige a un usuario alfabetizado en español, por lo que mucha de la información que se les facilita por escrito a los pacientes pasa desapercibida para gran parte de los inmigrantes o turistas que acuden al servicio sanitario español. Además, se ha demostrado que los usuarios que no están familiarizados con la grafía latina les resulta útil la utilización de dibujos para comprender, por ejemplo, el horario de la toma de los medicamentos (ibídem, 2019).

Los magrebíes no siguen siempre las normas del sistema de citas y horarios. El sistema burocrático en la atención sanitaria se puede acelerar o alterar con más facilidad que en España en función de las circunstancias de cada usuario. Puede darse el caso de que el usuario intente alterar o modificar el sistema de atención sanitaria cuando lo considere necesario. Las personas de origen árabe pertenecen a una cultura de tiempo policrónico, frente a otras culturas de tiempo monocrónico. Mientras en las culturas de tiempo monocrónico el tiempo se considera como un compromiso ineludible y la puntualidad una norma de conducta, en las culturas con tiempo policrónico resulta más difícil la organización de las colas y respetar el orden ya establecido en una consulta médica.

Igualmente, en esa cultura se suele recurrir en muchas ocasiones a la automedicación. Una de las razones puede ser porque es muy difícil acceder a un servicio sanitario en Marruecos. Por ello los habitantes, en muchas ocasiones, consultan a su farmacéutico, aunque no se puede decir que estos abusen de la automedicación porque el precio de los medicamentos y fármacos es muy elevado, por lo que, en muchas ocasiones, también recurren a los remedios caseros.

Finalmente, hay que destacar que, si el paciente magrebí está hospitalizado, este preferirá siempre que le atienda un médico de su mismo sexo, y buscará un lugar tranquilo para rezar. Las visitas a estos pacientes suelen ser abundantes pero breves y, con respecto a la alimentación, no comerán carne de cerdo o carne que no haya sido tratada según sus rituales (*halal*).

3.4. El código ético del intérprete sanitario

La mayoría de las profesiones en las que se establecen conexiones de índole personal cuentan con un código deontológico. Lo tienen, por ejemplo, los médicos, abogados, y

trabajadores sociales, para guiarse y saber cómo comportarse en una determinada situación.

La definición que recoge el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en su código de deontología médica (2011:9) es la siguiente: «la deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico».

La ética en sí, como término, engloba los principios de justicia, imparcialidad y equidad, es decir, lo que es correcto y lo que no. Partiendo de ese concepto, la ética profesional se define mediante el conjunto de reglas o principios para el ejercicio de una determinada profesión. Y los principios de la ética profesional se reflejan en el código ético que tiene cada profesión (Setton y Prunč, 2015:144-145):

Ethics is a branch of moral philosophy that seeks to establish principles of fairness or justice (or right and wrong behaviour). Professional ethics, expressed in rules guiding the exercise of a particular occupation, are considered a hallmark of its professional status, alongside mastery of the relevant skills and knowledge and the ability to apply them in real-life situations. Principles of professional ethics are typically set out in codes of ethics, or conduct, and/or standards of practice to which members of a profession are bound.

En Estados Unidos, la organización de interpretación sanitaria (NCIHC, National Council on Interpreting in Health Care) sugirió un código ético para beneficiar a todos los interesados (cf. Crezee, 2015). También se han creado códigos éticos en Canadá y en otros países como Australia o Nueva Zelanda.

Al comparar algunos códigos éticos podemos apreciar que todos coinciden en algunos aspectos. Hemos decidido analizar los aspectos de dos códigos éticos, a saber, el código ético elaborado por *California Healthcare Interpreting Association* (CHIA, 2002) y el código ético elaborado por *New Zealand Society of Translators and Interpreters* (2013).

El código ético para intérpretes médicos elaborado por *California Healthcare Interpreting Association* (CHIA, 2002) recoge seis principios que todo intérprete médico debe cumplir.

En primer lugar, el intérprete debe mantener el principio de confidencialidad y debe actuar de la siguiente manera:

- Informar a todos los integrantes de la comunicación sobre la confidencialidad, explicando, en su caso, el significado de este principio.
- Informar a los integrantes de la comunicación de que si no quieren que algo se diga que no lo comenten en voz alta.
- Negarse a compartir información del personal con el paciente y viceversa.

En segundo lugar, imparcialidad. El intérprete es consciente de la necesidad de identificar cualquier conflicto de interés, al igual que juicios personales, valores, creencias y opiniones que pueden llevar a comportamientos preferenciales lo que afectaría a la calidad y fiabilidad de la interpretación.

En tercer lugar, el respeto por los individuos y sus comunidades. El intérprete debe mantener una relación de respeto con todos los integrantes de la comunicación, teniendo como prioridad la salud y el bienestar del paciente.

La profesionalidad es otro principio del código ético para intérpretes médicos. La conducta del intérprete ha de ser la adecuada, y este debe ser consciente del principio de profesionalidad, abordando las situaciones con la más absoluta seriedad.

Otros principios son la fiabilidad y la integridad a la hora de transmitir el contenido, el espíritu y el contexto cultural del mensaje original también deben transmitirse a la lengua meta para que la comunicación pueda llevarse a cabo con éxito.

Finalmente, el conocimiento de la cultura. El intérprete debe entender las diferencias culturales, ya que estas juegan un rol importante en el tratamiento de la salud. El intérprete juega un papel esencial para identificar las cuestiones culturales que han de tenerse en cuenta.

Centrándonos ahora en el código ético elaborado por *New Zealand Society of Translators and Interpreters* (2013), este código ético se basa en nueve aspectos que todo intérprete debe cumplir durante la interpretación. Estos aspectos son los siguientes:

- Conducta profesional
- Confidencialidad
- Conocimientos
- Imparcialidad
- Fiabilidad

- Definición del papel del intérprete
- Mantener una relación profesional
- Desarrollo profesional
- Solidaridad profesional

Al comparar ambos códigos éticos podemos ver que la mayoría de los puntos recogidos son parecidos. No obstante, los códigos éticos varían levemente en función del país en el que se han creado. Hale (2010:113) hace un estudio comparativo de diferentes códigos éticos alrededor del mundo y destaca que el contenido de los códigos se puede resumir en tres grupos generales:

1. La responsabilidad del intérprete para con los autores de los enunciados, que incluye nociones de fidelidad, imparcialidad y confidencialidad.
2. La responsabilidad del intérprete hacia la profesión que ejerce, que incluye cuestiones relacionadas con la conducta profesional: la vestimenta, la puntualidad y solidaridad.
3. La responsabilidad del intérprete para consigo mismo, que incluye la necesidad de una formación profesional continua, la definición de su papel, condiciones laborales adecuadas y sus honorarios.

En el estudio se analizaron las normas que tenían en común la mayoría de ellos. Estas normas son las siguientes y se clasifican de más citados a menos (Hale, 2010:114):

- Confidencialidad
- Fidelidad
- Imparcialidad/conflicto de intereses
- Formación profesional continua
- Responsabilidad con respecto a la interpretación realizada
- Definición del papel del intérprete
- Solidaridad profesional
- Condiciones laborales

Es necesario que los intérpretes sanitarios puedan ceñirse a un código ético, ya que pueden enfrentarse a situaciones difíciles. Sujetas al principio de confidencialidad. Los intérpretes profesionales saben que han de mantener el secreto profesional, en otras palabras, no comentan en su grupo o comunidad que una paciente tiene cáncer de colon o que un paciente acaba de realizarse una vasectomía.

El personal sanitario que recurre a intérpretes sin formación debe saber que estos pueden no transmitir toda la información, pueden alterar un simple mensaje porque no conocen la terminología médica o pueden no nombrar ciertas enfermedades para que el paciente

no sepa qué va mal y evitar o que pase un mal rato o que no se asuste. En algunas culturas, hay enfermedades tabúes como el cáncer (cf. Crezee, 2015).

Es por eso por lo que el personal sanitario debe contar con la ayuda de intérpretes profesionales que sepan cómo gestionar situaciones difíciles, y cómo permanecer imparciales y transmitir el mensaje de manera clara y precisa. Los intérpretes deben aprender a reiniciar y borrar su mente cada vez que salen de un centro sanitario. Estas son cuestiones que forman parte del aprendizaje, pero, desgraciadamente, aquellos intérpretes que no han recibido formación alguna (intérpretes *ad hoc*) pueden no ceñirse al código ético porque o bien desconocen su existencia o porque no sienten la necesidad de hacerlo. Estos intérpretes *ad hoc* al no seguir el código ético incurrirán, por consiguiente, en algunos de los errores mencionados a continuación (cf. Crezee, 2015):

- No permanecerán imparciales.
- No mantendrán la confidencialidad profesional.
- No transmitirán el mensaje de manera precisa.
- No resolverán ningún posible conflicto de interés.
- Le ofrecerán consejo o resolverán cualquier duda al paciente.
- No podrán resolver posibles conflictos culturales, ya que probablemente no tendrán los conocimientos suficientes de su propia cultura ni de la cultura del paciente extranjero.
- No podrán utilizar las técnicas de interpretación correctas propias de la interpretación en el ámbito sanitario. Y no podrán explicar, puesto que probablemente no sepan en qué consiste exactamente, el papel del intérprete.

3.5. Formación en interpretación sanitaria

Uno de los retos en la interpretación sanitaria es la formación que reciben los intérpretes. Las claves para que los futuros intérpretes salgan bien formados son (Crezee, 2015):

- Permitir que el alumno practique la interpretación sanitaria mediante ejercicios y que este reciba comentarios constructivos para desarrollar y enriquecer su formación.
- Preparar a los alumnos para posibles situaciones a las que puedan enfrentarse en su futuro profesional y dejar claros los aspectos éticos de la profesión.

La formación en este ámbito debe centrarse en unos modelos educativos que se centren en:

- Aspectos teóricos (terminología específica del ámbito médico).
- Aspectos teóricos y prácticos del código ético.
- Práctica de la interpretación sanitaria (vídeos o audios).

En algunos casos, los profesores que impartan la interpretación en el ámbito sanitario pueden ser, por un lado, intérpretes con los conocimientos propios de la interpretación y, por otro lado, profesionales de la rama de ciencias de la salud. De esta manera todos aportan sus conocimientos especializados, tanto de interpretación, como médicos. Hay que tener especial cuidado con la elección del profesional que impartirá esta formación, ya que debe contar con los conocimientos específicos del ámbito médico y a su vez debe conocer las cualidades de un intérprete.

Las clases sobre interpretación sanitaria, según Crezee (2015), deben contar, en primer lugar, con el aprendizaje teórico de la medicina. Esta parte teórica se centrará en los aspectos del cuerpo humano, por ejemplo, anatomía y fisiología, hematología, cardiología, entre otros. Estas clases se centrarán en los conceptos principales de cada uno de los temas tratados, se presentarán estos temas mediante presentaciones y vídeos para que el alumno pueda ver consultas reales en el ámbito médico y sienta que forma parte de la situación. Además, una vez estén realizando las prácticas en empresa ya sabrá, en cierta medida, qué esperar de una consulta médica y así podrá consolidar sus conocimientos.

Del mismo modo, contar con material médico (catéter, mascarillas, stent, inhaladores o medidores de flujo máximo) y pasarlo por la clase, hace que el alumno pueda ver y tocar el material que se utiliza en determinadas pruebas o intervenciones quirúrgicas; además, es más fácil entender la palabra «catéter» cuando has visto y tocado uno (cf. Crezee, 2015). Sin embargo, puede surgir una duda, ¿cómo encontrar material real para la formación de futuros intérpretes sin tener que hacer grandes inversiones? Si el profesorado está en contacto con la práctica profesional, sabrá que, por ejemplo, en los hospitales suelen abrirse catéteres por error. Al abrirlos estos ya no son estériles y se tienen que tirar, por lo tanto, se puede pedir este tipo de materiales y pasarlos por la clase. Lo mismo ocurre con el material caducado.

Además, la comunicación no verbal, en los últimos años, ha ido ganando terreno en el plano de la formación de intérpretes en el ámbito sanitario, puesto que en ocasiones también es necesario interpretar un determinado gesto o mueca, para aclararle al personal sanitario qué quiere decir el paciente con ese lenguaje no verbal, o viceversa. Por esa razón, no debemos limitar la definición de interpretación a simplemente transmitir el mensaje de una lengua a otra, sino también, incluir en la definición el lenguaje no verbal, ya que rara vez usamos el lenguaje verbal por sí mismo, a menudo combinamos el lenguaje verbal con el lenguaje no verbal (cf. Miletich, 2015).

Otra parte muy importante en la formación de los intérpretes es la práctica controlada. Una posible actividad es dividir a los alumnos en grupos de tres y que cada uno represente un papel (médico, paciente e intérprete). El alumno que represente al médico y el alumno que represente al paciente tendrán un diálogo que deberán leer para que el alumno restante pueda interpretar. Otra actividad es practicar situaciones reales en las aulas de interpretación para que el alumno practique y pueda grabarse y escuchar su interpretación, señalar sus puntos fuertes y sus puntos débiles y recibir comentarios tanto del profesor como de otros compañeros.

Es muy importante que el intérprete cuente con una buena formación, ya que trabajar con intérpretes que han recibido una formación específica garantiza una mayor calidad en su labor. Según Navaza, Estévez y Serrano (2009:143), las ventajas de trabajar con intérpretes formados presentes en el acto comunicativo son las siguientes:

1. Profesionalidad: trabajar con intérpretes que han recibido una formación específica en el ámbito médico garantiza unos mínimos de calidad en su desempeño profesional.
2. Calidad de la interpretación: la presencia del intérprete asegura la captación del lenguaje verbal y el no verbal. Además, puede reunirse antes y después de la interpretación con el personal sanitario, lo cual le permite tanto preparar la interpretación como hacer un balance de su actuación.
3. Confianza: tanto los pacientes como el personal sanitario entran en contacto directo con el profesional que va a realizar la interpretación. Así, los interlocutores tendrán una idea más clara acerca de sus competencias y capacidades.
4. Ausencia de barreras tecnológicas: los problemas técnicos pueden afectar negativamente las otras modalidades de interpretación.
5. Costes a largo plazo: la carga económica que supone la contratación de un intérprete puede resultar más rentable que tener que afrontar demandas por errores médicos debidos a una falta de comunicación.

Sin embargo, todo tiene una doble cara, por lo que la interpretación en el ámbito sanitario no iba a ser menos. Es una realidad la dificultad para cubrir todas las lenguas y delimitar las funciones del intérprete, ya que tanto el personal sanitario como el paciente pueden demandar otras funciones, que no le corresponden al intérprete. Esta fue nuestra

experiencia en las prácticas de empresa realizadas en el marco del Máster Universitario en Traducción Profesional y Mediación Intercultural (itinerario: Mediación Intercultural) impartido por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Hicimos estas prácticas en el Hospital San Roque Maspalomas, una entidad privada en el sur de Gran Canaria. El servicio de interpretación se encargaba de prestar sus servicios lingüísticos entre el personal hospitalario y el usuario extranjero. Aunque, tal y como se recoge en el apartado 3.4 de este trabajo, los intérpretes deben limitarse a interpretar solo lo que dice el personal sanitario y permanecer neutrales, en este caso, los intérpretes también realizaban tareas administrativas, ayudaban a los pacientes con los trámites burocráticos, facilitándoles los documentos de los seguros a los pacientes en sus habitaciones, explicándoles los consentimientos informados, resolviendo los problemas entre el hospital y los seguros de los pacientes extranjeros, los traslados de hospital, el alojamiento de estos pacientes y sus familiares, y un sinnúmero de tareas que según recogen los códigos éticos de los intérpretes no son funciones propias de estos profesionales (véase apartado 3.4). Es más, todas esas labores coinciden con la visión que algunos expertos tienen sobre la mediación y el mediador intercultural (véase apartado 3.2). La interpretación sanitaria es una profesión poco reconocida y la figura del intérprete en este ámbito no está integrada en los servicios sanitarios públicos, en otras palabras, la figura del intérprete no está prevista en la relación de puestos de trabajos de los servicios sanitarios públicos, y es el propio personal hospitalario el que se encargaría de las tareas de traducción e interpretación. Por eso, los inconvenientes relacionados con las tareas de interpretación, según Navaza, Estévez y Serrano (2009:143), son los siguientes:

1. Lenguas disponibles: es extremadamente difícil que los hospitales cuenten con intérpretes in situ que puedan abarcar todos los idiomas para los que se podría necesitar interpretación en la consulta.
2. Delimitación de las funciones: puede darse la circunstancia de que el médico o el paciente demanden otros servicios además de la interpretación: ayuda para cumplimentar trámites administrativos, acompañamiento, etc. La carencia de una delimitación clara de las funciones del intérprete hará que los profesionales acepten (o no) realizar dichas funciones.
3. Profesión poco reconocida: la figura del intérprete no forma parte del entramado profesional de las instituciones sanitarias, lo cual dificulta la contratación de estos servicios.
4. Flexibilidad de horarios: en un centro hospitalario, la necesidad de una interpretación puede surgir en cualquier momento del día o de la noche. En una situación de urgencia, esperar a la llegada del intérprete puede tener consecuencias nefastas.
5. Costes a corto plazo: a pesar de que los honorarios son más bajos que en otros tipos de interpretación (como la interpretación de conferencias), se trata de un servicio más caro que la interpretación telefónica y que el software multilingüe.

Un claro motivo de la falta de conocimiento acerca de este tipo de interpretación se debe a que en los Grados de Traducción e Interpretación tienden a generalizarse los contenidos,

como se recoge en el Artículo 9 del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre: «las enseñanzas de Grado tienen como finalidad la obtención por parte del estudiante de una formación general, en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional», es decir, los Grados aportan información general y menos especializada a los estudiantes. No obstante, con respecto a la interpretación en los servicios públicos, y por consiguiente a la interpretación sanitaria, algunas universidades de España como la de Granada, Murcia o País Vasco tienen entre sus planes de estudio una asignatura optativa orientada a la interpretación en los servicios públicos, mientras que otras universidades como en las de Las Palmas de Gran Canaria, Vigo o Córdoba tienen la interpretación consecutiva donde también se englobaría la interpretación bilateral propia de los servicios públicos y es en los estudios de máster donde se imparten asignaturas específicas de este ámbito.

Hale (2010:25) explica que la falta de conocimientos sobre la interpretación sanitaria se debe al «estado desorganizado y desestructurado del sector, la falta de educación universitaria obligatoria, la falta de una entidad profesional consolidada y el desconocimiento general de la complejidad que entraña». La interpretación de enlace o bilateral es, sin duda, un mercado en expansión que aún no tiene el mismo prestigio que la interpretación de conferencias y ello se nota en la formación (o la falta de ella) de los que actúan como intérpretes, que con frecuencia son familiares o amigos cuya única formación es que comparten lengua y cultura con una de las partes y conocen a ciertos niveles la otra lengua y cultura (cf. AIETI, 2016).

No obstante, la formación profesional en la interpretación de los servicios públicos se da en aquellos países donde la necesidad de una interpretación fiable es reconocida como una preocupación en la sociedad. En países como Australia, Nueva Zelanda, Canadá o los países Escandinavos, la formación de los intérpretes en este tipo de interpretación ha estado respaldada por sus respectivos gobiernos. Así lo refleja Wadensjö (1998: 54-55):

Professional training for community interpreters is comparatively well established in countries where the need for reliable interpreting is recognized as a concern of society at large (and not a concern for the language minorities primarily or exclusively). For instance, in Australia, in Canada (not least in its Northwest territories) and in the Scandinavian countries, the training of broad profile community interpreters has been supported by national governments since the 1970s.

Debido a la necesidad actual, en el territorio español, de formar a intérpretes cualificados para que desarrollen su labor en el ámbito de los servicios públicos debido a la llegada,

cada vez más frecuente, de población inmigrante y turistas, existen cursos que se imparten relacionados con la interpretación de los servicios públicos y la interpretación sanitaria. Algunos de los cursos que se imparten en las universidades españolas son los siguientes:

- Universidad de Alcalá de Henares: Máster Oficial en Comunicación Intercultural: Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos.
- Universidad Jaume I: Máster Universitario en Traducción Médico-Sanitario.
- Universidad de Salamanca: Máster en Traducción y Mediación Intercultural.
- Universidad de Las Palmas de Gran Canaria: Máster en Traducción Profesional y Mediación Intercultural.

Cuando hablamos de la falta de conocimientos de este tipo de interpretación, nos referimos a que la labor y la función del intérprete de los servicios públicos era, y sigue siendo, casi desconocida. Angelelli (2004) explica que hasta hace veinte años la figura del intérprete en los servicios públicos, concretamente en el ámbito sanitario, no se había investigado, ya que se consideraba una de las formas menos prestigiosas de la interpretación.

Hay que añadir que recientemente se ha publicado una Norma ISO (ISO 21998:2020 Interpreting services — Healthcare interpreting — Requirements and recommendations) cuyo documento se elaboró en respuesta a la creciente demanda mundial de atender las necesidades de interpretación entre los pacientes extranjeros y los profesionales de la sanidad, y procurar la seguridad, el bienestar de los pacientes extranjeros. Además, en aquellos países donde no se cuenta con una formación reconocida en materia de interpretación sanitaria, este documento puede servir de guía y base para establecer un sistema jurídico, administrativo y educativo adecuado para todos los interesados en la interpretación sanitaria.

A modo de resumen, los alumnos deben conocer las situaciones profesionales en las que se requiere la interpretación sanitaria. Deben ser conscientes del papel que desempeñan como intérpretes (asumir un rol no protagonista, conocer los condicionantes culturales y sociales de cada situación y saber situarse adecuadamente, es decir, saber dónde posicionarse en la conversación para no perder de vista a los interlocutores). El alumno debe desarrollar la capacidad de cambiar a otras modalidades que se dan también en el

ámbito sanitario, como, por ejemplo, la traducción a la vista. Además, debe ser capaz también de utilizar los sistemas de comunicación actuales, estos son la interpretación telefónica y de videoconferencia (cf. Hurtado Albir, 1999).

4. LA INTERPRETACIÓN SANITARIA: PRINCIPALES REFERENTES MUNDIALES

Desde principios del siglo XX, la demanda de interpretación ha ido aumentando por todo el mundo. Después de la Primera Guerra Mundial, se contrataron intérpretes para llevar a cabo negociaciones internacionales como el Tratado de Versalles. Tras la Segunda Guerra Mundial, se necesitaban intérpretes para procedimientos como los Juicios de Núremberg, ya que intervenían personas de diferentes partes del mundo. En tiempos más recientes, las guerras civiles, y otras causas políticas y sociales, como la Guerra de Libia o la Guerra civil iraquí, han provocado que el número de inmigrantes haya aumentado debido a la inestabilidad económica en sus países de origen y hayan tenido que cruzar fronteras en busca de una calidad de vida mejor para ellos y sus familias. En paralelo, la globalización ha contribuido al desarrollo del mercado internacional y la creación de organizaciones como la Unión Europea, las Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud. Todo esto ha traído consigo un aumento en el número de traductores e intérpretes (cf. Crezee, 2015).

La llegada de inmigrantes a países como Australia, Nueva Zelanda, Canadá o Estados Unidos ha desarrollado la interpretación debido a la diversidad lingüística y cultural que estos inmigrantes traen consigo. A continuación, se expondrá brevemente cómo algunos de los países pioneros en interpretación sanitaria, hacen frente a la llegada de inmigrantes y cómo se comunica el personal de los servicios públicos cuando alguno de estos grupos acude a un centro sanitario.

4.1. Australia

En Australia se empezó a buscar medidas para abordar las necesidades comunicativas en los años 50 tras la llegada masiva de inmigrantes. En los años 70, el influjo de inmigrantes trajo la necesidad de contar con más intérpretes que estuvieran cualificados para trabajar en los servicios públicos. En 1977 se creó la organización NAATI (National Accreditation Authority for Translators and Interpreters), un sistema de acreditación nacional tanto para traductores como para intérpretes, que incluye también el lenguaje de signos (cf. Burdeus Domingo, 2010). Cabe destacar que antes de 1977 «se había organizado en Sídney un servicio de intérpretes para atender a las necesidades de los hospitales, que más tarde dio lugar al *New South Wales (NSW) Health Care Interpreter*

Services» (Navaza *et al*, 2009:143-144). El *New South Wales (NSW) Health Care Interpreter Services* ofrece sus servicios de manera gratuita en los servicios sanitarios públicos de manera presencial o telefónica las 24 horas del día, los 7 días de la semana a aquellos pacientes y familiares que no hablen inglés o a aquellas personas con problemas auditivos que necesiten interpretación de lenguaje de signos. El servicio ofrece más de 120 lenguas y lenguaje de signos australiano (*Auslan*) (cf. NSW Health, 2019).

4.2. Canadá

Al igual que en Australia, Canadá cuenta con un sistema de acreditación para los intérpretes de los servicios públicos. En 1995 la red Critical Link, que se ha convertido en referente internacional, organizó el primer congreso internacional sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. La última edición se celebró en junio 2019 en Tokyo (cf. Burdeus Domingo, 2010).

4.3. Estados Unidos

En Estados Unidos, gran parte de la población no habla inglés o no lo habla con fluidez. En 1981 se creó el primer servicio de interpretación telefónica, y en la actualidad, los hospitales cuentan con un servicio de interpretación *in situ*, interpretación telefónica y de videoconferencia (Crezee, 2015). En Estados Unidos, existen algunas acreditaciones a nivel estatal y cuenta también con grandes asociaciones como la Asociación de Intérpretes Médicos de California (CHIA) o la Asociación de Intérpretes Médicos de Massachusetts (MMIA). También, se han desarrollado proyectos como «Speaking Together» de la *Robert Wood Johnson Foundation (RWJF)*, esta organización «ha reunido a diez hospitales estadounidenses con un alto porcentaje de pacientes inmigrantes con el fin de mejorar la calidad y la disponibilidad de los servicios de interpretación sanitaria» (Navaza *et al*, 2009:144).

4.4. Nueva Zelanda

A finales de los años 80, se llevó a cabo un importante proyecto de investigación sobre el cáncer de cérvix y que, por consiguiente, implicaba la participación de muchas mujeres que no hablaban inglés. El comité de investigación concluyó que intérpretes cualificados debían asistir lingüísticamente a aquellas pacientes que no hablasen inglés. Más adelante, en 1996, en el Decreto de Salud y Discapacidad (Health and Disability Act) se recogió la

necesidad de contar con intérpretes cualificados. Desde entonces, como veremos más adelante, la sociedad neozelandesa se ha convertido en un lugar multilingüe y multicultural, con servicios que prestan ayuda lingüística en más de 190 idiomas diferentes (cf. Crezee, 2015).

Con motivo de la movilidad relacionada con los estudios de doctorado, realizamos una estancia de investigación en Auckland, Nueva Zelanda. El objetivo del estudio era conocer el funcionamiento y la financiación del servicio de interpretación, que como vimos en Pérez-Luzardo Díaz y Fernández Pérez (2018) y comprobamos en nuestro estudio piloto, es inexistente en el Servicio Canario de Salud (SCS). Nuestro objetivo era saber cómo trabajan los intérpretes, su formación (si son traductores e intérpretes de carrera), lengua materna y lenguas de trabajo, código ético por el que se rigen, y trabajos que desempeñan (si solo interpretan o hay más tareas que se realizan por parte de estos profesionales). También asistimos a las clases sobre interpretación sanitaria, interpretación telefónica y código ético para ver la formación que reciben los intérpretes en Nueva Zelanda.

Con la realización de la movilidad en Nueva Zelanda recabamos, mediante entrevistas a intérpretes sanitarios profesionales (véase Anexo I), información de los modelos del país en cuanto a la interpretación sanitaria. De esta manera, en futuros trabajos podremos analizar si algunas de las soluciones que se aplican en Auckland para enfrentar las barreras lingüísticas en el ámbito sanitario se podrían llevar a cabo en el SCS.

Como ya hemos comentado, la interpretación sanitaria en Nueva Zelanda comenzó a cobrar importancia a finales de los años 80. En la actualidad, los centros sanitarios de Auckland cuentan, por un lado, con intérpretes en plantilla y, por otro lado, con intérpretes autónomos. Entrevistamos a nueve intérpretes y a la coordinadora de intérpretes de uno de los principales hospitales de Auckland. Todos ellos cuentan con el certificado de interpretación de enlace (Certificate in Liaison Interpreting) necesario para trabajar como intérprete en los servicios públicos.

Los intérpretes que entrevistamos son en su totalidad trabajadores autónomos y nos explicaron que para trabajar como intérprete en Nueva Zelanda o bien llamaban o enviaban sus currículums a los centros sanitarios, o lo hacían a través de otros intérpretes o de páginas web específicas como «www.seek.co.nz», en las que se ofertan puestos de

trabajo. El propio hospital les llamaba debido a que eran lenguas minoritarias y necesitaban de sus servicios.

Estos intérpretes prestan sus servicios en todas las áreas de la medicina, desde consultas externas, cardiología, cirugía hasta psiquiatría. Además, algunos intérpretes acuden a consultas a domicilio de pacientes que han decidido continuar con su tratamiento en casa.

El procedimiento que se sigue para contratar a un intérprete es el siguiente: en primer lugar, el paciente al acudir a un centro hospitalario debe rellenar un informe en el que se debe especificar si desea servicios de interpretación, y en caso afirmativo debe especificar la lengua, incluso puede escoger si desea a un intérprete o a una intérprete. Después, el encargado contactará con el intérprete para ver si está disponible. En caso de que esté disponible, le enviará al intérprete toda la información del paciente mediante una aplicación de la que disponen todos los intérpretes, concretando, por ejemplo, el número de la historia clínica, el motivo de la consulta, el lugar y la hora de la cita médica. Del mismo modo, el intérprete es el encargado de llamar al paciente para confirmar que asistirá a la cita médica, y en caso de que la cita sea para realizarse alguna prueba médica y este, por ejemplo, tenga que acudir en ayunas, el intérprete también es el encargado de recordarle el procedimiento. Tuvimos la suerte de poder asistir a una interpretación real con una de las intérpretes que entrevistamos y pudimos apreciar todo el procedimiento. Al llegar al hospital la intérprete se debe identificar con una acreditación específica, y al finalizar la interpretación el médico debe firmarle un documento (mediante la aplicación mencionada anteriormente) para que a la agencia de contratación le conste que asistió a la consulta.

Normalmente, todos los intérpretes hacen entre 3 y 5 interpretaciones al día, ya que la distancia entre un centro sanitario y otro es muy larga y no disponen de más tiempo durante el día para poder desplazarse. El desplazamiento y el poco tiempo del que disponen para trasladarse de un hospital a otro es uno de los problemas más comunes entre los intérpretes entrevistados. Otro problema al que se enfrentan es que algunas familias cuestionan el trabajo del intérprete e intentan interpretar ellos mismos cuando ven que el médico está a punto de darle una mala noticia a su familiar. Otros incluso, dependiendo de la cultura a la que pertenezcan, les hacen regalos o les ofrecen dinero a los intérpretes y estos siguiendo el código ético deben rechazar cualquier tipo de regalo o dinero, explicándoles que están cumpliendo con su trabajo. Muchos aducen que es difícil

separar su vida profesional de la personal y lo que se vea o se oiga en el hospital debe quedarse en el hospital cuando la jornada de trabajo termine, tal y como queda recogido en el apartado de los códigos éticos (véase apartado 3.4).

Otro aspecto interesante es que los intérpretes antes de empezar a interpretar explican su papel y qué se debe esperar de ellos tanto al personal sanitario como al paciente y sus acompañantes. Igualmente, el código ético por el que se rigen es el *NZSTI Code of Ethics*, aunque algunos centros sanitarios también disponen de su propio código ético.

Finalmente, nos explicaron que lo que cambiarían del funcionamiento del servicio de interpretación es el bajo salario, los tiempos de desplazamiento (que no se remuneran) y que a veces impiden aceptar más trabajos porque nadie les asegura que puedan llegar a tiempo a otra consulta en otro hospital. También lamentan que la información médica del paciente suele ser muy escasa e incluso muchas veces los intérpretes van a la consulta sin saber qué le ocurre al paciente.

Por otro lado, la coordinadora de intérpretes nos confirmó todo lo que nos habían dicho los intérpretes y que muchas veces es difícil tener a muchos intérpretes en plantilla porque algunos idiomas se demandan solo en algunas temporadas y otros son de comunidades minoritarias. Del mismo modo, desde la coordinación del servicio siempre se está trabajando para conseguir que la profesión tenga el reconocimiento que se merece y puedan mejorar las condiciones laborales de los intérpretes sanitarios, además de conseguir más fondos para la investigación.

A modo de resumen, la interpretación sanitaria en el mundo ha ido creciendo con el paso del tiempo y se está empezando a reconocer el perfil del intérprete de los servicios públicos, muy importante en la actualidad debido a los constantes flujos migratorios y al turismo.

5. LA INTERPRETACIÓN SANITARIA EN EUROPA

Al igual que en el resto del mundo, la interpretación en Europa ha estado presente a lo largo de la historia «allí donde ha habido cruce de lenguas, culturas y tradiciones» (Alonso, 2008:1). Como ya hemos comentado anteriormente (véase apartado 3.5), la interpretación aún es una disciplina bastante reciente en el mundo académico, pues «las primeras escuelas de interpretación nacen en Europa a mediados del siglo XX» (ibídem, 2008:2).

A continuación, explicaremos someramente qué soluciones llevan a cabo algunos países europeos para atender a los pacientes extranjeros que acudan a un hospital o centro sanitario.

5.1. Reino Unido

En el Reino Unido la interpretación en los servicios públicos comenzó a desarrollarse en los años sesenta y setenta, debido a la llegada de «inmigrantes procedentes de las antiguas colonias de la Commonwealth» (Navaza *et al*, 2009:144). En 1983 se desarrolló un proyecto llamado *Community Interpreter Project* con la finalidad de formar a traductores e intérpretes para los servicios públicos. Del mismo modo, se creó un sistema de acreditación nacional llamado *National Register of Public Service Interpreters* (cf. ibídem, 2009). El gobierno del Reino Unido refleja, en su guía para el inmigrante, que disponer de un intérprete es indispensable para tratar temas tan importantes como la salud. Además, pone a disposición del usuario un gran abanico de opciones para poder comunicarse. La Cruz Roja británica publicó en 2004 un manual de emergencia con frases que pueden utilizarse en el contexto sanitario en varios idiomas. Además, el teléfono de emergencias puede proporcionar intérpretes a sus usuarios en caso de necesitarlo (cf. Gov.Uk, 2018).

5.2. Noruega

En Noruega existe un registro nacional de intérpretes, creado en 1997 y dirigido por el Directorio Noruego de la Integración y la Diversidad (Navaza *et al*, 2009). Este registro nacional pretende garantizar que los intérpretes estén cualificados para trabajar en los servicios públicos. El servicio sanitario noruego es el responsable de que haya una buena comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero. Es este servicio el que

se encarga de proporcionarle al paciente un intérprete cualificado (cf. Tschirhart, Díaz y Ottersen, 2019). Sin embargo, otro estudio refleja el descontento con el servicio de interpretación en el ámbito sanitario, puesto que la contratación de intérpretes está desorganizada y depende de varias empresas privadas. Esto da lugar a que la contratación del intérprete dependa de cuestiones económicas y no de la calidad de la interpretación y la cualificación del intérprete. Por otro lado, se ponen de manifiesto las malas condiciones de trabajo de los intérpretes cualificados, así como el salario bajo, que no atrae a estos profesionales (cf. Thagichu, 2014).

5.3. Suecia

Los problemas de comunicación en Suecia se deben principalmente a la llegada masiva de inmigrantes. Estos alegaban que las barreras lingüísticas les impedían tener los mismos derechos que la población local, por esa razón entró en vigor en 1975 la ley que recoge que cualquier persona que acuda a un centro sanitario y no domine el sueco puede disponer de un traductor o intérprete. Sin embargo, no se especifica quién puede ejercer como intérprete, tan sólo se recomienda acudir a intérpretes cualificados y autorizados, puesto que desde los años 60 se forma a intérpretes en este país. Todos los intérpretes, incluidos los que no están autorizados, siguen el código ético «God tolksed» (*Good Interpreting Practice*) donde se recoge que todo intérprete debe interpretar todo lo que se dice, permanecer neutral, interpretar en primera persona y no expresar opiniones. Si un paciente requiere interpretación, el centro sanitario es el encargado de contratar al intérprete y asegurarse de que este está disponible (cf. Hadziabdic, 2011).

5.4. Francia

La organización ISM Intépretariat se creó en París en 1970 y ofrece servicios de interpretación telefónica e *in situ* en 85 lenguas. Presta servicios médicos sociales y educativos. Además, los hospitales se hacen cargo de los costes de la interpretación (Navaza *et al*, 2009).

5.5. Bélgica

En este país, se recurre más a la figura del mediador intercultural y está bien definida en el ámbito sanitario. En Bélgica los primeros mediadores interculturales en los hospitales datan de 1970. Pero esta primera iniciativa no tuvo el apoyo gubernamental ni la

financiación adecuada por lo que quedó cancelada. Sin embargo, a finales de los años 80 esta iniciativa volvió a resurgir tras el apoyo de varias instituciones que trabajaban para los derechos de los inmigrantes. Con esto aparecieron los organismos institucionales como «Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme» y el «Fond d'Impulsion à la Politique des Inmigrés (FIPI)», que consolidaron la mediación intercultural en el ámbito sanitario (cf. Muñoz Martínez, 2010). Por lo tanto, en 1991 se crearon Fondos de Impulsión para las Políticas de Inmigración para financiar el desarrollo de los servicios médicos para poder hacer frente a las barreras lingüísticas en este país. Del mismo modo, en 1997 se llevó a cabo un proyecto para implementar un servicio de mediación intercultural en todos los hospitales de Bélgica. En la actualidad, la mediación intercultural no es un proyecto sino un servicio que está bien «regulado, financiado y evaluado» (Muñoz Martínez, 2010:183)

5.6. Alemania

En Alemania, en los años 90 se crearon centros de medicina intercultural en Múnich y en Hannover que disponen de unos 200 intérpretes. De la misma manera, algunos hospitales como el *Institut für Medizin-Soziologie* creó, en 1994, un servicio de interpretación interno, que llegó a contar con unos 100 intérpretes para 50 idiomas, pero en 2002 este servicio dejó de estar centralizado (Navaza *et al*, 2009). En la actualidad el Hospital Universitario de Heidelberg cuenta en su página web con un apartado para la contratación de intérpretes donde se explica que, si un paciente que no sepa hablar alemán o inglés requiere de los servicios de un intérprete, este debe hacérselo saber al hospital y el propio paciente es el que debe contratar al intérprete con tiempo antes de la consulta médica. El hospital cuenta con intérpretes autónomos y algunos en plantilla y la tarifa está en torno a los 35 - 55€ la hora, dependiendo del idioma requerido (cf. Heidelberg University Hospital, 2018).

5.7. Suiza

En Suiza, las ONG fueron las que concienciaron a las administraciones para instaurar la interpretación en los servicios públicos. Sin embargo, a pesar de que este país es bastante turístico, la mayoría de los hospitales no tiene presupuesto para contar con un servicio de interpretación (cf. Navaza *et al*, 2009). Es por eso por lo que en este país el propio personal hospitalario debe buscar soluciones para poder atender a los pacientes

extranjeros. Muchas veces el personal hospitalario recurre a intérpretes *ad hoc* como familiares de los pacientes (especialmente niños) y otros compañeros del hospital (personal de limpieza) (cf. Pöchhacker, 2000).

5.8. Italia

La interpretación sanitaria en Italia no ha recibido aún la atención que se merece, ya que no hay ningún procedimiento de acreditación ni ningún registro nacional para los intérpretes. Además, hay pocas oportunidades de formación para los intérpretes sanitarios y esto trae consigo que las condiciones laborales sean precarias: bajo salario, pocas oportunidades laborales y bajo estatus social. La llegada constante de inmigrantes y turistas a este país hace que sea necesaria la figura de un intérprete para ayudar con las barreras lingüísticas y culturales a estas personas y puedan tener los mismos derechos que un ciudadano local. No obstante, la figura del mediador intercultural está presente en este país desde los años 90 y muchos prefieren esta figura porque alegan que los mediadores interculturales pueden servir de puente entre el inmigrante y la institución pública, ayudando a entender al inmigrante, saber cuáles son sus necesidades y poder acceder también a los servicios sanitarios (cf. Tomassini, 2012).

En resumidas cuentas, es posible observar tres grupos. En primer lugar, los países donde la situación de la interpretación sanitaria está regulada, países como Noruega y Suecia, que disponen de servicios de interpretación bien definidos. Lo mismo ocurre con Bélgica donde la mediación intercultural es una profesión reconocida y que ha ido ganando terreno con el paso de los años. En segundo lugar, aquellos países donde la interpretación sanitaria está semi-regulada, estos países son Alemania, Reino Unido y Francia. Finalmente, al tercer grupo pertenecen países como Suiza e Italia donde la situación de la interpretación sanitaria no está regulada. Está claro que aún queda mucho por hacer en aquellos países pertenecientes a los dos últimos grupos, donde poco a poco se va concienciando a la población y a las autoridades de que la figura del intérprete o del mediador intercultural en los servicios públicos es esencial para que los inmigrantes y turistas reciban una atención de calidad.

6. LA INTERPRETACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

La situación de la traducción e interpretación en el ámbito sanitario en España no ha experimentado cambios en los últimos años. El acceso a un servicio de traducción e interpretación en el ámbito sanitario en España es más un privilegio que un derecho, puesto que aún no se recoge por ley el derecho de que el paciente extranjero y el personal sanitario puedan comunicarse.

No obstante, cabe destacar que entre los años 2003 y 2005 se llevó a cabo un proyecto impulsado por la Comisión Europea, «Hospitales Amigos del Inmigrante», en el que participaron centros hospitalarios de 12 países, entre los que se encontraba España, «con el objetivo de crear entornos favorables a la atención a la población inmigrante, el proyecto comenzó analizando las principales dificultades a las que se enfrentan los hospitales en la asistencia a dicha población» (Abril Martí y Martín, 2011:1521). Con este proyecto se demostró que el problema principal es la barrera lingüística por lo tanto sin una comunicación adecuada surgen diversos problemas, por ejemplo, el número de pruebas diagnósticas puede ser mayor en pacientes extranjeros como consecuencia de la falta de comunicación durante una consulta médica, y lo mismo ocurre con los ingresos hospitalarios y derivación a especialistas, puesto que les resulta más complicado evaluar el caso de estos pacientes por los problemas de la comunicación, entre otros (cf. *ibidem*, 2011). Debido a la falta de comunicación en algunas ocasiones se llevan a cabo soluciones improvisadas recurriendo a profesionales sanitarios bilingües, intérpretes *ad hoc* como pueden ser amigos y familiares del paciente, personal sanitario que intenta comunicarse en una de las lenguas vehiculares (inglés o francés), intérpretes voluntarios, contratación de profesionales de la interpretación, interpretación telefónica o de videoconferencia y tener material escrito traducido en varios idiomas para facilitar y garantizar la comunicación en un primer contacto (cf. *ibidem*, 2011). Sin embargo, en España «entre las múltiples soluciones *ad hoc* que se han ido desarrollando en la última década, muy pocas plantean la contratación de personal formado para prestar un servicio de interpretación verdaderamente profesional que ofrezca todas las garantías necesarias» (Abril Martí y Martín, 2011:1524).

Todo paciente que no hable español tiene derecho a ser informado de cualquier procedimiento o tratamiento que le vayan a practicar, por lo tanto, deberían proporcionarles un servicio de traducción e interpretación. No obstante, en algunas

Comunidades Autónomas de España, como veremos a continuación, se han tomado medidas para suplir esa falta de asistencia lingüística mediante interpretación telefónica. Pero en muchas ocasiones el personal sanitario no termina de aceptar esta solución porque ve el servicio como algo impersonal y poco práctico (cf. Foulquié-Rubio *et al*, 2018).

Salvo en los lugares donde se recurre a la interpretación telefónica, aún en gran parte del territorio español el personal sanitario es el que debe encontrar soluciones improvisadas (gestos, familiares de los pacientes, otros compañeros e incluso traductores automáticos) para poder comunicarse con el paciente extranjero (cf. *ibídem*, 2018). Estas soluciones improvisadas «como el uso de signos, gestos y dibujos, son un atentado a la dignidad de las personas implicadas y a la credibilidad del sistema, siendo un recurso tan burdo en cuanto a la garantía de un derecho como es el de la salud» (Abril Martí y Martín, 2011:1524).

Antes de explicar la situación de la interpretación sanitaria a lo largo del territorio español, explicaremos qué es y en qué consiste el Sistema Sanitario español, puesto que este sería el lugar en el que entraría la profesión del intérprete sanitario.

La Organización Mundial de la Salud (cf. Miranda Camarero, 2014) define el sistema sanitario como «un conjunto complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines».

Según Marco (s.f.:2), la función principal de un sistema sanitario es «asegurar el derecho a la salud de la población, procurando que no enferme y que cuando lo haga, el paciente sea correctamente diagnosticado y tratado».

Como señala el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar General, la Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, «el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos».

Por su parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012:6), los principios y criterios que permiten el ejercicio de este derecho, que se regulan por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y se concretan en:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

El conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud (SNS) ofrece a los ciudadanos incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud. Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y que incluye las siguientes prestaciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012:13):

- Prestación de Atención Primaria
- Prestación de Atención Especializada
- Prestación de Atención Socio-Sanitaria
- Prestación de Urgencia
- Prestación Farmacéutica
- Prestación Ortoprotésica
- Prestación de Productos Dietéticos
- Prestación de Transporte Sanitario
- Servicios de Información y Documentación Sanitaria

Todos estos servicios del SNS ayudan a los ciudadanos en sus cuidados cuando requieren de dichos servicios. Pero dado que «en las últimas décadas del siglo XX y comienzos del presente siglo XXI, España ha sido uno de los escenarios que más población inmigrante atrajo entre los estados miembro de la UE» (Valero-Garcés, 2013:80), estos servicios han de incluir las prestaciones anteriores para garantizar la protección del derecho constitucional. Sin embargo, entre las prestaciones no se aprecia la mención de un servicio de intérpretes para ayudar a esa población extranjera, que debido a los flujos migratorios se quedó viviendo en nuestro país.

Las estadísticas oficiales publicadas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019) muestran que el gasto sanitario en España alcanzó un valor total de 72.000 millones de euros durante el año 2019. Esta cifra equivale al 6,5% del PIB y sitúa el gasto medio por habitante en 1.559 euros. Atendiendo al destino de los fondos, se aprecia que la asistencia curativa, rehabilitación y cuidados de larga duración concentró la mayor parte del gasto, representando el 70% del total. Por otro lado, las recetas de medicamentos registraron un gasto de 11.000 millones de euros durante el pasado año 2019.

Estas cifras del gasto en la sanidad española reflejan que el gasto es inmenso, además aquí no se contempla el gasto que generan los pacientes extranjeros, por lo que tampoco se puede contemplar el gasto sanitario que correspondería a la remuneración de un servicio de intérpretes, ya que no existe dicha plaza en el ámbito sanitario público de nuestro país.

A continuación, haremos un repaso sobre la situación actual de la interpretación sanitaria en algunas comunidades autónomas, salvo la comunidad autónoma de Canarias, ya que le dedicaremos un capítulo aparte, puesto que es la comunidad autónoma en la que centraremos este trabajo de tesis, para ver qué soluciones lleva a cabo el personal sanitario para poder comunicarse con el paciente extranjero.

6.1. Andalucía

En Andalucía, en el año 2009, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) mediante la empresa Dualia adjudicó un servicio de teleinterpretación para poder comunicarse con los pacientes extranjeros. Este servicio oferta interpretación en 46 idiomas, once de los cuales están disponibles las 24 horas del día (cf. Calvo y Vigier Moreno, 2018).

Como recogen Calvo y Vigier Moreno (2018), durante el año 2015 se realizó un estudio de caso que demuestra que a pesar de estar disponible el servicio de teleinterpretación, 45 médicos de los tres hospitales públicos de Sevilla (Hospital Virgen de Valme, Hospital Virgen Macarena y Hospital Virgen del Rocío) no siempre recurren a dicho servicio porque creen que no funciona adecuadamente. Preferirían que el intérprete estuviera presente en la comunicación para que así la relación médico-paciente fuera más cercana.

En Andalucía la mayoría de los hospitales privados sí cuentan con un servicio de interpretación *in situ* que además en cierto modo está ligado al servicio público, ya que muchos hospitales tienen convenios con la salud pública y por lo tanto estos usuarios si tuvieran acceso a un servicio de atención lingüística. En esta comunidad autónoma existen en los centros de salud de Benalmádena (2012) o el Hospital Clínico Universitario de Málaga (2013), voluntarios que atienden en la comunicación especialmente, a pacientes británicos y escandinavos (cf. *ibídem*, 2018).

6.2. Aragón

En la comunidad autónoma de Aragón, se realizó un estudio en el que se demostraba que más de la mitad de los encuestados tenía problemas de comunicación con el paciente extranjero que acudía a su puesto de trabajo. Sin embargo, en esta comunidad existe desde 2010 un servicio de interpretación telefónica que corre a cargo de empresas «adjudicatarias contratadas por el Gobierno de Aragón» (Nevado Llopis, 2018:36). Este servicio se creó con el fin de ayudar al personal sanitario y al paciente extranjero a comunicarse. Aunque, parece un servicio idílico, muchos profesionales de la sanidad no conocen de su existencia, y aquella minoría que sí conoce su existencia lo ve como un servicio poco útil. El personal sanitario considera este servicio incómodo y difícil de utilizar, ya que el contacto físico y la cercanía con el intérprete no están presentes, además pueden surgir problemas técnicos como, por ejemplo, que se corte el teléfono o la larga espera hasta que un intérprete se ponga al teléfono (cf. *ibídem*, 2018).

Otro inconveniente es que el personal sanitario muchas veces no sabe qué esperar del servicio de interpretación telefónica y por consiguiente del intérprete. No saben cuáles son los índices de calidad de una interpretación, o cuál es la función del intérprete. Este desconocimiento se ve reflejado porque en el estudio no había un consenso entre los participantes acerca de cómo denominar al intérprete, si «mediador», «traductor», «traductor telefónico» o «traducción simultánea telefónica» (*ibídem*, 2018:38).

Debido al desconocimiento por parte de muchos profesionales de la sanidad, muchas veces recurren a soluciones improvisadas cuando llega un paciente extranjero a un centro sanitario. Estas soluciones suelen ser los gestos, recurrir a familiares del paciente e incluso piden al paciente que venga acompañado de un intérprete.

En cuanto a la traducción de textos escritos como pueden ser los consentimientos informados, en esta comunidad autónoma, estos documentos sí están traducidos en varios idiomas, pero las traducciones no siempre están disponibles ni al alcance de todo el personal y estos tampoco saben a quién acudir para poder obtenerlos (cf. *ibídem*, 2018).

6.3. Cataluña

En Cataluña, destaca la figura del mediador intercultural en el ámbito sanitario y «se trata de un perfil multidisciplinar que asume funciones más allá de la facilitación de la comunicación en entrevistas a tres» (Ugarte Ballester y Vargas-Urpi, 2018:50).

En 2008 se creó un proyecto que formó a un centenar de mediadores interculturales que luego trabajaron en algunos centros de salud con un convenio de prácticas. Al finalizar el periodo de prácticas algunos siguieron vinculados con el ámbito sanitario subcontractados mediante empresas como Eulen. Sin embargo, no todos los centros sanitarios en Cataluña cuentan con un servicio de interpretación o mediación: en otros se recurre a la teleinterpretación, por ejemplo, en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau se utiliza la interpretación telefónica llamando al 061 (cf. ibídem, 2018).

El servicio de mediación intercultural estuvo funcionando en varios centros de Barcelona (Hospital del Mar, Centro de atención primaria Besòs Mar, Sant Joan y Drassanes) hasta 2016. Este servicio atendía a cuatro grupos: Magreb, China, Pakistán y Latinoamérica, en este último caso solo se recurriría a la mediación intercultural y no lingüística. En 2017, la situación cambió y solo había servicios de atención lingüística en el Hospital Clinic, en el Centro de atención primaria Drassanes, Hortes y Raval. Los mediadores se contratan por horas mediante el grupo Eulen. En hospitales más grandes como el Hospital de la Vall d'Hebron, el servicio de mediación intercultural ya no está disponible a pesar de que el personal sanitario lo calificaba como un servicio útil y necesario (cf. ibídem, 2018).

En otras ciudades de Cataluña, se toman otras medidas al no haber en muchos centros sanitarios el servicio de atención lingüística. En ocasiones, suelen pedirle al paciente que venga acompañado de familiares o amigos que sepan hablar español o catalán. Otras veces, se recurre a intérpretes voluntarios que ayudan a los pacientes y, en algunos casos el personal sanitario recurre a la aplicación de traducción médica, *Universal Doctor Speaker* que tienen instalada en los ordenadores y en sus tabletas. Esta aplicación sirve para prestar ayuda durante el acto comunicativo entre el paciente extranjero y el personal sanitario y administrativo. Esta aplicación permite al paciente que se encuentre en un país extranjero poder explicar lo que le ocurre mediante las frases y necesidades médicas que contiene la aplicación. La aplicación permite escoger la combinación de idiomas entre el paciente y el médico según las necesidades de cada situación comunicativa. Los idiomas

que ofrece la aplicación son los siguientes: alemán, árabe, árabe marroquí, catalán, chino, español, francés, inglés, italiano, japonés, noruego, polaco, portugués, portugués brasileño, rumano, ruso y somalí. Cuando son intervenciones más complejas, suelen recurrir al Consejo Comarcal del Vallès Occidental que cuenta con una bolsa de intérpretes (cf. Ugarte Ballester y Vargas-Urpi, 2018).

6.4. Las islas Baleares

Las islas Baleares cuentan desde 2006 con un servicio de interpretación telefónica para el ámbito sanitario que está a cargo de la empresa Dualia. La empresa cuenta con 35 teléfonos móviles en los centros sanitarios y 37 teléfonos fijos. De lunes a viernes, de 8 a 18 horas, el personal sanitario tiene a su disposición este servicio con 51 idiomas, mientras que el servicio para inglés, francés, alemán, chino, árabe y rumano está disponible las 24 horas (cf. Ugarte Ballester y Vargas-Urpi, 2018).

Aunque exista un servicio de interpretación telefónica, las enfermeras del Hospital Comarcal de Inca solicitaron un sistema menos tecnológico como solución a las barreras lingüísticas que surgen durante una consulta. Por lo que pidieron un pictograma o diccionario visual parecido al que se creó en 2005 en el Hospital Punta de Europa de Algeciras. Este recurso se ha traducido a diferentes idiomas (alemán, francés, árabe, rumano, ruso, catalán y español). Además, no es solo útil para aquellos pacientes extranjeros que no saben español, sino también, para pacientes que tengan alguna dificultad en el habla (cf. *ibídem*, 2018).

Del mismo modo, en el sector de emergencias, el 112 cuenta con un servicio de interpretación telefónica. Este servicio «garantiza la atención en catalán, castellano, inglés y alemán» (Ugarte Ballester y Vargas-Urpi, 2018:60). Además, disponen de personal con conocimientos en francés e italiano y para el resto de los idiomas recurren al servicio de teletraducción que corre a cargo de Dualia y Seprotec.

6.5. Extremadura

En esta comunidad autónoma, en el ámbito sanitario, cuentan con un servicio de interpretación telefónica que también corre a cargo de la empresa Dualia. Este servicio empezó como un servicio temporal y provisional para asistir a los pacientes locales debido a que había un gran número de médicos extranjeros. Después, pasó también a

asistir a pacientes extranjeros en el ámbito sanitario, y los idiomas más demandados son: francés, inglés, portugués, árabe, rumano y chino mandarín (cf. Baigorri Jalón y Travieso Rodríguez, 2018).

6.6. Galicia

En Galicia no está garantizado el derecho a contar con un servicio de traducción e interpretación en el ámbito sanitario. Según algunos estudios expuestos por Del Pozo Triviño y Fernandes del Pozo (2018), en esta comunidad autónoma las soluciones que se llevan a cabo ante la falta de un servicio de traducción e interpretación son: intérpretes *ad hoc*, llamar al consulado, recurrir al personal sanitario que sepa el idioma del paciente, que los acompañantes de los pacientes que sepan alguna de las lenguas oficiales hagan de intérpretes o acudir a voluntarios que pertenecen a algunas ONG como Médicos do Mundo y Galicia Acolle. Además, el personal sanitario también suele recurrir al traductor de Google y afirman no conocer la aplicación de traducción médica *Universal Doctor Speaker*.

En cuanto a la traducción de documentos oficiales (consentimientos informados y hojas de información) el Centro Hospitalario de Santiago de Compostela contaba en el pasado con documentos oficiales traducidos, pero ahora no están disponibles. En lo que respecta a los protocolos de actuación, sorprende que en el ámbito judicial y policial los profesionales sí pueden seguir un protocolo cuando llega un paciente extranjero y recurrir a la asistencia de traductores e intérpretes, mientras que, en el ámbito sanitario se desconoce si existe un protocolo de actuación.

6.7. Madrid

El estudio que se llevó a cabo para averiguar cómo se comunica el personal sanitario con el paciente extranjero en el ámbito sanitario en la comunidad autónoma de Madrid (cf. Valero Garcés y Monzón, 2018), señala que ante la falta o inexistencia de un servicio de traducción e interpretación, el personal sanitario recurre al lenguaje no verbal, a otros compañeros que conocen el idioma del paciente, le pide al paciente que vuelva acompañado de alguien que pueda actuar como intermediario en la conversación y muy pocos acuden a un servicio de interpretación telefónica.

El personal sanitario que participó en el estudio explica que antes de la crisis (2008) se podía contar con más servicios de traducción e interpretación que en la actualidad. Los pocos servicios que existen corren a cargo de unas empresas subcontratadas por los centros sanitarios.

6.8. Castilla-La Mancha

En Castilla-La Mancha, la interpretación sanitaria, al igual que en otras comunidades autónomas es inexistente, aunque en 2014 se podía contar con un servicio de interpretación telefónica. En cuanto a las soluciones a las que debe recurrir el personal sanitario para comunicarse con el paciente extranjero, al igual que en las otras comunidades autónomas ya mencionadas anteriormente, el personal recurre a gestos, otros compañeros que conozcan el idioma del paciente y comentar al paciente que debe acudir con un intérprete o un familiar o amigo que conozca alguna de las lenguas oficial del país (cf. Valero Garcés y Monzón, 2018).

6.9. Murcia

En Murcia la situación de la interpretación en el ámbito sanitario no varía con respecto al resto de España. Algunos hospitales cuentan con un servicio de interpretación telefónica que corre a cargo de empresas como Seprotecte y en otros centros sanitarios es el personal el que debe encargarse de que la comunicación se pueda llevar a cabo, ya sea mediante gestos, llamando al servicio de interpretación telefónica (en caso de que exista dicho servicio), mediante amigos y familiares que sepan hablar español o recurriendo al personal sanitario que conozca el idioma del paciente (cf. Foulquié-Rubio, 2018).

6.10. País Vasco

En esta comunidad autónoma, los hospitales y centros de salud cuentan con un servicio de interpretación telefónica, desde 2008, respaldado por la empresa Dualia. El proyecto piloto empezó en los hospitales de Cruces y Basurto. Este proyecto se inició porque según dijo un responsable de Sanidad (Azumendi *et al*, 2018:168-169):

Es un servicio indispensable que veníamos demandando desde hace tiempo. La comunicación con los pacientes es la base para prestarles una correcta atención, la puesta en marcha del sistema en el hospital era algo que ya no podía esperar. La cara de satisfacción y de agradecimiento de los inmigrantes cuando se les explica lo que tienen y les das el tratamiento en su idioma es indescriptible, no tiene precio y además es de justicia.

Este servicio de interpretación se extendió por todo el territorio vasco debido a la gran acogida que ha tenido por parte de los usuarios de la sanidad.

Este servicio se utiliza especialmente en el servicio de urgencias, ingresos hospitalarios y citas. Por esa razón, en los otros servicios donde llegan pacientes extranjeros, el personal sanitario intenta comunicarse mediante gestos, llamando a otros compañeros que conozcan el idioma, mediante voluntarios y familiares o amigos del paciente.

6.11. Navarra

En Navarra el personal sanitario para comunicarse con los pacientes extranjeros suele hacer uso, por un lado, del servicio de traducción e interpretación presencial subvencionado por el gobierno autonómico y, por otro lado, del servicio de interpretación telefónica que está disponible 24 horas. Del mismo modo, el personal sanitario afirma que muchos pacientes acuden al hospital con un familiar y amigo que pueda hacer de intermediario y muchos médicos tienen conocimientos de inglés y francés. En los casos en los que el paciente no lleve a su propio intérprete o el personal no tenga los conocimientos lingüísticos, estos intentan comunicarse con el paciente de la mejor manera posible recurriendo a otros compañeros que sepan el idioma, a voluntarios o pidiéndole al paciente que acuda al centro sanitario con un intérprete (cf. Azumendi *et al*, 2018).

6.12. Comunidad Valenciana

La Comunidad Valenciana en la actualidad no cuenta con un servicio de interpretación en el ámbito sanitario. Como en otras comunidades autónomas ya mencionadas anteriormente, Valencia cuenta con la ayuda de voluntarios, ONG, personal sanitario con conocimiento en el idioma del paciente extranjero y con los familiares o amigos de los pacientes que tienen conocimiento en alguna de las lenguas oficiales de esta comunidad autónoma. Hay que destacar que esta comunidad tenía un servicio de interpretación telefónica que se disolvió entre 2010 y 2014 debido a su escaso uso y a los recortes en los centros sanitarios públicos (cf. Ortega-Herráez y Blasco-Mayor, 2018).

A modo de resumen, España no cuenta con un servicio de interpretación presencial sistemático aplicable en los centros sanitarios públicos que se reparten por el territorio peninsular. Comunidades Autónomas como Murcia, Castilla-La Mancha, Madrid,

Extremadura, las islas Baleares, el País Vasco, Aragón y Andalucía cuentan con un servicio de interpretación telefónica, pero, a pesar de poder contar con este servicio el personal en muchas ocasiones prefiere prescindir de él debido a que algunos lo consideran un servicio lento, poco conocido y que presenta problemas técnicos (las llamadas suelen cortarse y perder la conexión). De manera ejemplar, Navarra, cuenta con un servicio de interpretación presencial subvencionado por el gobierno autonómico, sin embargo, muchos pacientes acuden al hospital con familiares y amigos que hacen de intérpretes y muchos médicos también tienen conocimientos en otra lengua por lo que en estos casos no hacen uso del servicio de interpretación (véase 6.11.). Por lo tanto, podemos apreciar que ante la falta de una figura profesional que esté regulada por todo el territorio español, cada Comunidad Autónoma ha ido desarrollando sus propios métodos (aplicaciones de traducción médica o intérpretes *ad hoc*) y servicios de interpretación sanitaria, ya sea telefónica o presencial para poder afrontar los problemas de comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero. A pesar de estas soluciones la interpretación sanitaria, en España, aún no ha ganado suficiente terreno como ya ocurre en otras partes del mundo como Australia o Canadá.

7. LA INTERPRETACIÓN SANITARIA EN CANARIAS

La tradición sanitaria en Canarias, más o menos sistematizada y su relación con los extranjeros existe mucho antes de que naciera la traducción como disciplina científica. Desde hace mucho tiempo las Islas Canarias han sido un foco de atractivo turístico. En los años cincuenta Canarias comenzó a recibir turistas interesados en curar sus problemas de salud en las Islas.

Hay referencias donde se recoge que el primer turista alemán en Canarias fue Hermann Schacht. Hermann Schacht nació en una pequeña localidad situada en Hamburgo. Con el paso del tiempo su salud empeoró y sufrió una grave afección pulmonar. Por esa razón, Schacht, vino a Canarias, para tratar sus problemas de salud (cf. Sarmiento Pérez, 2012).

Su viaje comenzó en Madeira, donde estuvo dos años. De Madeira destaca, además de su inmejorable estancia, la gran afluencia alemana, «en los dos inviernos que pasé en Madeira había en Funchal unos 30 alemanes, en la mayor parte de los casos por motivos de salud» (Sarmiento Pérez, 2012:327). En 1857, Schacht, viaja a Tenerife para curarse de su enfermedad. Comparando los servicios que ofrecen una isla y otra, destaca que los alojamientos de Tenerife carecen de la comodidad que sí ofrecían los de Madeira. Igualmente, destaca, que «en Tenerife el extranjero ha de estar familiarizado con la lengua española para poder comunicarse» (ibídem, 2012:329).

Schacht también resalta que Tenerife es un buen destino turístico y gracias a su excelente clima debería ser una estación sanitaria para personas que sufran de problemas respiratorios. Él destaca que el invierno húmedo de Funchal había empeorado su salud, pero, durante su estancia en Tenerife su salud se restableció.

En Gran Canaria pasó tres días y destaca sus grandes condiciones para el turismo, debido a su excelente clima en invierno (Sarmiento Pérez, 2012:340-341):

Por tanto, Las Palmas reuniría perfectamente las condiciones necesarias para la estancia en invierno de personas con problemas de salud; en la misma fonda donde nos hospedamos nosotros, vivía ya durante dos inviernos una distinguida inglesa, en compañía de su médico de cabecera alemán. Pero, al igual que en Santa Cruz, también en esta ciudad falta la comodidad necesaria para extranjeros habituados a mayores lujos. Las fondas y la comida que sirven son modestas y a la manera española, pero la gente es afable y atenta, y si se sabe algo de español, no faltarían las relaciones agradables, pues precisamente en Las Palmas vive la élite de la sociedad española y a los foráneos se les dispensa una acogida sumamente amigable. La playa de arena es apta para el baño (1859:175).

En el siglo XIX, cerca del barrio de Buenlugar (Firgas), se encontraban los manantiales curativos, cuyas aguas, ricas en hierro en disolución, dieron paso a la construcción de un hotel balneario. El Balneario de Azuaje fue pionero del turismo en Canarias. Frecuentaban sus instalaciones gente adinerada del norte de Europa para disfrutar del clima templado de la isla y de las aguas curativas. Los efectos curativos de las aguas de Azuaje datan de 1860 (cf. Pérez, 2016).

En efecto, debido a la naturaleza volcánica de la isla de Gran Canaria se han creado manantiales de aguas con propiedades mineromedicinales, gracias a su contenido, en hierro, silicatos y gas carbónico, entre otros.

Además, según cuenta la leyenda del descubrimiento de las aguas curativas de Azuaje (Ayuntamiento de la Villa de Moya, 2012):

Un pastor de las cercanías, enfermo de los ojos y de la piel, sintió un día deseos de bañarse en aquellas aguas tibias. Satisfizo su deseo, por varios días y con sorpresa se halló limpio y curado. Al ruido de esta curación, acudieron otros enfermos de los pueblos vecinos y de los pueblos lejanos, y unos encontraban la salud perdida y otros un alivio notable de sus dolores. La fama pregonó estas cosas y la ciencia se ocupó de las aguas mineromedicinales de Azuaje.

Es por eso por lo que, en 1968, el doctor especialista Cásares determina, entre otras cosas, que la acción fisiológica de las aguas termales de Azuaje activa la circulación, obra como sedante del sistema nervioso, promueve la transpiración y la secreción de la orina (cf. Ayuntamiento de la Villa de Moya, 2012).

A finales del siglo XIX, en Europa se popularizaron los balnearios de aguas medicinales entre las clases acomodadas. Así fue como los primeros turistas llegaron a la isla para probar las propiedades curativas de las aguas. El Balneario de Azuaje se construyó en 1868. Este balneario generó, en Firgas y Moya, una oferta alojativa de fondas que se ocupaban por bañistas que se desplazaban hasta el fondo del barranco.

En 1907, se construye un viaducto desde Buenlugar, el enlace por carretera hacia Moya. Esto permitió que el acceso al Balneario fuera más fácil y sus instalaciones se mejoran para recibir a más bañistas. En este momento, las islas se consolidaron como lugar privilegiado para el turismo europeo de salud. Los nativos, en cambio, acudían al Balneario por otros motivos, como, por ejemplo, pasar su luna de miel.

El Balneario de Azuaje se cerró en 1938 por razones sanitarias y los efectos negativos de la Guerra Civil. Debido al periodo autárquico y el aislamiento internacional, entró en

crisis y fue imposible su reapertura. A pesar de que sus instalaciones estuvieran cerradas, la gente del lugar continuó utilizándolo. Pero la enorme riada causada por el temporal de octubre de 1955 y un incendio posterior destruyeron los baños (cf. Ayuntamiento de la Villa de Moya, 2012). Hoy en día sigue a la espera de algún proyecto que devuelva a la vida sus ruinas.



Ilustración 2. Balneario de Azuaje en la actualidad.

Hay por escrito constancia de que turistas, especialmente alemanes, enviaban cartas al alcalde del Ayuntamiento de Firgas pidiéndole permiso para hacer uso del Balneario de Azuaje o pidiéndole información sobre el alojamiento o transporte para hacer uso de los baños. En ellas vemos que las correspondencias se hacían en lengua española muy rudimentaria.

25/04/1919: Gobierno Militar de Gran Canaria

Alemania enfermo con licencia para acudir a los Baños.

Para el Señor Alcalde Constitucional de Firgas.

“Debiendo marchar en breve á ese pueblo el Oficial de la Armada Alemana Señor KIRCHNER, en uso de dos meses de licencia por enfermo que le han sido concedidos por el Excmo. Señor Capitan General del distrito, acompañado de su asistente el marino BOHM, participo á V.S. que dicha superior autoridad ha dispuesto á la vez que se presenten quincenalmente en esa Alcaldía esperando tenga á bien participarme las fechas en que verifiquen las presentaciones y caso de ausentarme del mismo me dé cuenta por el medio más rápido de que disponga.”

Dios guarde á V.S. muchos años.

Las Palmas 25 de Abril de 1919.

Fmd.: El General Gobernador. (Ilegible).

Extracto 1 de Perdomo Cerpa, M. 1992. Firgas. Noticias de un Siglo 1835-1935. Firgas, Gran Canaria. Estudigraf, S.L.Pp. 467.

24/05/1919: Gobierno Militar de Gran Canaria

Otro Alemán enfermo con licencia para acudir a los Baños.

Para el Señor Alcalde Constitucional de Firgas.

“Debiendo marchar en breve á ese pueblo el Marinero de la Armada Alemana Señor FRITZ SCHUMANN, en uso de dos meses de licencia por enfermo que le han sido concedidos por el Excmo. Señor Capitan General, lo participo á V.S. significándole que dicho marino debe presentarse en esa Alcaldía quincenalmente, esperando que por el medio más rápido que disponga me dé cuenta si se ausentase del mismo.”

Dios guarde á V.S. muchos años.

Las Palmas 25 de mayo de 1919.

Fmd.: El General Gobernador. (Ilegible).

Extracto 2 de Perdomo Cerpa, M. 1992. Firgas. Noticias de un Siglo 1835-1935. Firgas, Gran Canaria. Estudigraf, S.L. Pp. 468.

15/10/1930: August Schwarzkopf.

Los Baños de Azuaje conocidos en Europa. Alemán que escribe al Sr. Alcalde, solicitando informes.

Al Sr. Alcalde de Firgas, Gran Canaria.

“Muy Señor mío distinguido:

Soy un poco nervioso y quiere viciar su pueblo para bañarme en el agua caliente del manantial y fuente termal a Firgas. Tenga Vd. la bondad y amabilidad me enviarme una tarifa y propehtin con precios del baños. ¿o son gratis y públicos los baños? ... ¿Es una fonda o posada en su pueblo? ... ¿Es posible alquilar un cuarto y comprar comestibles en su pueblo? ... ¿Son comunicaciones entre Las Palmas y Firgas? ¿Es la playa muy lejos?

Tenga Vd. la bondad responder mis preguntas.

Dando a Vd. muchas anticipadas gracias.

s.s.s. q.b.s.m.

August Schwarzkopf.

ERFURT

Friedr. Wilhelmplatz 4. Fernruf 1197.

Leder, Lederwaren, Schäfte.

Schuhmacherartikel. Versand.

Seit 1896 nach alten Tellen Deuschalannds.

Postscheckkonto: Erfurt 13646.

Alemania.

Extracto 3 de Perdomo Cerpa, M. 1992. Firgas. Noticias de un Siglo 1835-1935. Firgas, Gran Canaria. Estudigraf, S.L. Pp. 472.

30/10/1930: Alcaldía de Firgas.

Al Alcalde accidental contesta generoso al turista alemán, y le insta a verle entre nosotros muy pronto.

Al Sr. August Schwartzkopf.

“Estimado amigo:

En respuesta a su atenta carta fecha 15 del corriente, tengo el gusto de facilitarle los siguientes datos que solicita

Los baños termales de Azuaje, se encuentran situados en el Barranco de Azuaje, a cinco kilometros de distancia de este pueblo, con un excelente carretera entre ambos. Junto a dichos baños se encuentra un exelente hotel, el famosísimo Hotel Azuaje, el cual se encuentra abierto durante la temporada de verano, desde Abril a octubre, al precio DOCE PESETAS por persona.

En Firgas, tambien puede Vd encontrar hospedaje al precio de siete pesetas por persona, durante todo el año. Tambien encontrara en este pueblo para ser alquilado al precio de Quince hasta Cincuenta pesetas cada mes.

El precio del transporte, desde Firgas a los Baños es de 5 pesetas por persona, pero en el caso de ser varios los bañistas el precio sera de 1.25 por persona.

Precio de los baños 1.50 pesetas por persona, pudiendo estos tomarse desde las 5 antes meridiano a las seis p.m.

La Playa se encuentra situada a 5 Kms de distancia de este pueblo, en la cual se puede tomar el baño ABSOLUTAMENTE GRATIS.

Tambien podra Vd tomar la inmejorable Agua de Mesa “La Ideal” sin rival en el mundo entero para curar las enfermedades del estomago.

Las comunicaciones entre Las Palmas y Firgas son realizadas diariamente por un Omnibus que parte de Firgas a las 6 a.m. y llega a las 5 p.m. siendo el precio de viaje, ida y vuelta, de 6 pesetas. Asimismo hay un servicio de taxis entre ambos pueblos al precio de 0.80 pesetas el Km.

Finalmente dire a Vd. que Firgas se halla situado a 460 metros de elevacion sobre el nivel del mar, y desde el se goza un bellissimo panorama, aumentado todo esto por su clima sin rival en el mundo, puesto que goza de una temperatura media en verano de 23 grados y en invierno de 17.

Esperando contarle dentro de breve tiempo entre nosotros temporadistas, se ofrece gustosamente de Vd.”

Fmd.: Alcalde Accidental. Domingo Ponce Glez.

Extracto 4 de Perdomo Cerpa, M. 1992. Firgas. Noticias de un Siglo 1835-1935. Firgas, Gran Canaria. Estudigraf, S.L.Pp. 472 - 473.

A partir de la década de los ochenta del siglo XX, se desarrolló el turismo sanitario en las Islas Canarias (cf. González Lemus, 2007), miles de enfermos empezaron a frecuentar las islas de Tenerife y Gran Canaria para curar o aliviar enfermedades reumáticas, cutáneas y, especialmente, respiratorias, como la tuberculosis. Eran los años en los que las propiedades beneficiosas del agua y las brisas marinas cobraron importancia y se recomendaba la terapia a base de los baños en las aguas del mar; por ello la existencia de

un litoral para su práctica fue primordial, a lo que se unía el cielo abierto y claro de las Islas.

Ya en la década de los 90, en las Islas Canarias, se asentaron personas de diferentes países, debido entre otras cosas a la situación geográfica en la que se encuentra el archipiélago, aunque también influyen otros factores, como el desarrollo económico de las islas, la inestabilidad y subdesarrollo de África, el buen clima y el entorno natural (cf. Toledano Buendía, 2006).

7.1. Población extranjera residente y turismo en Canarias

En el Archipiélago existen dos grupos de población extranjera. Por un lado, los visitantes y turistas extranjeros «cuyos desplazamientos se caracterizan por tratarse de estancias breves, realizándose por motivos de placer y ocio»; y, por otro lado, la población extranjera propiamente dicha que se instala en la isla «por motivos tan variados como pueden ser la jubilación, la internacionalización de la economía canaria o la pobreza y los conflictos políticos de otros países» (Toledano Buendía *et al*, 2006:188).

Las variaciones residenciales y la población extranjera (según lugar de procedencia), según el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), son las siguientes:

Tabla 4. Población según nacionalidad (01/01/2020)

Canarias	
Total	2.174.474
Del extranjero	291.639
U.E.-28 ²	155.590
Resto Europa	11.138
África	29.804
América	74.958
Asia	19.922
Oceanía	135

En la tabla podemos apreciar los datos de población extranjera que reside en Canarias recogidos el 1 de enero de 2020. Estos muestran que un total de 291.639 habitantes, de ambos sexos, son extranjeros. Además, podemos ver, en líneas generales su lugar de procedencia (U.E.-28, Resto de Europa, África, América, Asia y Oceanía).

² Se excluye a España

A modo de aclaración, por un lado, el término «U.E.-28» se refiere a los 28 países que actualmente conforman la Unión Europea (incluyendo al Reino Unido, a pesar de que ya se haya oficializado el Brexit). Estos son:

Tabla 5. Países pertenecientes a U.E.- 28

Países	
Alemania	Grecia
Austria	Hungría
Bélgica	Italia
Bulgaria	Irlanda
Chequia	Letonia
Chipre	Lituania
Croacia	Luxemburgo
Dinamarca	Malta
Eslovaquia	Países Bajos
Eslovenia	Polonia
España	Portugal
Estonia	Reino Unido
Finlandia	Rumanía
Francia	Suecia

Por otro lado, «resto de Europa» se refiere a aquellos países que están en el territorio europeo, pero que son estados independientes. Estos son:

Tabla 6. Países pertenecientes a «resto de Europa»

Países	
Andorra	Moldavia
Armenia	Mónaco
Azerbaiyán	Noruega
Bielorrusia	Rusia
Ciudad del Vaticano	San Marino
Georgia	Suiza
Islandia	Ucrania
Liechtenstein	

En cuanto al término «América» hay que destacar que engloba a todos los países tanto de América del Norte como América del Sur. Los hablantes no hispanos que pertenezcan a Estados Unidos o Canadá tendrán más dificultades a la hora de comunicarse en España que los países de habla hispana.

Tabla 7. Población extranjera según lugar de procedencia (01/01/2019)

	Total	Unión Europea (28)	Resto de Europa	África	América	Asia	Oceanía
Canarias	277.034	132.408	10.767	25.455	73.963	16.872	140
Lanzarote	34.556	15.464	597	4.845	8.649	2.413	17
Fuerteventura	34.246	19.309	557	4.563	6.334	1.200	10
Gran Canaria	69.758	26.883	3.135	8.669	20.118	6.255	61
Tenerife	125.717	63.137	6.038	7.023	35.157	6.788	47
La Gomera	3.153	2.201	117	98	585	46	1
La Palma	8.381	4.779	284	199	2.674	163	2
El Hierro	1.223	635	39	58	446	7	2

En esta tabla, podemos ver que la isla con más población extranjera es Tenerife seguida de Gran Canaria. Ambas islas son las principales del archipiélago, ya que son las islas capitalinas.

En este trabajo, nos centraremos en las islas que pertenecen a la provincia de Las Palmas, es decir, a Gran Canaria, Fuerteventura y Lanzarote, ya que uno de los objetivos de este trabajo es averiguar los problemas de comunicación en los dos hospitales públicos de la isla de Gran Canaria, y estos hospitales también reciben pacientes de las islas de Fuerteventura y Lanzarote.

Del mismo modo, a continuación, presentamos los datos sobre la llegada de pasajeros internacionales en lo que lleva de año, sin embargo, si comparamos las cifras con las del año pasado (2019) podemos ver que han llegado menos turistas al archipiélago debido a la actual crisis sanitaria causada por la COVID-19. Hay que destacar que en las islas de La Gomera y de El Hierro no se dispone de datos de pasajeros procedentes del extranjero, puesto que no disponen de aeropuertos internacionales.

Tabla 8. Llegada de pasajeros internacionales. Comunidad Autónoma de Canarias.

Acumulado ENERO - OCTUBRE		
	2019	2020
ALEMANIA	2.620.492	830.703
AUSTRIA	61.845	36.147
BÉLGICA	368.558	146.020
DINAMARCA	275.569	121.658
FEDERACIÓN RUSA	57.890	11.006
FINLANDIA	182.708	103.096
FRANCIA	382.902	127.714
REINO UNIDO	4.383.326	1.125.197
HOLANDA	524.635	154.500
IRLANDA	481.092	115.640
ITALIA	413.319	129.060
NORUEGA	322.383	134.515
REPÚBLICA CHECA	44.931	13.641
POLONIA	308.291	85.157
SUECIA	387.264	162.287
SUIZA	279.491	86.374
PORTUGAL	87.462	28.310
OTROS PAÍSES	273.683	80.514
TOTALES	11.455.841	3.491.539

Como refleja la tabla, el número de turistas es mucho menor que en las mismas fechas durante el pasado año, debido a la pandemia mundial de la COVID-19. Pero, aún así, los datos son elevados y el archipiélago depende en gran medida de los turistas que recibe a lo largo de todo el año.

Como podemos ver en las tablas anteriores, las islas de la provincia de Las Palmas cuentan con más habitantes de la Unión Europea 28, seguidos de África (debido a la cercanía con el territorio africano). Es por eso por lo que muchos de estos individuos, ya sean turistas o residentes en Canarias, necesitan asistencia lingüística en los servicios públicos. Para ello el Gobierno puso en marcha el Primer Plan Canario para la Inmigración 2002-2004 y este plan se definía de la siguiente manera (I PCI: 42):

La consideración de los/as extranjeros/as como personas titulares de derechos y deberes, en condiciones de igualdad con los/as españoles/as, eliminando toda forma de discriminación por motivos de nacionalidad, raza o creencias, particularmente en los ámbitos de las condiciones laborales, educativo, cultural, de la vivienda, la sanidad, etc., debe impregnar todas las actuaciones públicas.

Además, se elaboró un Segundo Plan Canario de Inmigración, pero, como explican Toledano Buendía *et al* (2006:195) «podemos afirmar, [...] que, lamentablemente, la

mayoría de estas acciones se han quedado en meras declaraciones de intentos sin que se haya adoptado casi ninguna medida práctica».

7.2. Situación de la interpretación sanitaria en Gran Canaria

Canarias debido a su situación geográfica, es el lugar elegido por los europeos (especialmente británicos y alemanes), que acuden al archipiélago por diferentes motivos, como la jubilación, como destino de migrantes económicos y laborales que acuden para buscar empleo, y atraídos por la industria del sector turístico (cf. Pérez-Luzardo Díaz y Fernández Pérez, 2018). Esas personas extranjeras no siempre hablan el idioma y por ello hay que satisfacer la necesidad lingüística de estas personas que acuden al archipiélago y hacen uso de los servicios públicos.

En este ámbito tenemos que distinguir entre los servicios sanitarios públicos y la sanidad privada. La sanidad privada sí cuenta con un servicio de interpretación para facilitar la comunicación entre el personal sanitario y administrativo, y el paciente de habla extranjera. Sin embargo, en la sanidad pública todo cambia. En el sector público, antes de la crisis financiera y posterior crisis económica, se instauró la interpretación telefónica para los pacientes extranjeros que hacían uso del Servicio Canario de Salud (SCS). Pero esta medida no fue bien recibida por el personal sanitario, puesto que se criticó que se destinaran fondos al servicio de traducción e interpretación. Debido a las críticas, ese servicio quedó cancelado y desde entonces no hay constancia (salvo algunas excepciones) de que en los centros sanitarios públicos de Canarias se proporcione asistencia lingüística, en su lugar se recurre a medidas *ad hoc*, como el propio personal sanitario con conocimientos del idioma del paciente o acompañantes de los pacientes (cf. Pérez-Luzardo Díaz y Fernández Pérez, 2018).

Desde junio de 2017 en algunos hospitales de la provincia de Tenerife hay un servicio de interpretación telefónica en los servicios de urgencias. En este estudio (Pérez-Luzardo Díaz y Fernández Pérez, 2018), se entrevistó a miembros del SCS de la provincia de Las Palmas, pero no conocían dicho servicio (ibídem, 2018:69):

En junio de 2017, en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria y el Hospital del Sur (provincia de Tenerife) se ha instaurado un sistema de «traducción simultánea» disponible en las Unidades de Admisión de Urgencias para atender las necesidades de todas las unidades del hospital. Hemos entrevistado a varios responsables de hospitales y centros sanitarios de la provincia de Las Palmas, pero no tenían conocimiento de dicho servicio. Otro ejemplo de intento de mejora de acceso a la información es la oferta de documentos traducidos a varias lenguas que el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil pone a disposición de sus usuarios.

Tras la realización de un estudio preliminar en la misma línea de investigación, entrevistamos (véase Anexo II) a una voluntaria que hacía de intérprete en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Esta voluntaria se dedicaba a interpretar a los pacientes alemanes y a traducir algunos documentos en alemán y buscar la colaboración con el consulado o conocidos para traducir en otras lenguas como el árabe, ruso o francés.

Otro aspecto que hay que destacar es que el perfil del traductor e intérprete no está bien definido entre el personal de los centros sanitarios públicos. Muchos, por ejemplo, desconocen el procedimiento por el que se les contrata (Pérez-Luzardo Díaz y Fernández Pérez, 2018:70).

En cuanto al perfil del traductor e intérprete contactado en estas ocasiones, llama la atención que parezca que no hay ningún protocolo compartido o los encuestados desconocen su existencia: hay quien desconoce el procedimiento, quien menciona que se les contacta a través de una empresa de traducción o interpretación licitada, propio personal del centro sanitario y por último quien comenta que muchas veces los propios pacientes aportan a su intérprete. Resulta llamativo que bien sepan que no se les ha pedido algún documento identificativo (NIE, DNI, o credencial de la empresa de traducción/interpretación) antes de comenzar a ejercer su actividad, bien no tengan conciencia de si cumple con este trámite o no.

Del mismo modo, existen problemas en el trabajo con los intérpretes, entre los que destacan: «la falta de disponibilidad horaria de los mismos, así como la falta de profesionalidad: no parece que entienda el mensaje, lo modifica, toma partido, mantiene conversaciones paralelas o desconoce la terminología asociada. Los usuarios de la interpretación telefónica critican que sea un sistema muy complejo y que implica una gran pérdida de tiempo» (ibídem, 2018:71).

Otro problema es que el personal sanitario suele considerar que los intérpretes no son necesarios, y que es «suficiente con tener un conocimiento acreditado de las lenguas de trabajo» (ibídem, 2018:71). Por el contrario, otros opinan que se necesita tener los estudios específicos de traducción e interpretación u otros cursos especializados.

En el estudio de Toledano Buendía *et al* (2006: 198) se explica que el Servicio Canario de Salud ha editado un cartel para concienciar a la población extranjera, que no tenga conocimientos del castellano, de que debería acudir al médico con su propio intérprete, «la presencia de estos carteles la hemos podido comprobar sólo en la isla de Tenerife».



Ilustración 3. Cartel editado en varios idiomas (Centro de Salud de Candelaria, Tenerife)

La situación de la traducción escrita no es muy diferente. En el estudio realizado, los centros hospitalarios señalan que es necesaria y frecuente la traducción escrita «no sólo de material destinado al personal sanitario – como pueden ser artículos y textos de revistas profesionales, normas de funcionamiento de instrumental médico, instrucciones de aparatos, etc., sino también de informes médicos y otros documentos dirigidos a los pacientes, así como documentación que los pacientes traen y necesita ser traducida» (ibídem, 2006:198). En el primer caso la traducción se encarga a agencias de traducción o a traductores autónomos, mientras que, si surge alguna traducción de los documentos de los pacientes, se realizan traducciones a la vista. Y en el caso de la interpretación suele ocurrir algo similar, esta se realiza «con la ayuda de personal del centro que conoce el idioma requerido, voluntarios o de acompañantes o familiares del paciente» (ibídem, 2006:198).

Por último, actualmente existen aplicaciones de traducción médica creadas para facilitar la comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero. El SCS cuenta con dos aplicaciones para ayudar a los pacientes extranjeros a comunicarse con el personal sanitario y administrativo. Estas aplicaciones son las siguientes:

En primer lugar, TRADASSAN (Traductor para la Asistencia Sanitaria) fue creada por el Servicio Canario de Salud. Esta aplicación fue ideada por un enfermero lanzaroteño llamado Manuel Verdugo Páez, y pretende facilitar la comunicación entre el personal sanitario y administrativo y un paciente de habla extranjera. La aplicación está compuesta por expresiones, frases, palabras y preguntas comunes en un entorno sanitario. Además, cada expresión cuenta con una opción de audio que al ser pulsada reproduce su sonido en el idioma correspondiente, y dispone de un menú de configuración para la elección de los idiomas que intervienen en la comunicación; los idiomas que ofrece esta aplicación son: español, inglés, francés, alemán, árabe y chino.

En segundo lugar, Hipot CNV (Herramienta Informática Portátil y Táctil para la Comunicación No Verbal) también fue creada por el Servicio Canario de Salud y fue ideada por el mismo enfermero lanzaroteño, Manuel Verdugo Páez. Además, esta aplicación fue premiada por la Sociedad Española de Informática de la Salud, Inforsalud, en el año 2013. La aplicación, está diseñada para facilitar la comunicación con personas que sufren de dificultad en la expresión oral, bien por alguna enfermedad o bien por dificultades con el idioma. Al igual que la aplicación anterior, dispone de un menú para la elección del idioma. Los textos están disponibles en doce idiomas: español, catalán, euskera, gallego, inglés, francés, alemán, chino, árabe, noruego, ruso e italiano.

Además de las aplicaciones de traducción médica mencionadas anteriormente (*Universal Doctor Speaker*, TRADASSAN e Hipot CNV), existen más aplicaciones de traducción médica (Canopy Speak, MediBabble o Conjuntos) con el mismo objetivo que las mencionadas anteriormente. Estas aplicaciones de traducción médica ayudan tanto al personal sanitario como al usuario extranjero para poder comunicarse y tener un primer acercamiento. En Cataluña, como hemos dicho, la aplicación *Universal Doctor Speaker* está en funcionamiento para superar las barreras lingüísticas y es un ejemplo de que estas aplicaciones pueden ser útiles para comunicarse con un paciente extranjero. Sin embargo, en la mayoría de las otras comunidades autónomas esta aplicación no es conocida entre el personal sanitario. Para que las aplicaciones de traducción médica sirvan de ayuda

durante el acto comunicativo, desde las gerencias de los hospitales deben promocionar estas aplicaciones y enseñar o formar al personal sanitario a familiarizarse y aprender a utilizar la interfaz.

8. METODOLOGÍA Y RESULTADOS

En el marco teórico de este trabajo, analizamos la situación de la interpretación sanitaria alrededor del mundo y de la península ibérica, para centrarnos posteriormente en la situación actual de la interpretación sanitaria en Canarias. La interpretación sanitaria no ha recibido en nuestra opinión la atención que se merece, ya que no existe un servicio de atención lingüístico para que el personal hospitalario pueda comunicarse con el paciente extranjero que tiene que hacer uso de los hospitales de Gran Canaria (cf. Pérez-Luzardo Díaz y Fernández Pérez). Sin embargo, ya existen iniciativas por parte de las instituciones de algunas Comunidades Autónomas que están trabajando conjuntamente con empresas privadas de contratación de intérpretes o con los propios hospitales para buscar una solución eficaz para que la comunicación entre el personal y el usuario extranjero pueda realizarse con éxito (véase capítulo 6).

A lo largo de este capítulo presentaremos la metodología empleada y los resultados obtenidos, por un lado, de nuestro estudio piloto realizado como parte de un Trabajo Fin de Máster (TFM) durante el curso 2016/2017. Y, por otro lado, presentaremos la metodología y las conclusiones de este trabajo, un estudio posterior más amplio, que analiza los resultados extraídos mediante un cuestionario distribuido por los dos hospitales públicos de la isla de Gran Canaria (Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín). Del mismo modo, describiremos los objetivos e hipótesis de ambos estudios.

En los siguientes apartados, comentaremos detalladamente ambos estudios, para posteriormente llegar a las conclusiones a partir de los datos obtenidos y analizar qué pasos podemos seguir para poder brindarles una atención sanitaria de calidad a los pacientes extranjeros que hacen uso de los hospitales públicos de Gran Canaria.

8.1. Estudio piloto

Este estudio se centra, como ya comentamos anteriormente, en la realización de un TFM durante el curso 2016/2017. La iniciativa de este trabajo surge a raíz de que muchos conocidos, que trabajan en el SCS, nos han referido las dificultades a las que se enfrentan a la hora de atender a los pacientes extranjeros, puesto que no disponen de medios suficientes para poder comunicarse adecuadamente con el paciente y poder brindarle un servicio de calidad y con profesionalidad.

En los siguientes subapartados, nos centramos en explicar los objetivos y la hipótesis, la metodología empleada y analizar los resultados obtenidos en este estudio piloto.

8.1.1. Objetivo principal del estudio piloto

El objetivo principal de este estudio se centró en averiguar cómo se comunicaba el personal sanitario con un paciente extranjero cuando este acudía a un centro sanitario. Para ello, analizamos mediante encuestas cuál era la situación de la interpretación sanitaria en la isla de Gran Canaria. Los resultados de las encuestas nos ayudaron a determinar qué solución o soluciones se podían llevar a cabo en el ámbito sanitario de esta isla para que el personal sanitario y el usuario extranjero pudieran comunicarse, y ayudar al paciente a sentirse cómodo y en situación de igualdad con respecto a los pacientes locales.

8.1.2. Metodología

Para averiguar cómo se comunica el personal sanitario con el paciente extranjero ante la falta de un servicio de interpretación intrahospitalario, elaboramos una encuesta para el personal sanitario del SCS.

Entrevistamos a cien empleados, entre los que se encontraban médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, personal administrativo y técnicos, pertenecientes a diferentes centros sanitarios públicos de Gran Canaria: el Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil y el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, así como algunos centros de salud de la isla (Tenoya, Maspalomas y Firgas).

Para elaborar las preguntas de la encuesta (véase Anexo III), intentamos ponernos en la piel del personal sanitario y preguntarles qué soluciones tomaban para poder comunicarse con los pacientes extranjeros que acudían al hospital. La encuesta consta de 11 preguntas en las que se le preguntó al personal sanitario su profesión, cuántos años llevaba trabajando, si conocía otro idioma que no fuera su lengua materna, la frecuencia con la que atendía a un paciente extranjero, cómo solía comunicarse con este usuario, si creía que el servicio público de salud debería contar un servicio de interpretación presencial o telefónico, y si existía un protocolo de actuación. En caso afirmativo se les preguntó si era eficiente, y en caso negativo se les preguntó si creían que debería existir un protocolo

de actuación. Además, basándonos en la literatura previa sobre este asunto, preguntamos sobre los métodos de comunicación con extranjeros más usuales en este ámbito: se les preguntó que si el paciente extranjero no acudía acompañado de un intérprete si recurrían a otros empleados que conociesen el idioma del paciente, a familiares y amigos que supieran hablar español o si se comunicaban mediante gestos. El procedimiento que seguimos para recabar los datos fue entrevistarlos *in situ* en su puesto de trabajo, si bien algunos nos facilitaron su correo electrónico y respondieron por esa vía. La encuesta online se envió a los correos electrónicos del personal sanitario mediante un documento Word donde ellos mismos podían responder. Así obtuvimos 100 respuestas, de las cuales 58 fueron enviadas por correo electrónico y contestaron por esa vía 27 personas.

Por otro lado, entrevistamos a una intérprete voluntaria perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil para conocer de primera mano cómo realiza su trabajo o cuáles son las dificultades de trabajar como intérprete en el ámbito sanitario. Véase Anexo II para leer la entrevista completa.

Tras realizar el vaciado de las encuestas, agrupamos por preguntas todos los datos y calculamos su porcentaje. A continuación, describimos los resultados de este estudio piloto.

8.1.3. Resultados del estudio piloto

Todas las preguntas de la encuesta eran dicotómicas o de respuesta abierta. Esto propició diferentes opiniones y contradicciones del personal que trabaja en el mismo servicio del hospital. Por esa razón, como explicaremos más adelante, resultó difícil interpretar el contenido de algunos datos obtenidos en la encuesta. No fue posible obtener el mismo número de respuestas de cada uno de los estamentos. 49% de los sujetos encuestados eran enfermeros frente al 25% de médicos y al 16% de auxiliares de enfermería, 5% personal administrativo, 2% celadores y 3% técnicos.

8.1.3.1. Conocimientos de idiomas por parte del personal sanitario

El 39% de las personas encuestadas no tiene conocimientos de otra lengua que no sea su lengua materna. Además, un 17% habla su lengua materna y tiene conocimientos muy limitados de inglés lo cual hace que más del 50% del personal solo hable su lengua nativa y sean incapaces de mantener una conversación en otro idioma. El 38% habla su lengua

materna y otro idioma en el que se desenvuelve correctamente, y el 5% tiene conocimientos de más de dos lenguas.

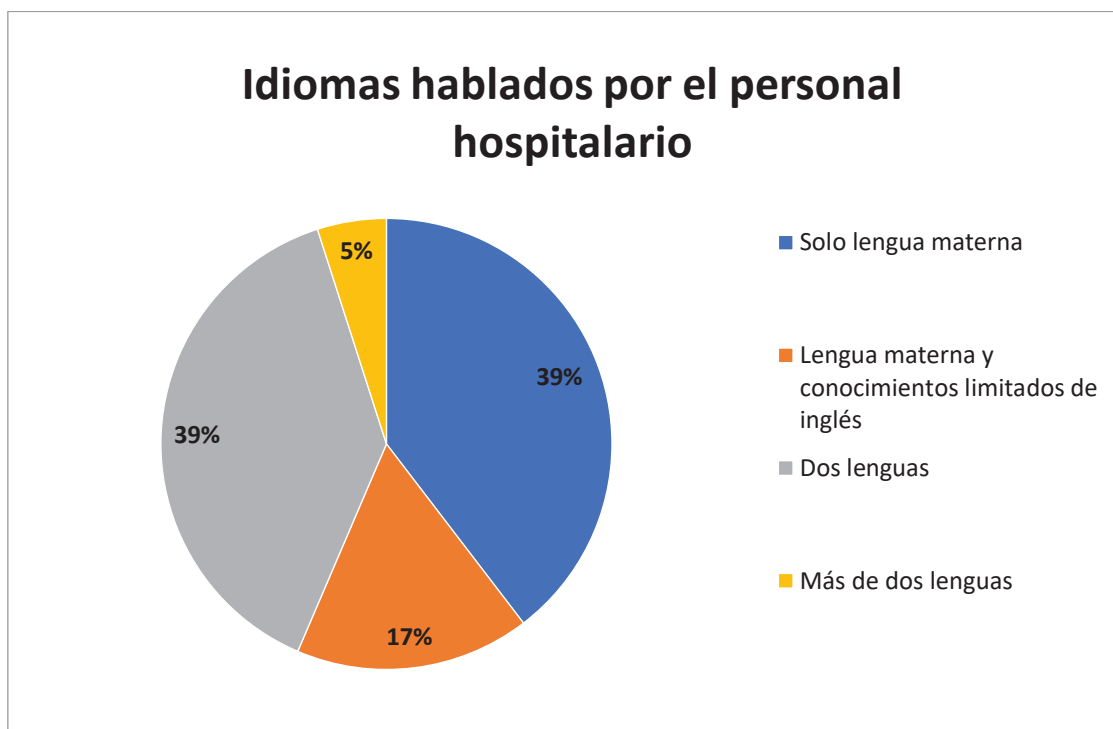


Gráfico 1. Idiomas hablados por el personal sanitario (A partir de Santana García, 2017)

Como se observa en este gráfico, solo 44% puede comunicarse de forma efectiva en otra lengua que no sea la suya propia. Por eso en muchas ocasiones el personal sanitario nos explicó que cuando llega un paciente extranjero deben buscar maneras para poder entenderse con este. Una enfermera de la planta de hospitalización de medicina interna nos comentó que cuando un paciente extranjero es derivado desde el Servicio de Urgencias, los médicos y el resto del personal sanitario de Urgencias ponen en su informe «barrera lingüística» para reflejar que no saben qué dolencia tiene el paciente porque no pudieron comunicarse con este.

8.1.3.2. Recepción de pacientes extranjeros

En este caso, una gran mayoría de encuestados, el 81%, afirmó que sí llegan pacientes extranjeros con frecuencia. Sin embargo, el 19% manifiesta no recibir pacientes extranjeros.

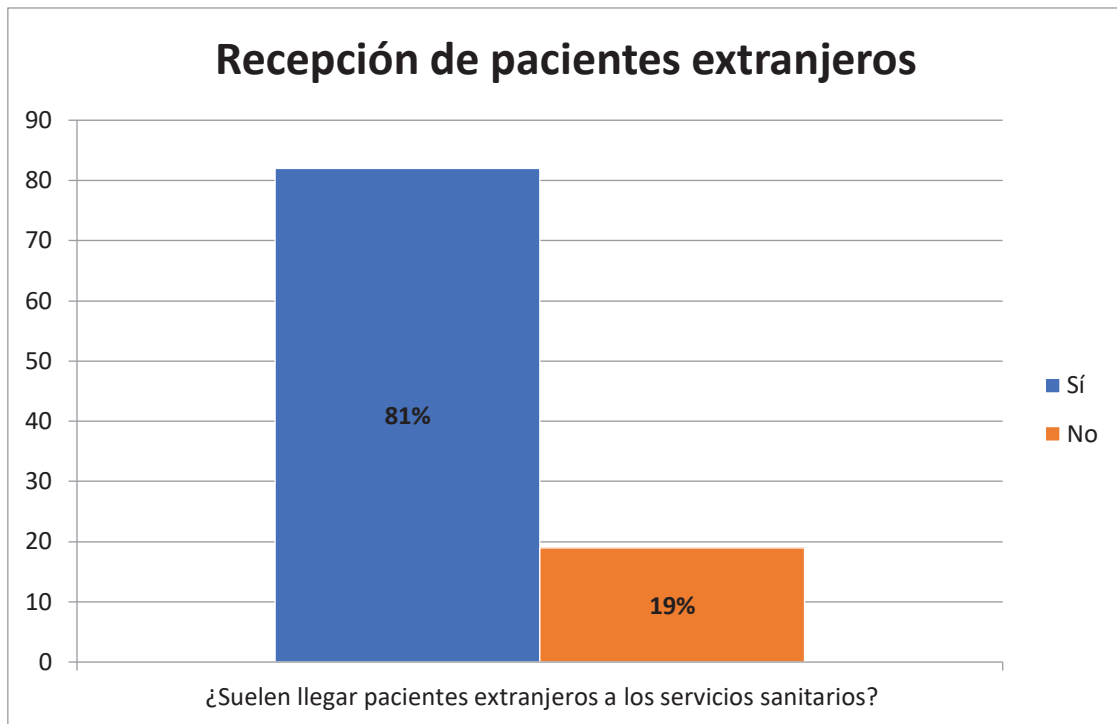


Gráfico 2. Recepción de pacientes extranjeros (A partir de Santana García, 2017)

En el gráfico 2 se observa que el 19% de los encuestados aseguran que no reciben pacientes extranjeros en su puesto de trabajo. El hecho de que no haya unanimidad de percepciones en una cuestión a priori objetiva puede deberse a que, aún desarrollando su actividad en el mismo centro hospitalario, los encuestados de un servicio determinado puede que reciban pacientes extranjeros mientras que los de otro, no.

8.1.3.3. Comunicación con el paciente extranjero y servicio de interpretación

Los encuestados tuvieron respuestas variadas con respecto a cómo se comunica el personal sanitario con el paciente extranjero. Además, cada encuestado mencionó varios métodos de comunicación.

El 95% de los participantes recurre a otros compañeros de trabajo que sí sepan el idioma del paciente. Este mismo número también dijo que recurre a familiares o amigos que estén acompañando al paciente. El 92% hace uso del lenguaje no verbal (gestos). En cambio, el 51% explicó que intentan comunicarse en inglés, aunque sus conocimientos no sean avanzados. Y, finalmente, el 11% recurre a otros métodos para intentar comunicarse con el paciente, como, por ejemplo, mediante imágenes para determinar el grado de dolor del paciente, dibujos que ellos mismos elaboran. Otros, especialmente en el servicio de urgencias, recurren al *Google Translate* mediante los audios que dicha aplicación ofrece.

Y, si son idiomas «raros» como los define el personal hospitalario (chino, japonés, finés...), el personal sanitario llama al consulado correspondiente para que les facilite un intérprete.

Tabla 9. Comunicación con el paciente extranjero

Comunicación con el paciente extranjero		
	Sí	No
Lenguaje no verbal	92%	8%
Acompañantes del paciente extranjero	95%	5%
Comunicarse en inglés	51%	49%
Personal hospitalario que conozca el idioma del paciente	95%	5%
Otras vías de comunicación	11%	89%

Resulta llamativo que el personal sanitario recurra para comunicarse con el usuario extranjero al lenguaje no verbal (señas y gestos) e intente recurrir a un compañero que conozca el idioma del paciente. En muchas ocasiones el personal sanitario que conoce el idioma del usuario no estará disponible porque está realizando su propio trabajo. Como ya recogimos (véase apartado 3.3.2.), el uso del lenguaje no verbal conlleva un riesgo, porque en determinadas culturas algunos gestos resultan ofensivos para el paciente, puesto que estos tienen significados distintos en las diferentes culturas y el mensaje puede malinterpretarse. No todos vemos la sanidad de la misma manera y esto tiene que ver con la cultura de cada individuo. Es por eso por lo que un intérprete o mediador intercultural se aseguraría de que todo estuviera bajo control para evitar cualquier tipo de conflicto.

Debido a que existe un problema real de comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero, el 96% de los encuestados afirmó que debe existir un servicio de interpretación en los centros sanitarios públicos, mientras que el 4% restante dijo que no era necesario dicho servicio. Aquellos que no ven necesario el servicio de interpretación nos explicaron que eso supondría un gasto extra para la sanidad pública y que si acudes a un país deberías conocer la lengua de este. Otro encuestado nos explicó que sí debería existir un servicio de interpretación pero que no corriera a cargo del SCS sino de los seguros de los pacientes extranjeros, puesto que estos suelen tener muy buenos seguros y deberían cubrir la asistencia lingüística en el país en el que se encuentre en caso de necesitarlo.

8.1.4. Discusión de los resultados

A continuación, explicaremos los resultados obtenidos en el estudio piloto. Como ya hemos comentado, entrevistamos a 100 empleados del SCS, pertenecientes a los dos hospitales públicos de Gran Canaria y algunos centros de salud de la isla.

En lo que se refiere al conocimiento de idiomas por parte del personal sanitario, estos nos explicaron que muchas veces tenían que buscar maneras para comunicarse con el paciente extranjero, y por eso en los informes clínicos algunos médicos solo podían poner «barrera lingüística». Este tipo de situaciones no solo pone en riesgo la vida del paciente sino también la profesionalidad del personal y la reputación del propio centro sanitario, ya que si algo falla y el paciente es tratado de manera errónea o en el peor de los casos fallece, el hospital y el propio personal sanitario es el que tendrá que hacer frente a las consecuencias posteriores, como sanciones o juicios, como ya vimos en el capítulo 3 de este trabajo.

Con respecto a la recepción de pacientes extranjeros, como pudimos apreciar en el apartado 8.1.3.2., se observan respuestas no consistentes, ya que el 81% manifiesta que sí recibe pacientes extranjeros, frente al 19% que asegura que no recibe usuarios extranjeros. Esta contradicción puede deberse a que en su área de trabajo no ven con frecuencia a pacientes extranjeros. Por ejemplo, uno de los servicios que más pacientes extranjeros verá es el Servicio de Urgencias porque el paciente en caso de emergencia siempre llegará antes a este servicio y luego será derivado a otros en función de su enfermedad.

Finalmente, podemos apreciar que el personal sanitario para poder comunicarse con el paciente extranjero tiene que buscar sus propias soluciones. No obstante, algunas soluciones hay que utilizarlas con cautela, como comunicarse mediante gestos, porque como ya hemos indicado hay gestos que para otras culturas son ofensivos (véase apartado 3.3.2). Por otro lado, las aplicaciones de traducción automática pueden llevar a errores de expresión y generar malentendidos.

8.1.5. Aspectos de mejora

Esta investigación, dado su carácter de estudio piloto, cuenta con ciertas limitaciones intrínsecas que hemos intentado corregir en el nuevo estudio (véase apartado 8.2.).

El marco teórico del presente trabajo de tesis doctoral cuenta con bibliografía actualizada y con mayor variedad de autores expertos en la interpretación y en la interpretación en el ámbito sanitario, lo que nos ha permitido enmarcar mejor el estudio descriptivo.

Con respecto a la metodología y resultados del estudio piloto, cabe destacar que, no nos informamos sobre los permisos necesarios para distribuir las encuestas en los centros hospitalarios, sin embargo, cada servicio estaba informado de que se repartirían encuestas para el trabajo de fin de máster. Para diseñar el cuestionario habría sido más riguroso partir de un cuestionario probado previamente, en otras palabras, creamos las preguntas partiendo de cero, en lugar de haber analizado primero los estudios existentes sobre diseño y creación de cuestionarios, y haber realizado un estudio preliminar sobre su comprensión o aceptación por parte de los destinatarios. Del mismo modo, el cuestionario en el estudio piloto también se repartió por algunos centros de salud de la isla, mientras que en el estudio definitivo no contamos con los centros de salud, puesto que consideramos que se trataría de un estudio aparte porque los centros hospitalarios y los centros de salud pertenecen a gerencias diferentes.

A continuación, presentamos el estudio definitivo que ha sido el resultado de la reflexión y el aprendizaje del estudio piloto. Hemos ampliado y mejorado todos los apartados del estudio, aunque hemos seguido la misma línea de investigación, averiguar cuál es la situación actual de la interpretación sanitaria en la isla de Gran Canaria.

8.2. Estudio principal

El estudio que presentamos a continuación es el corazón de este trabajo. En los siguientes apartados nos centramos en analizar y describir los objetivos e hipótesis en los que se basa este estudio. Del mismo modo, explicaremos la metodología empleada y el análisis de los resultados que dividimos en tres grandes apartados (datos generales, recepción y comunicación con pacientes extranjeros en los hospitales públicos de la isla de Gran Canaria, y traductores e intérpretes). Finalmente, presentamos un apartado de discusión de los resultados con el fin de destacar algunos de los datos más llamativos.

8.2.1. Hipótesis y objetivos

Partiendo de la hipótesis de que ante la falta de un servicio de asistencia lingüística en los hospitales públicos de Gran Canaria el personal sanitario tiene que buscar soluciones para

poder comunicarse con los pacientes extranjeros, este trabajo persigue tres objetivos principales. En primer lugar, analizar cuál es el estado y las necesidades de interpretación en el sistema sanitario público de Gran Canaria. En segundo lugar, recabar datos mediante encuestas al personal sanitario de los hospitales públicos para conocer la situación actual de la interpretación sanitaria en la isla de Gran Canaria. Por último, proponer un protocolo de actuación con el fin de guiar al personal sanitario y administrativo cuando llegue un paciente extranjero al hospital y la creación de un servicio de mediación lingüística intrahospitalario.

El interés de estos objetivos viene determinado por una necesidad real en la atención sanitaria pública, que afecta tanto a los trabajadores como a los usuarios del servicio. Una comunicación deficiente o insuficiente puede provocar desde situaciones incómodas por malentendidos culturales o lingüísticos hasta, en el peor de los escenarios posibles, errores de diagnóstico, la prescripción o administración de fármacos dañinos para un determinado paciente, como ya hemos comentado con anterioridad (véase capítulo 3).

Una vez se haya demostrado la viabilidad de la creación de un servicio de asistencia lingüística, este proyecto podría extenderse al ámbito nacional y quizás exportarse como modelo de otros países de la comunidad europea, por lo que podría ser la semilla de una iniciativa multilingüe a escala europea para garantizar una asistencia sanitaria eficiente a los ciudadanos de los estados miembros. Por lo tanto, en los países con una oferta turística importante sería primordial la creación de un servicio de interpretación para asegurar el servicio sanitario a los visitantes con otras lenguas.

8.2.2. Metodología

Tras haber realizado un análisis descriptivo del estado de la cuestión, según queda recogido en la bibliografía sobre la traducción y la interpretación en el ámbito sanitario, y para averiguar la situación real en la que se encuentran los centros sanitarios públicos de Gran Canaria, se realizaron encuestas a miembros del SCS, pertenecientes a distintos estamentos y especialidades. Para ello elaboramos un cuestionario a partir del instrumento utilizado en el estudio de Pérez-Luzardo Díaz y Fernández Pérez (2018). Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables del cuestionario para estudiar la población y luego las relaciones más significativas entre las variables para averiguar la

relación entre los problemas de comunicación y las soluciones a las que el propio personal tiene que recurrir para poder comunicarse con el paciente extranjero.

El cuestionario (véase Anexo IV) consta de dieciocho preguntas tipo test más una pregunta abierta para que los participantes puedan añadir cualquier otro aspecto que consideren oportuno. Las preguntas se dividen en tres bloques: el primero trata sobre datos demográficos del participante (sexo, profesión, rango de edad...); el segundo trata sobre la recepción y comunicación con los pacientes extranjeros que llegan al hospital; y finalmente el último bloque referido a los traductores e intérpretes, indaga especialmente acerca de si al personal sanitario participante le gustaría contar con un servicio de interpretación, ya sea telefónico o presencial en el hospital, y la cualificación que considera que deben tener los intérpretes.

Presentamos este cuestionario en los dos complejos hospitalarios públicos de la isla de Gran Canaria. Por un lado, el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, que se encarga de la recepción de pacientes de la zona norte de la isla y de la isla de Lanzarote. Y, por otro lado, el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, que se encarga de la recepción de pacientes de la zona sur de la isla y de la isla de Fuerteventura.

Los servicios de los centros hospitalarios donde aplicamos el cuestionario fueron los siguientes:

- Urgencias
- Quirófano
- Consultas externas
- Áreas de hospitalización (medicina interna, obstetricia...)
- Áreas especiales (radiología vascular, exploraciones especiales...)
- Radiología
- Administración

Hemos elegido estos servicios dentro del hospital porque son las posibles áreas donde el paciente llega en primer lugar al centro hospitalario y requiere de atención médica inmediata.

El procedimiento que utilizamos para recabar los datos fue asistir en persona a los servicios anteriormente mencionados y dejar copias del cuestionario en su sala común

para que los profesionales pudieran contestar el cuestionario, de forma autónoma, cuando les viniera mejor. Antes de dejar los cuestionarios en cada servicio hablamos con el jefe de servicio o supervisor para explicarle nuestro estudio y que, con su colaboración, el personal de cada servicio cumplimentase el cuestionario. A pesar de que el formulario, en principio, estaría disponible en cada servicio durante una semana, se entregaría un lunes a las 8:00 y se recogería el lunes siguiente a las 14:30, algunos supervisores nos pidieron que los dejáramos más tiempo para que mayor número de empleados los pudieran responder. Del mismo modo, las preguntas también estaban disponibles en la red³, debido a que a algunos les resultaba más fácil responder por esa vía, renunciando así a su derecho a permanecer en el anonimato, aunque con las garantías de confidencialidad previstas en el protocolo para proyectos de investigación aprobado por el comité de ética de la investigación del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (véase Anexo VI).

El proceso estadístico seguido se inició con una depuración y codificación de las respuestas a los cuestionarios en una hoja de Excel. Se realizó posteriormente la validación y corrección de las respuestas erróneas. En otras palabras, revisamos que todas las respuestas estuvieran codificadas y correspondiesen al valor asignado. Por ejemplo, para la primera pregunta del cuestionario «sexo» le asignamos un 1 a «mujer» y un 2 a «hombre». Para cada pregunta se hizo un análisis estadístico descriptivo detallado. Las relaciones entre las variables que consideramos más significativas se estudiaron mediante tablas de contingencias. Este tipo de tablas se utilizan para registrar y analizar la relación entre dos o más variables categóricas. Para la realización del análisis estadístico se utilizó el software RStudio.

Con el fin de comprobar la representatividad de las muestras hemos realizado unos gráficos que comparan las distribuciones de las muestras con las distribuciones de los porcentajes de las poblaciones de los dos hospitales.

³ Enlace al cuestionario en línea: <https://forms.gle/VLVBbDBhauh3vKVLA>

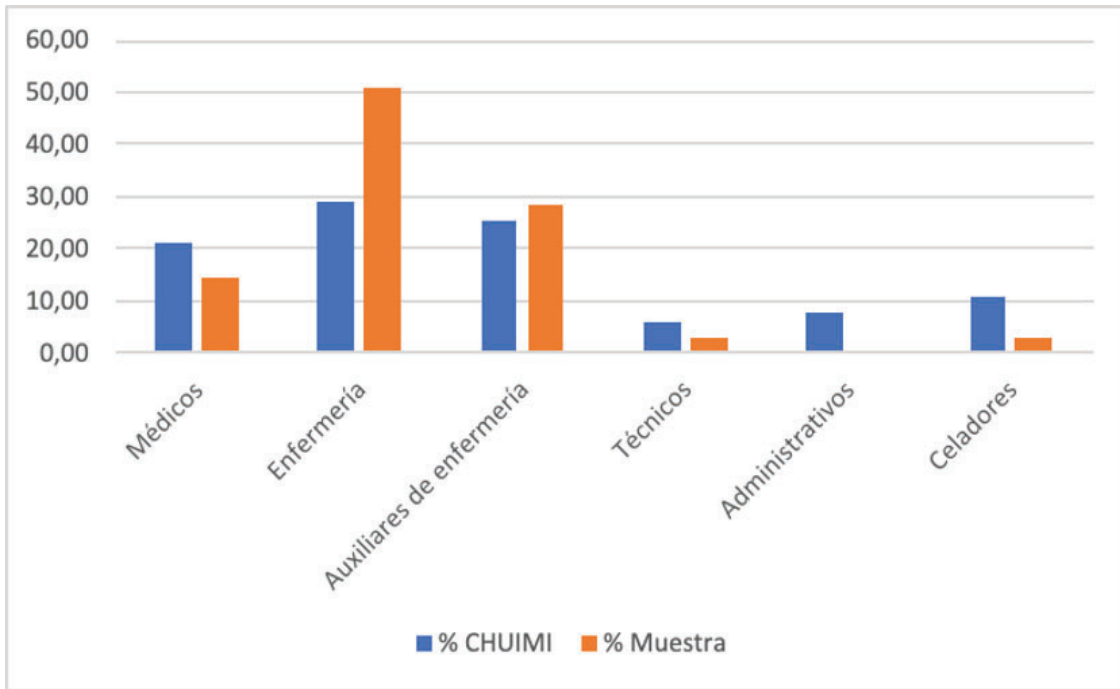


Gráfico 3. Distribución de los porcentajes de población. CHUIMI

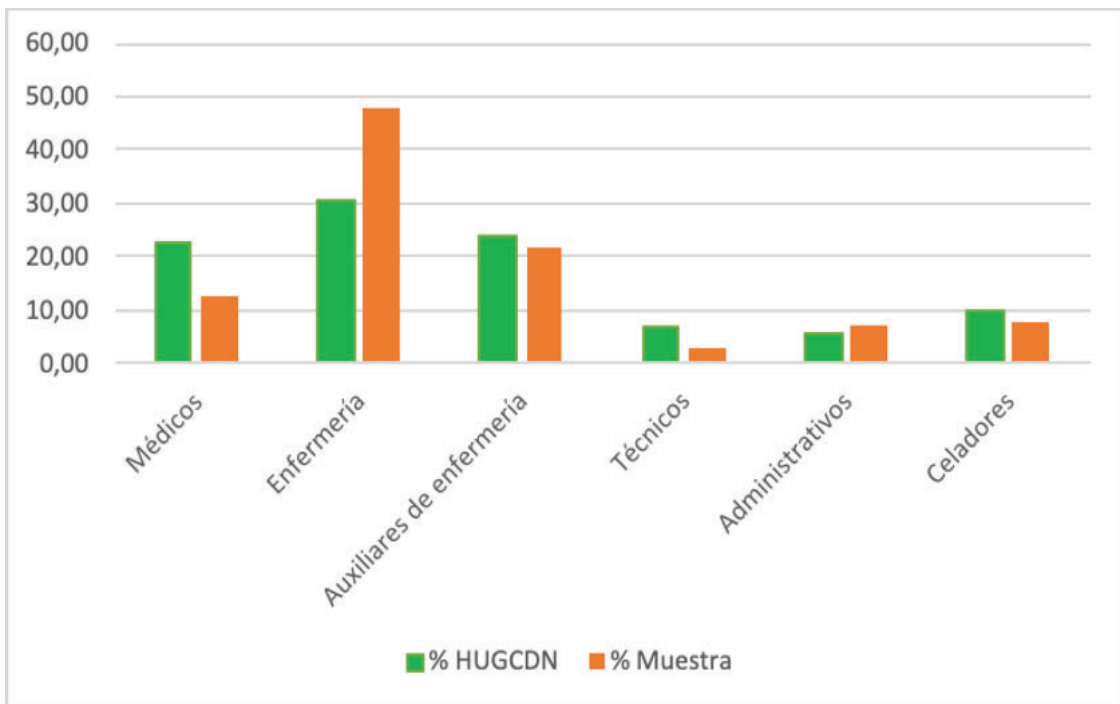


Gráfico 4. Distribución de los porcentajes de población. HUGCDN

Salvo en las categorías de médicos y enfermeros, las distribuciones son semejantes. En las muestras hay un porcentaje de médicos menor en comparación con el porcentaje de médicos del hospital, sin embargo, el porcentaje de enfermeros es comparativamente mayor en las muestras. La participación del grupo de enfermería y auxiliares de

enfermería es superior, debido quizás a una mayor sensibilización con el tema al tratar con más frecuencia a los pacientes.

El estudio posee ciertas limitaciones de diseño intrínsecas, ya que se trata de un estudio amplio de una parte del personal sanitario, que no abarca todas las áreas y especialidades del hospital. Aunque las muestras tienen un tamaño grande para el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (140 cuestionarios) y para el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (149 cuestionarios) no es una muestra representativa de todo el personal de los dos centros. Aún así consideramos que las muestras son válidas, ya que no todas las categorías profesionales tienen, necesariamente, contacto con pacientes extranjeros. Las respuestas a las preguntas tienen un número amplio de categorías, por lo que en las tablas de contingencia quedan muchas celdillas con un valor menor que 5, lo que hace que en el análisis de las relaciones no podamos estudiar su validez estadística. Sin embargo, nuestro estudio se centra en realizar un estudio descriptivo de las variables y relaciones de las variables más significativas a modo orientativo, por lo tanto, no sería necesario calcular la significación estadística, y, por consiguiente, este hecho no invalida el estudio.

8.2.3. Aspectos éticos y protección de los sujetos participantes

Se trata de un estudio de investigación para el cual se requiere un formulario de consentimiento informado (véase Anexo V), previo a su realización, ya que el personal sanitario tenía que contestar un cuestionario. El riesgo para el personal hospitalario participante en el estudio es nulo, puesto que no se realizan pruebas invasivas. Este estudio cuenta con la conformidad de la dirección del centro por parte del comité ético de los dos centros hospitalarios donde repartimos el cuestionario (véase Anexo VI).

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y se garantiza el anonimato de los datos del personal hospitalario que se utilizarán, únicamente, para clasificar sus respuestas y poder extraer las conclusiones de esta tesis doctoral.

8.2.4. Resultados del estudio definitivo

El estudio piloto (2016/2017), mencionado anteriormente, nos abrió las puertas para continuar y ampliar los resultados que obtuvimos entonces. Después de obtener una visión general sobre la situación sanitaria en la isla de Gran Canaria, y tras la elaboración

previa de nuestro cuestionario, nos dirigimos a las áreas y servicios ya mencionados en el apartado 8.2.2. En este apartado, nos centraremos en analizar y desglosar los resultados que obtuvimos de los cuestionarios tras el vaciado de las encuestas y el tratamiento de los datos.

Dividiremos la descripción del análisis en tres grandes apartados. En primer lugar, comentaremos el bloque A sobre los datos generales de los participantes. Después nos centraremos en el bloque B del cuestionario, es decir, en aquellos resultados que tienen que ver con la recepción y comunicación con el paciente extranjero. Y, finalmente, abordaremos el bloque C, que hace referencia a los traductores e intérpretes y la opinión de los sujetos participantes en cuanto al uso de los servicios de interpretación en este ámbito y a la cualificación que creen que debería tener un traductor e intérprete. Para terminar este apartado, comentaremos algunas sugerencias o comentarios por parte de algunos de los encuestados.

8.2.4.1. Datos generales

En este bloque vamos a analizar las respuestas que tienen que ver con los datos personales de los sujetos, es decir, sexo, edad, lugar de trabajo, profesión, lengua materna, años trabajados, y conocimiento de idiomas, al igual que su acreditación oficial. También se recogen los datos más significativos con respecto a la formación del personal sanitario para ver, posteriormente, cómo influyen la formación y los años de experiencia en lo que respecta a su comunicación con un paciente extranjero.

El tamaño de la muestra es de 289 encuestados, de los cuales, 220 (76,12%) son mujeres y 69 (23,88%) son hombres, con distintos perfiles profesionales y pertenecientes a uno de los dos hospitales públicos de Gran Canaria: 140 (48,44%) pertenecen al Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y 149 (51,56%) trabajan en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Con respecto a los perfiles profesionales, estos varían según la profesión dentro del hospital, y se clasifican de la siguiente manera:

- 13,49% médicos
- 49,14% enfermeros
- 24,91% auxiliares de enfermería

- 2,77% técnicos
- 4,15% administrativos
- 5,54% celadores

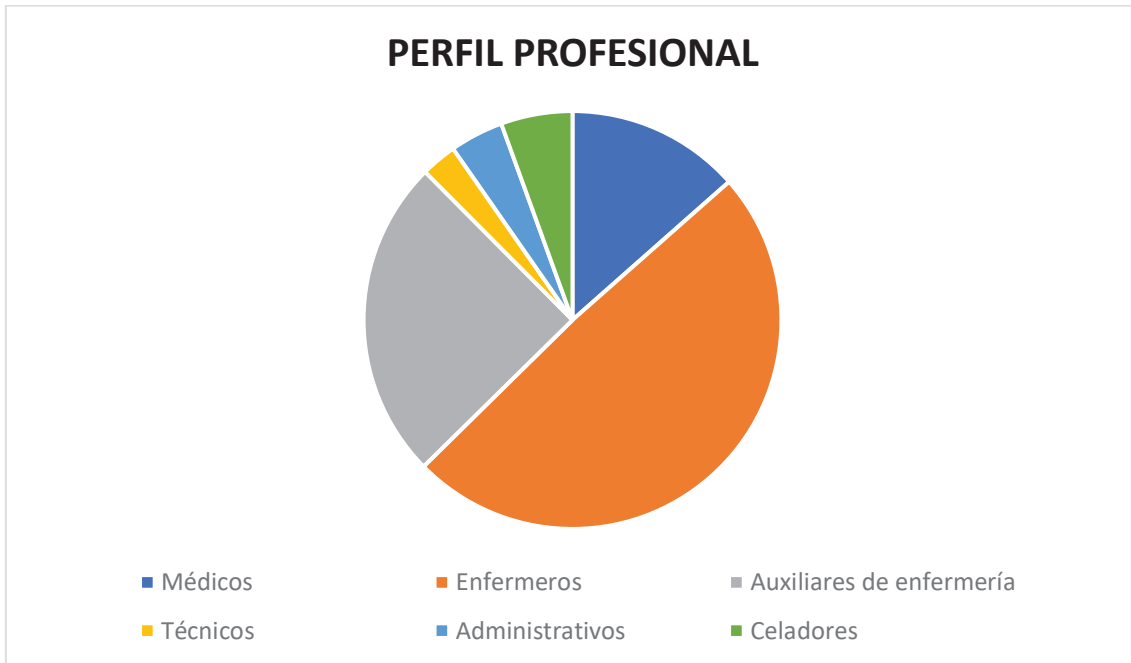


Gráfico 5. Perfil Profesional

Tal y como muestran los gráficos de sectores (véase gráficos 3 y 4), el grupo de enfermeros es el mejor representado de la muestra, seguido del grupo de auxiliares de enfermería y de médicos. Los grupos menos numerosos corresponden a los técnicos y los administrativos.

En la siguiente tabla podemos ver la distribución de la variable profesión en ambos complejos hospitalarios. En este caso, tenemos que destacar que el número de enfermeros es el mismo tanto en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil como en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Mientras que el número de médicos y de auxiliares de enfermería es similar en ambos hospitales. Estos tres grupos de profesiones son los que tienen mayor contacto con el paciente extranjero y por ello son los más representados en la muestra de estudio.

Tabla 10. Relación de las variables por profesión

Centro	Profesión					
	Médicos	Enfermeros	Auxiliares de enfermería	Técnicos	Administrativos	Celadores
Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil	20	71	40	4	1	4
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín	19	71	32	4	11	12
Total general	39	142	72	8	12	16

El rango de edad más significativo de nuestra muestra es el de 41-50 (37,72%), seguido de aquellos encuestados que tienen entre 51-60 (26,99%). Los grupos con menos respuestas corresponden a aquellos que tienen menos de 25 años (1,04%) y a los participantes con más de 60 años (2,42%).

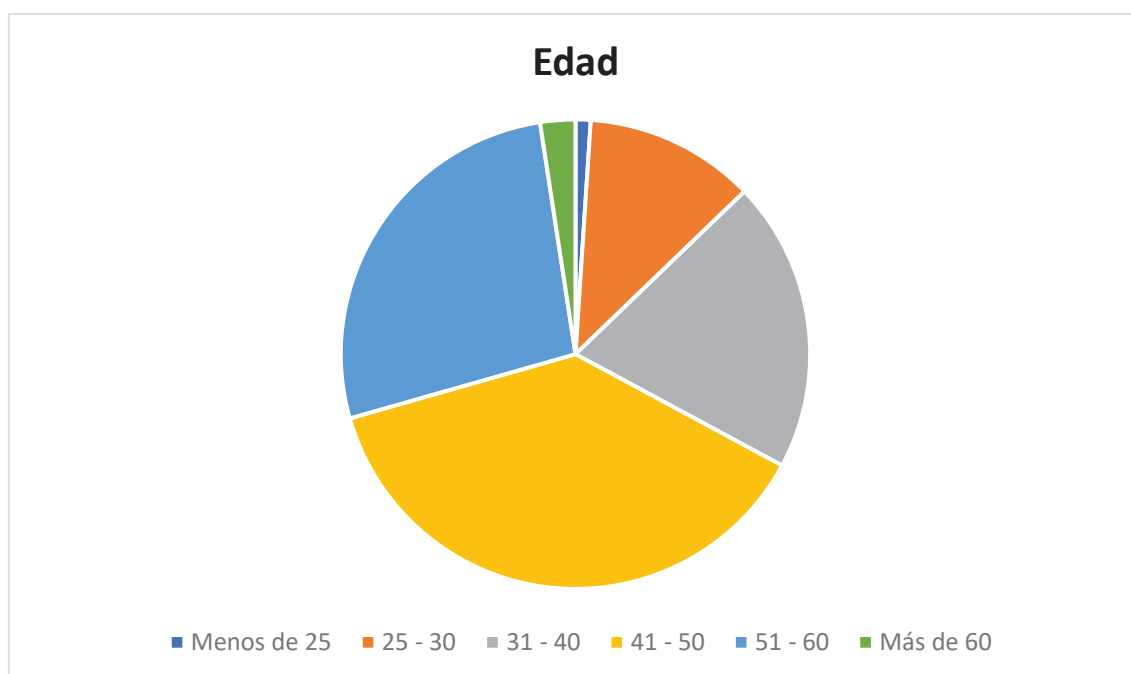


Gráfico 6. Grupos de edad del personal sanitario

En la siguiente tabla podemos apreciar la distribución de la variable edad en ambos complejos hospitalarios:

Tabla 11. Distribución, grupo de edad

Centro	Grupo de Edad					
	Menos de 25	25-30	31-40	41-50	51-60	Más de 60
Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil		22	27	58	32	1
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín	3	12	31	51	46	6
Total general	3	34	58	109	78	7

Como veremos, los datos son parecidos en ambos centros. Tanto en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil como en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, la mayoría de los encuestados tiene entre 31 y 60 años. En ambos casos los que mejor están representados son los que tienen entre 41-50 años, seguidos de los de 51-60 años, los de 31-40 años y los de 25-30 años. Una vez más, los menos representados son los menores de 25.

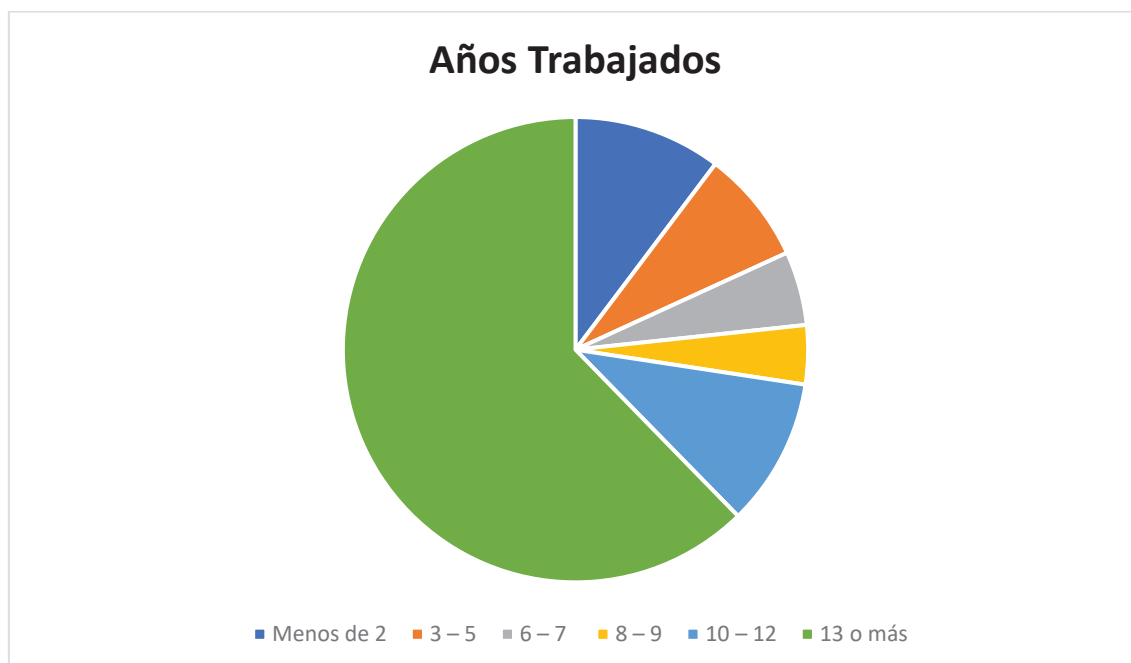


Gráfico 7. Años trabajados del personal sanitario

Con respecto a la pregunta 5 («experiencia (años) en este puesto o en puestos similares») 179 de los encuestados (62,94%) tienen una antigüedad superior a 13 años, mientras que 30 sujetos (10,38%) tienen una antigüedad menor a 2 años y otros 30 (10,38%) llevan trabajando entre 10 y 12 años. En el siguiente gráfico de sectores podemos apreciar con mayor claridad la antigüedad en el puesto de trabajo de los participantes en este estudio.

Para las preguntas 2 y 5 del cuestionario, hemos analizado mediante una tabla de contingencia dichas variables (Tabla 12).

Tabla 12. Relación de edad y experiencia en años

Grupo de edad	Experiencia en años						Total general
	Menos de 2	3-5	6-7	8-9	10-12	Más de 13	
Menos de 25	3						3
25-30	14	12	2	5	1		34
31-40	5	5	7	5	14	22	58
41-50	6	3	2	2	11	85	109
51-60	2	2	4		4	66	78
Más de 60		1				6	7
Total general	30	23	15	12	30	179	289

Como se puede ver en la tabla 12, la relación es la esperable, es decir, a más edad más experiencia. Casi la mitad de la plantilla, 179 (62,94%) tiene 13 o más años de experiencia. Estos 179 sujetos se distribuyen en los de más de 13 años trabajados. Así de los 109 encuestados (37,72%) tienen entre 41 y 50 años y 85 participantes tienen más de 13 años de experiencia laboral.

En cuanto a la lengua materna de los sujetos, 281 (97,23%) tienen español como primera lengua, mientras que la lengua materna de los 8 (2,77%) participantes restantes son: portugués (1 sujeto - 0,35%), francés (1 sujeto - 0,35%), gallego (2 sujetos - 0,69%), danés (1 sujeto - 0,35%), italiano (1 sujeto - 0,35%), valenciano (1 sujeto - 0,35%) y árabe (1 sujeto - 0,35%).

En relación con el conocimiento de otras lenguas (pregunta 7), 88 de los encuestados (30,45%) no tienen conocimientos en otra lengua, mientras que 201 sujetos (69,55%) afirman que tienen conocimientos en una o varias lenguas diferentes a la materna.

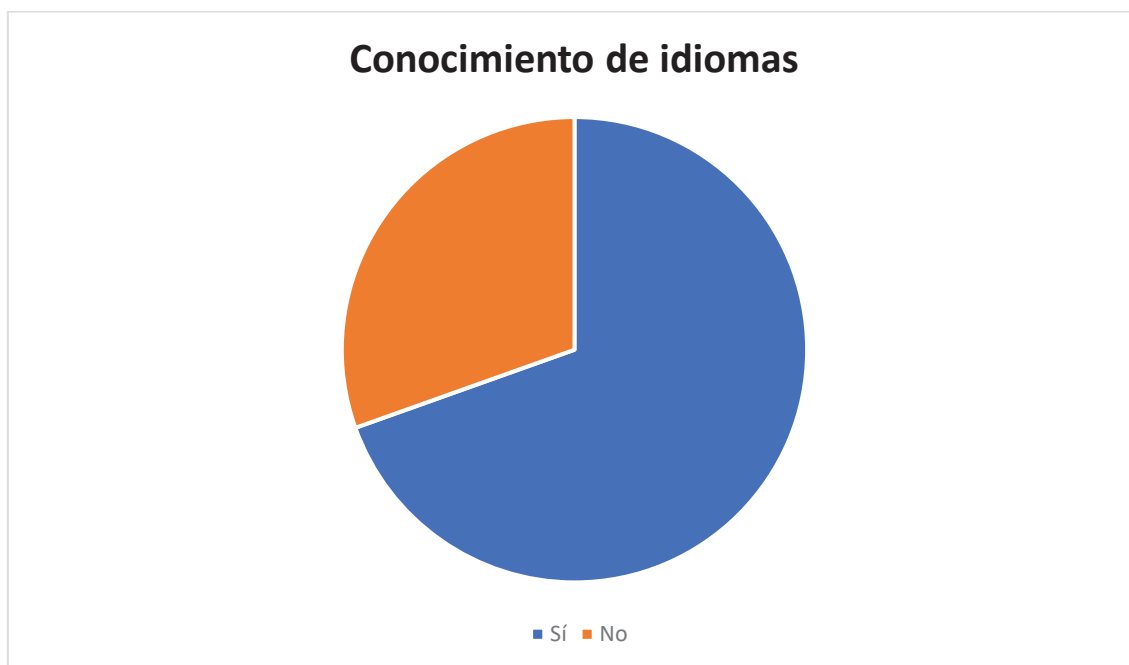


Gráfico 8. Conocimiento de idiomas por parte del personal sanitario

De esos 201 encuestados, 193 (96,01%) afirman tener conocimientos de inglés. Del mismo modo, de aquellos que afirman saber otro idioma, 73 de los encuestados (36,32%) aseguran contar con un certificado oficial que acredite su nivel de idioma frente a los 128 sujetos (63,68%) que explican que no disponen de un certificado oficial. Entre los niveles acreditados, 26 de los encuestados (20,31%) con certificado oficial garantizan tener un nivel B1 y 23 de los participantes (17,97%) aseguran tener un nivel B2. Del mismo modo, 16 sujetos (12,49%) cuentan con certificados que acreditan una competencia muy alta (niveles C1 y C2) en su lengua extranjera. A continuación, se muestra en la tabla 13 las respuestas más significativas, pero no se incluyen los totales porque en algunas encuestas los participantes declaran que hablan varios idiomas. Con respecto a la fila «resto de niveles» nos referimos a que 16 sujetos cuentan con otro certificado como IGCSE, bachillerato, estudios básicos y/o muy básicos e incluso nos comentaron que no recordaban el nivel que tenían acreditado.

Tabla 13. Distribución de la muestra significativa. Acreditación de idiomas

Nivel de idioma	Número de personas
A1	11
A2	14
B1	26
B2	23
C1	11
C2	5
Resto de niveles	16

A modo de conclusión de este apartado, tenemos que destacar que, según refleja nuestra muestra, el personal sanitario posee mayoritariamente conocimientos en otra lengua distinta de la suya materna, sin embargo, no todos cuentan con una acreditación oficial. Del mismo modo, la mayoría de los encuestados tiene como lengua materna el español, y podemos deducir que aquellos que no tienen el español como primera lengua, pueden comunicarse con más facilidad con pacientes extranjeros, pues tendrán mayor facilidad para la comunicación en general. Si bien son solo 8 casos en los que el personal sanitario cuenta con otra lengua materna distinta del español (portugués, francés, gallego, danés, italiano, valenciano y árabe). De estos solo aquellos que hablan portugués, francés, danés, italiano y árabe podrían cubrir las necesidades lingüísticas reales.

8.2.4.2. Recepción y comunicación con pacientes extranjeros en los hospitales públicos de la isla de Gran Canaria

En este segundo bloque, nos centramos en la recepción y comunicación con el paciente extranjero, en otras palabras, describiremos la frecuencia aproximada con la que un paciente suele recurrir al hospital según las respuestas de los encuestados y a qué grupo pertenece el usuario extranjero (turista, residente regularizado o residente no regularizado). Posteriormente, averiguamos si existe un protocolo de actuación para guiar al personal sanitario ante la llegada de estos usuarios y si existen problemas de comunicación. Finalmente, de haber algún problema de comunicación, les pedimos que seleccionen de una escala de Likert, por un lado, los problemas de comunicación más o menos frecuentes, y por otro, las soluciones que el personal utiliza con mayor o menor frecuencia para comunicarse con el usuario extranjero (por gestos, recurriendo a un compañero que conozca el idioma del paciente, recurriendo a alguien externo, etc.).

Para la pregunta 9 «frecuencia aproximada con la que llega un paciente extranjero, que no domina el español, a su área de trabajo», 64 (22,15%) de los encuestados afirman que a su trabajo acuden diariamente usuarios que no hablan español. Mientras que 83 (28,72%) de los participantes aseguran que acuden semanalmente, frente al 30,45% y al 0,69% que explican que solo lo hacen esporádica o anualmente. De entre los usuarios extranjeros que acuden a los centros sanitarios, estos pertenecen a diversos colectivos (pregunta 10), en su mayoría turistas y extranjeros residentes regularizados. Además, algunos encuestados aseguran que también acuden a los centros hospitalarios extranjeros *in itinere*, es decir marineros que sufren algún accidente en el trabajo y tienen que ser desplazados al centro sanitario más cercano.

En lo que respecta a la existencia de un protocolo de actuación (véase pregunta 11 del cuestionario. Anexo IV) para saber cómo actuar ante la llegada de un paciente extranjero al centro sanitario, solo 20 (6,92%) de los sujetos encuestados afirman que sí existe un protocolo de actuación, frente a los 156 (53,98%) y 113 (39,10%) encuestados que aseguran que no existe tal protocolo o que no saben de su existencia.

Igualmente, en la pregunta 12 («indique si se han experimentado problemas de comunicación con los usuarios extranjeros») de los 289 encuestados, 263 (91,00%) afirman tener problemas de comunicación con los usuarios extranjeros, mientras que 17 (5,88%) de los sujetos no experimentan problemas de comunicación y 9 (3,11%) de los entrevistados optaron por la opción «no lo sé». Podríamos intuir que la ausencia de problemas de comunicación por parte de algunos encuestados puede deberse a que estos tengan conocimientos en otras lenguas o que no reciben con frecuencia pacientes extranjeros en su lugar de trabajo.

Para las preguntas 13 («en caso afirmativo, indique cuáles de los siguientes problemas han surgido») y 14 («en los casos en los que ha habido problemas de comunicación, indique cómo se han resuelto») del cuestionario, los encuestados debían seleccionar sus respuestas acerca de posibles problemas de comunicación, especificando en una escala Likert si sucedían pocas veces, con cierta frecuencia, con bastante frecuencia o con mucha frecuencia.

En referencia a la primera pregunta («en caso afirmativo, indique cuáles de los siguientes problemas han surgido») decidimos seleccionar aquellos problemas de comunicación

que, a nuestro modo de ver, nos proporcionaron datos variados e interesantes, puesto que los otros problemas de comunicación (no se encontraban en situación de poder comunicarse (shock ...); no sabían leer o escribir) se desviaban en cierta medida de nuestros objetivos, entre los que destaca, averiguar si existen problemas de comunicación, que se puedan solucionar con un intérprete profesional. Por ello, los problemas de comunicación que analizamos son los siguientes:

- No hablan comprensiblemente el idioma
- No entendían las preguntas que les hacían
- Había frecuentes malentendidos
- Otra persona hablaba por ellos
- Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban
- Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar
- Presentaban lesiones físicas que no les permitían hablar bien
- Buscaban una implicación personal del funcionario⁴

Para el primer problema de comunicación (no hablan comprensiblemente el idioma) hay que destacar que solo 27 sujetos (10,47%) señalan «pocas veces»; el resto (89,53%) señala que los problemas de comunicación se deben a que los pacientes no hablan comprensiblemente el idioma con cierta (35,27%), bastante (35,27%) o con mucha frecuencia (18,99%).

En el segundo problema de comunicación (no entendían las preguntas que les hacían) cabe destacar que 26 sujetos (10,04%) señalan «pocas veces», mientras que el resto de los participantes aseguran que no entendían las preguntas que les hacían con cierta (37,84%), bastante (34,36%) o mucha frecuencia (17,76%).

Con respecto al siguiente problema de comunicación (había frecuentes malentendidos) 75 de los participantes (29,53%) aseguran que pocas veces tiene lugar dicho problema. El resto de los sujetos afirma que hay frecuentes malentendidos con cierta (37,40%), bastante (25,20%) o mucha frecuencia (7,87%), lo que suma que más de la mitad de los

⁴ En este problema de comunicación cuando hablamos de «funcionarios» nos referimos al personal sanitario. Es decir, si el paciente extranjero le pide al personal sanitario que realice tareas que no le corresponden. Por ejemplo, pedirle al médico que le acompañe a pedir la siguiente cita médica o incluso pedirle el número de teléfono personal.

participantes (70,47%) afirma que surgían frecuentes malentendidos entre el personal sanitario y el paciente extranjero durante la comunicación.

Para la opción «otra persona hablaba por ellos», 79 de los encuestados (30,50%) afirman que esto ocurre pocas veces, pero 78 de los participantes (30,12%) aseguran que ocurre con cierta frecuencia, y el resto (39,39%), que ocurren con bastante (23,17%) o mucha frecuencia (16,22%).

Con respecto al siguiente problema de comunicación (gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban) sorprende la disparidad de respuestas entre unos sujetos y otros: más de la mitad de los sujetos, 164 (64,82%), afirma que pocas veces ocurre este problema, seguido de 53 (20,95%) participantes que aseguran que suele ocurrir con cierta frecuencia. El resto (14,23%) garantiza que tiene lugar con bastante (10,67%) o mucha frecuencia (3,56%).

En cuanto a la siguiente opción (estaban cohibidos, no se atrevían a hablar), 154 (60,63%) de los sujetos aseguran que este problema sucede pocas veces. Mientras que el resto (39,38%) afirma que ocurre con cierta (27,17%), bastante (9,45%) o mucha frecuencia (2,76%).

Para la opción «presentaban lesiones físicas que no les permitían hablar bien» resulta llamativo que, mientras que 212 (84,13%) sujetos aseguran que pocas veces presentaban lesiones físicas que no les permitían hablar bien, 29 (11,51%) de los participantes afirman que este problema ocurre con cierta frecuencia. El resto (4,37%) certifica que dicho problema sucede con bastante (2,78%) o mucha frecuencia (1,59%). Este problema puede estar relacionado con el servicio donde trabaja cada encuestado.

Finalmente, con respecto a si «buscaban una implicación personal del funcionario» casi la mitad de los encuestados, 118 (46,83%) afirma que esto ocurre pocas veces. Sin embargo, 84 (33,33%) de los sujetos aseguran que con cierta frecuencia el paciente extranjero sí buscaba una implicación personal del funcionario. El resto (19,84%) afirma que esto ocurre con bastante (15,87%) o mucha frecuencia (3,97%). Por tanto, más de la mitad de los sujetos (53,17%) afirma que, efectivamente, el paciente extranjero con cierta, bastante o mucha frecuencia busca una implicación personal del funcionario.

A continuación, presentamos una tabla que recoge los datos descritos anteriormente para la pregunta 13 («en caso afirmativo, indique cuáles de los siguientes problemas han surgido»):

Tabla 14. Problemas más frecuentes de comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero

Problemas de comunicación	Pocas veces (%)	Con cierta frecuencia (%)	Con bastante frecuencia (%)	Con mucha frecuencia (%)
No hablan comprensiblemente el idioma	27 (10,47%)	91 (35,27%)	91 (35,27%)	49 (18,99%)
No entendían las preguntas que les hacían	26 (10,04%)	98 (37,84%)	89 (34,36%)	46 (17,76%)
Había frecuentes malentendidos	75 (29,53%)	95 (37,40%)	64 (25,20%)	20 (7,87%)
Otra persona hablaba por ellos	79 (30,50%)	78 (30,12%)	60 (23,17%)	42 (16,22%)
Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban	164 (64,82%)	53 (20,95%)	27 (10,67%)	9 (3,56%)
Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar	154 (60,63%)	69 (27,17%)	24 (9,45%)	7 (2,76%)
Presentaban lesiones físicas que no les permitían hablar bien	212 (84,13%)	29 (11,51%)	7 (2,78%)	4 (1,59%)
Buscaban una implicación personal del funcionario	118 (46,83%)	84 (33,33%)	40 (15,87%)	10 (3,97)

Al igual que la pregunta anterior, para la pregunta 14 («en los casos en los que ha habido problemas de comunicación, indique cómo se han resuelto») seleccionamos aquellas soluciones que consideramos que aportaron datos más relevantes para nuestro estudio.

Las soluciones que analizamos son las siguientes:

- Por gestos
- Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente
- Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente) que se pueda comunicar con el usuario
- Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude
- Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete

- Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático
- Recurriendo a aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN, HIPOT-CNV...)
- Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Para la primera solución empleada por el personal sanitario («por gestos») 55 de los encuestados (21,65%) afirman que pocas veces suele recurrir al lenguaje no verbal para comunicarse con el paciente extranjero, mientras que 94 (37,01%) sí lo hace con cierta frecuencia, 70 (27,56%) con bastante y 35 (13,78%) con mucha frecuencia.

Por otro lado, 32 sujetos (12,26%) recurren pocas veces a un compañero que se entienda con el paciente para poder comunicarse. Sin embargo, 86 de los encuestados (32,95%) recurren a otro compañero con conocimiento de idiomas con cierta frecuencia y 95 sujetos (36,40%) lo hace con bastante frecuencia, mientras que 48 (18,39%) lo hacen con mucha frecuencia.

Por otra parte, 57 de los encuestados (21,84%) pocas veces recurren a alguien externo, es decir, familiares o acompañantes del paciente que sepan hablar español y poder comunicarse así con el usuario extranjero. El resto (78,16%), recurre a un acompañante del paciente con cierta (28,35%), bastante (30,27%) o mucha frecuencia (19,54%).

En cuanto a la siguiente solución («pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude»), 123 participantes (48,05%) afirman que pocas veces recurren a dicha solución propuesta. 59 de los sujetos (23,05%) aseguran pedirle al paciente que venga acompañado de alguien que sepa español con cierta frecuencia y 58 de los encuestados (22,66%) recurren a esta solución con bastante frecuencia. Tan solo 16 de los participantes (6,25%) lo hacen con mucha frecuencia.

Con respecto a la siguiente solución propuesta en el cuestionario («pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete»), resulta llamativo que más de la mitad de los participantes, 154 (60,16%) recurra pocas veces a esta solución. Sin embargo, 59 de los sujetos encuestados (23,05%) lo hacen con cierta frecuencia. El resto (16,80%) pide al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete con bastante (11,72%) o mucha frecuencia (5,08%).

Para la siguiente solución propuesta («recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático»), parece interesante que 117 participantes (45,53%), casi la mitad, recurren pocas veces al Traductor de Google o a otro traductor automático. No obstante, el resto (54,47%), utiliza el Traductor de Google con cierta (24,12%), bastante (19,07%) o mucha frecuencia (11,28%).

Un dato sorprendente es que el personal sanitario pocas veces recurre a aplicaciones de traducción médica como TRADASSAN o HIPOT-CNV. Estas dos aplicaciones, como ya vimos en el apartado 7.2, fueron creadas por un enfermero lanzaroteño del SCS. Sin embargo, 206 encuestados (81,75%) afirman que pocas veces (o nunca) recurren a esta solución para poder comunicarse con el paciente extranjero. El resto (18,25%) asegura que recurre a aplicaciones de traducción médica con cierta (10,71%), bastante (5,56%) o mucha frecuencia (1,98%).

Finalmente resulta igualmente llamativo que 208 encuestados (83,53%) afirman que pocas veces contratan a un intérprete para poder comunicarse con el usuario extranjero. Por otro lado, el resto (16,46%) asegura contratar a un intérprete con cierta (7,63%), bastante (5,62%) o mucha frecuencia (3,21%).

A continuación, se puede apreciar una tabla a modo de resumen de los datos expuestos para la pregunta 14 («en los casos en los que ha habido problemas de comunicación, indique cómo se han resuelto»):

Tabla 15. Solución a los problemas de comunicación expuestos en la pregunta 14 del cuestionario

Solución a los problemas de comunicación	Pocas veces (%)	Con cierta frecuencia (%)	Con bastante frecuencia (%)	Con mucha frecuencia (%)
Por gestos	55 (21,65%)	94 (37,01%)	70 (27,56%)	35 (13,78%)
Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente	32 (12,26%)	86 (32,95%)	95 (36,40%)	48 (18,39%)
Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente) que se pueda comunicar con el usuario	57 (21,84%)	74 (28,35%)	79 (30,27%)	51 (19,54%)
Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude	123 (48,05%)	59 (23,05%)	58 (22,66%)	16 (6,25%)
Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete	154 (60,16%)	59 (23,05%)	30 (11,72%)	13 (5,08%)
Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático	117 (45,53%)	62 (24,12%)	49 (19,07%)	29 (11,28%)
Recurriendo a aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN, HIPOT-CNV...)	206 (81,75%)	27 (10,71%)	14 (5,56%)	5 (1,98%)
Contratando a un intérprete (lengua hablada)	208 (83,53%)	19 (7,63%)	14 (5,62%)	8 (3,21%)

En cuanto a la pregunta 15, cuando se les preguntó cómo se sentían a la hora de atender a un paciente extranjero, resultó curioso que 149 (51,56%) de los 289 encuestados nos dijeran que se sienten igual que cuando atienden a un paciente local frente a los 124 sujetos (42,91%) que afirman sentirse más nerviosos o inseguros que cuando atiende a un paciente local. Los 16 (5,53%) restantes nos proporcionaron diferentes respuestas, como que se sentían igual, pero tenían que dedicarle más tiempo a ese paciente debido a la

barrera lingüística, o que sentían impotencia al no poder entenderse e incluso a otros les daba pena del paciente porque se encontraba en una situación de vulnerabilidad.

Asimismo, resulta interesante apreciar la relación entre las preguntas 13 y 14 del cuestionario y ver cómo suele el personal sanitario solucionar los problemas de comunicación a los que se enfrenta, y con qué frecuencia. Por ello, aún a riesgo de que pueda parecer algo repetitivo, a continuación, explicaremos y comentaremos brevemente la relación de dichas variables mediante tablas de contingencia.

En primer lugar, relacionamos el primer problema de comunicación, «no hablan comprensiblemente el idioma» con cada una de las soluciones comentadas anteriormente de la pregunta 14.

- No hablan comprensiblemente el idioma - Por gestos

Tabla 16. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Por gestos

No hablan comprensiblemente el idioma	Por gestos					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	9	10	2	5	1	27
Con cierta frecuencia	25	44	14	5	3	91
Con bastante frecuencia	13	26	36	13	3	91
Con mucha frecuencia	6	12	18	12	1	49
(En blanco)	2	2			27	31
Total general	55	94	70	35	35	289

En la tabla 16, podemos apreciar que aquellos participantes (44) que dicen que con cierta frecuencia el paciente extranjero no habla comprensiblemente el idioma, con cierta frecuencia se comunican mediante gestos y lenguaje no verbal. Algo parecido ocurre con aquellos que aseguran que con bastante frecuencia (36) el paciente no habla comprensiblemente el idioma, estos también alegan que con bastante frecuencia recurren a los gestos para intentar comunicarse con el usuario extranjero. De manera general, en este caso concreto, 94 sujetos utilizan los gestos para comunicarse con cierta frecuencia, frente a los 70 participantes que lo hacen con bastante frecuencia.

- No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Tabla 17. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

No hablan comprensiblemente el idioma	Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	3	12	7	5		27
Con cierta frecuencia	16	43	24	6	2	91
Con bastante frecuencia	10	14	50	17		91
Con mucha frecuencia	2	13	13	20	1	49
(En blanco)	1	4	1		25	31
Total general	32	86	95	48	28	289

En esta relación, cabe destacar que 50 encuestados recurren con bastante frecuencia a otro compañero que conoce el idioma del paciente extranjero mientras que tan solo 20 sujetos lo hacen con mucha frecuencia.

- No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente) que se pueda comunicar con el usuario

Tabla 18. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente)

No hablan comprensiblemente el idioma	Recurriendo a alguien externo					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	7	8	8	3	1	27
Con cierta frecuencia	23	39	20	7	2	91
Con bastante frecuencia	13	16	33	29		91
Con mucha frecuencia	11	8	18	12		49
(En blanco)	3	3			25	31
Total general	57	74	79	51	28	289

Con respecto a esta tabla que relaciona «no hablan comprensiblemente el idioma» con «recurriendo a alguien externo (familiar del paciente)» hay que mencionar que 39 participantes aseguran recurrir con cierta frecuencia a alguien externo (familiares de los pacientes) que conozca el idioma del paciente extranjero. Como ya comentamos a lo largo del capítulo 3, que los familiares de los usuarios extranjeros hagan de intérpretes entraña muchos riesgos porque pueden alterar el mensaje, además de no conocer y, por lo tanto, no cumplir con las funciones específicas de un intérprete profesional y cualificado. Un peligro adicional cuando se trata de familiares menores es que se les pide desempeñar un papel para el que carecen de madurez suficiente.

- No hablan comprensiblemente el idioma - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Tabla 19. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

No hablan comprensiblemente el idioma	Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	12	6	8		1	27
Con cierta frecuencia	46	28	9	5	3	91
Con bastante frecuencia	42	14	26	8	1	91
Con mucha frecuencia	21	10	15	3		49
(En blanco)	2	1			28	31
Total general	123	59	58	16	33	289

Sorprende ver que pocas veces el personal le pide al paciente que traiga a la consulta alguien que le ayude para poder comunicarse (Tabla 19). Del mismo modo, al igual que ocurre con la solución anterior, recurrir a alguien externo (familiares del paciente), si el paciente trae consigo a una persona allegada, tenemos el mismo problema que ya mencionamos, pues estas personas no están cualificadas para ejercer de intérpretes y no conocen el código ético, por lo que podrían no ser fieles al mensaje original por incompetencia profesional o para, por ejemplo, no causarle más dolor al paciente ante una mala noticia por parte del médico (véase apartado 3.4). Sin embargo, si la persona que trae consigo el paciente extranjero es un traductor o intérprete cualificado esta sí sería una buena solución. Un ejemplo de que el SCS pide a los pacientes que no sepan hablar

español traer con ellos al centro sanitario a un traductor se puede ver en algunos centros de salud de la isla de Tenerife (véase Ilustración 3).

- No hablan comprensiblemente el idioma - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete

Tabla 20. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete

No hablan comprensiblemente el idioma	Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	20	4	1	1	1	27
Con cierta frecuencia	60	21	4	3	3	91
Con bastante frecuencia	46	23	18	3	1	91
Con mucha frecuencia	26	10	7	6		49
(En blanco)	2	1			28	31
Total general	154	59	30	13	33	289

De esta tabla hay que destacar que pocas veces el personal sanitario le pide al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete y que la comunicación pueda llevarse a cabo. Como ocurre en las dos tablas anteriores, este tipo de solución no es del todo fiables, puesto que no se sabe si el que hace de intérprete, ya sea de manera telefónica o en persona, es un intérprete cualificado o no.

- No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

De la tabla 21, sorprende ver que, a pesar de lo difundidos que parecen estar los programas de traducción automática entre la población general, de los 91 encuestados que afirman que el usuario no habla comprensiblemente el idioma con bastante frecuencia, solo 20 participantes utilizan el Traductor de Google u otro traductor automático con bastante frecuencia para poder comunicarse con el paciente extranjero.

Tabla 21. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

No hablan comprensiblemente el idioma	Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	15	6	3	2	1	27
Con cierta frecuencia	45	19	13	10	4	91
Con bastante frecuencia	34	25	20	11	1	91
Con mucha frecuencia	21	10	12	6		49
(En blanco)	2	2	1		26	31
Total general	117	62	49	29	32	289

- No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN, HIPOT-CNV...)

Tabla 22. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica

No hablan comprensiblemente el idioma	Recurriendo a aplicaciones de traducción médica					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	21	3	1		2	27
Con cierta frecuencia	72	18	4	2	5	91
Con bastante frecuencia	70	12	6	2	1	91
Con mucha frecuencia	40	4	3	1	1	49
(En blanco)	3				28	31
Total general	206	27	14	5	37	289

En esta tabla 22 podemos apreciar que pocas veces el personal sanitario recurre a aplicaciones de traducción médica diseñadas con el fin de poder comunicarse con el paciente extranjero y viceversa. Como ya comentamos en el apartado 7.2 de este trabajo, y recordado en otros momentos del presente trabajo, existen dos aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN e Hipot-CNV) diseñadas por un miembro del personal sanitario canario, que además están disponibles gratuitamente desde el sitio web del SCS. Sin embargo, parece que muchos profesionales de la sanidad no conocen su existencia o

no saben cómo funcionan. Estas aplicaciones de traducción médica podrían servir como un primer acercamiento entre el personal sanitario y el paciente extranjero. Del mismo modo, aplicaciones como *Universal Doctor Speaker* ya se están utilizando en otras partes del territorio español (véase capítulo 6).

- No hablan comprensiblemente el idioma - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Tabla 23. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

No hablan comprensiblemente el idioma	Contratando a un intérprete (lengua hablada)					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	20	1	1	2	3	27
Con cierta frecuencia	70	9	3	3	6	91
Con bastante frecuencia	72	7	9	1	2	91
Con mucha frecuencia	44	2	1	2		49
(En blanco)	2				29	31
Total general	208	19	14	8	40	289

Como podemos ver en la tabla de contingencia 23, un total de 208 sujetos pocas veces llaman a un intérprete para que la comunicación entre estos y el paciente extranjero pueda llevarse a cabo.

A modo de resumen, para este primer problema, podemos ver que las soluciones preferidas por el personal sanitario son, por un lado, recurrir a compañeros que conozcan el idioma del paciente extranjero, recurrir a alguien externo (familiares) que conozcan el idioma local, y mediante gestos y lenguaje no verbal.

Las siguientes tablas relacionan el segundo problema de comunicación («no entendían las preguntas que se les hacían») con las soluciones ya mencionadas en las tablas de contingencia anteriores.

- No entendían las preguntas que se les hacían - Por gestos

Tabla 24. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Por gestos

No entendían las preguntas que se les hacían	Por gestos					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	10	10	2	3	1	26
Con cierta frecuencia	25	43	21	5	4	98
Con bastante frecuencia	15	29	27	15	3	89
Con mucha frecuencia	4	11	18	12	1	46
(En blanco)	1	1	2		26	30
Total general	55	94	70	35	35	289

Para el segundo problema de comunicación, 43 participantes utilizan con cierta frecuencia los gestos para comunicarse con el paciente extranjero, mientras que 29 sujetos lo hacen con bastante frecuencia.

- No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Tabla 25. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

No entendían las preguntas que se les hacían	Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	4	12	7	2	1	26
Con cierta frecuencia	14	44	28	10	2	98
Con bastante frecuencia	8		46	18	1	89
Con mucha frecuencia	5	11	12	18		46
(En blanco)	1	3	2		24	30
Total general	32	86	95	48	28	289

En la tabla 25, a diferencia de la anterior, podemos apreciar que recurrir a un compañero que conozca el idioma del paciente es una solución que el personal hospitalario utiliza con bastante frecuencia (46 participantes) frente a los 4 sujetos que aseguran que pocas veces se da ese problema de comunicación y, por consiguiente, pocas veces recurren a un compañero para que les ayude a comunicarse con el usuario extranjero.

- No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente) que se pueda comunicar con el usuario

Tabla 26. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente)

No entendían las preguntas que se les hacían	Recurriendo a alguien externo					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	11	7	5	2	1	26
Con cierta frecuencia	21	43	24	7	3	98
Con bastante frecuencia	16	12	35	26		89
Con mucha frecuencia	7	9	15	15		46
(En blanco)	2	3		1	24	30
Total general	57	74	79	51	28	289

Al igual que comentamos en el problema anterior, recurrir a familiares del paciente no siempre es una buena solución porque podrían alterar el mensaje y no cumplir las funciones propias de un intérprete (véase apartado 3.4). A pesar de esto, 43 sujetos recurren con cierta frecuencia a alguien externo cuando el usuario extranjero no comprende las preguntas que se le hacen y 35 lo hacen con bastante frecuencia, tal y como se aprecia en la tabla 26.

En las siguientes tablas de contingencia (27 y 28), se repite un patrón: pocas veces se suele pedir al paciente extranjero que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete o que lleve a alguien con él al centro sanitario para que puedan comunicarse ambas partes.

- No entendían las preguntas que se les hacían - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Tabla 27. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

No entendían las preguntas que se les hacían	Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	18	4	3		1	26
Con cierta frecuencia	50	27	14	2	5	98
Con bastante frecuencia	38	15	25	10	1	89
Con mucha frecuencia	14	12	16	4		46
(En blanco)	3	1			26	30
Total general	123	59	58	16	33	289

- No entendían las preguntas que se les hacían - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete

Tabla 28. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono

No entendían las preguntas que se les hacían	Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	20	3	2		1	26
Con cierta frecuencia	65	22	3	3	5	98
Con bastante frecuencia	45	24	14	5	1	89
Con mucha frecuencia	21	9	11	5		46
(En blanco)	3	1			26	30
Total general	154	59	30	13	33	289

- No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Tabla 29. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

No entendían las preguntas que se les hacían	Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	15	5	4	2		26
Con cierta frecuencia	47	27	11	7	6	98
Con bastante frecuencia	33	22	21	12	1	89
Con mucha frecuencia	21	6	11	8		46
(En blanco)	1	2	2		25	30
Total general	117	62	49	29	32	289

- No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN, HIPOT-CNV...)

Tabla 30. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica

No entendían las preguntas que se les hacían	Recurriendo a aplicaciones de traducción médica					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	23	1			2	26
Con cierta frecuencia	74	11	4	2	7	98
Con bastante frecuencia	69	12	5	1	2	89
Con mucha frecuencia	37	3	4	2		46
(En blanco)	3		1		26	30
Total general	206	27	14	5	37	289

Sorprende ver que, en estas dos tablas (Tablas 29 y 30), el personal sanitario prefiere recurrir al Traductor de Google u otro traductor automático que a aplicaciones de

traducción médica diseñadas con el fin de facilitar la comunicación entre el personal hospitalario y el usuario extranjero que no conoce la lengua local.

- No entendían las preguntas que se les hacían - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Tabla 31. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

No entendían las preguntas que se les hacían	Contratando a un intérprete (lengua hablada)					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	21	1	1	1	2	26
Con cierta frecuencia	72	9	6	2	9	98
Con bastante frecuencia	73	7	5	2	2	89
Con mucha frecuencia	39	2	2	3		46
(En blanco)	3				27	30
Total general	208	19	14	8	40	289

Al igual que en el primer problema comentado con anterioridad, sorprende que pocas veces el personal sanitario o el propio paciente contraten a un intérprete profesional para que estos puedan comunicarse sin problemas y evitar así la barrera lingüística existente ante el desconocimiento por ambas partes del idioma local y del idioma del paciente que acude al hospital respectivamente.

En resumidas cuentas, para este segundo problema de comunicación, la solución más utilizada por parte del personal sanitario es o bien recurrir a un compañero que conozca el idioma del paciente extranjero o recurrir a alguien externo (familiares del paciente) que conozca el idioma y pueda hacer de intérprete.

Las siguientes tablas que comentaremos serán las del tercer problema de comunicación propuesto en el cuestionario, «había frecuentes malentendidos».

- Había frecuentes malentendidos - Por gestos

Tabla 32. Relación. Había frecuentes malentendidos - Por gestos

Había frecuentes malentendidos	Por gestos					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	20	35	15	4	1	75
Con cierta frecuencia	21	36	28	8	2	95
Con bastante frecuencia	8	21	16	17	2	64
Con mucha frecuencia	3		11	6		20
(En blanco)	3	2			30	35
Total general	55	94	70	35	35	289

Los datos reflejados en esta tabla 32 muestran que el personal sanitario utiliza los gestos con cierta y bastante frecuencia cuando hay frecuentes malentendidos con el paciente extranjero. Podríamos intuir que recurrir a los gestos suele sacar de apuros al personal hospitalario.

- Había frecuentes malentendidos - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Tabla 33. Relación. Había frecuentes malentendidos - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Había frecuentes malentendidos	Recurriendo a un compañero					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	9	31	26	8	1	75
Con cierta frecuencia	14	36	32	11	2	95
Con bastante frecuencia	5	9	33	17	1	64
Con mucha frecuencia	2	3	3	12		20
(En blanco)	2	7	1		25	35
Total general	32	86	95	48	28	289

- Había frecuentes malentendidos - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente) que se pueda comunicar con el usuario

Tabla 34. Relación. Había frecuentes malentendidos - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente)

Había frecuentes malentendidos	Recurriendo a alguien externo					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	27	20	18	9	1	75
Con cierta frecuencia	19	33	30	12	1	95
Con bastante frecuencia	6	12	25	21		64
Con mucha frecuencia	3	3	5	9		20
(En blanco)	2	6	1		26	35
Total general	57	74	79	51	28	289

En estas dos tablas, se muestra que el personal recurre con cierta frecuencia a otros compañeros que conozcan el idioma del paciente extranjero para que la comunicación pueda tener lugar. Asimismo, el personal también suele recurrir con bastante frecuencia a alguien externo (familiares del paciente) para poder comunicarse con el usuario extranjero, pero, como ya hemos comentado, en tablas anteriores, existe cierto riesgo al contar con intérpretes no cualificados, ya que pueden omitir información importante al paciente, especialmente cuando se parte de un malentendido.

Tal y como se puede apreciar en las tablas 35 y 36, y como se ha venido viendo con los otros problemas de comunicación, el personal sanitario pocas veces le pide al paciente que lleve a alguien que sepa español a la consulta médica y pocas veces también le pide que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete y ambas partes puedan entenderse.

- Había frecuentes malentendidos - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Tabla 35. Relación. Había frecuentes malentendidos - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Había frecuentes malentendidos	Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	49	11	8	5	2	75
Con cierta frecuencia	46	24	19	5	1	95
Con bastante frecuencia	20	16	23	5		64
Con mucha frecuencia	6	5	8	1		20
(En blanco)	2	3			30	35
Total general	123	59	58	16	33	289

- Había frecuentes malentendidos - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete

Tabla 36. Relación. Había frecuentes malentendidos - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono

Había frecuentes malentendidos	Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	53	16	2	2	2	75
Con cierta frecuencia	55	24	11	4	1	95
Con bastante frecuencia	33	12	16	3		64
Con mucha frecuencia	11	4	1	4		20
(En blanco)	2	3			30	35
Total general	154	59	30	13	33	289

- Había frecuentes malentendidos - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Tabla 37. Relación. Había frecuentes malentendidos - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Había frecuentes malentendidos	Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	45	14	9	5	2	75
Con cierta frecuencia	45	26	14	9	1	95
Con bastante frecuencia	16	16	20	12		64
Con mucha frecuencia	9	3	5	3		20
(En blanco)	2	3	1		29	35
Total general	117	62	49	29	32	289

Con cierta frecuencia, en alguna ocasión el personal sanitario utiliza el Traductor de Google para aclarar malentendidos, pues a veces les resulta útil para salir del paso y poder dilucidar qué quiere decir el paciente, al igual que transmitirle a este su problema de salud mediante los audios que ofrece la aplicación.

- Había frecuentes malentendidos - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN, HIPOT-CNV...)

Tabla 38. Relación. Había frecuentes malentendidos - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica

Había frecuentes malentendidos	Recurriendo a aplicaciones de traducción médica					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	63	5	2	2	3	75
Con cierta frecuencia	79	10	3	1	2	95
Con bastante frecuencia	43	11	8	2		64
Con mucha frecuencia	18	1	1			20
(En blanco)	3	1			32	35
Total general	206	27	14	5	37	289

En esta ocasión, tal y como se refleja en las otras tablas, pocas veces el personal sanitario recurre a aplicaciones de traducción médica, o bien porque no conoce su existencia o

porque no sabe cómo utilizarlas. En caso de haberlo hecho, habría sido interesante comprobar si, ante un malentendido, una aplicación de traducción automática resulta útil o, por el contrario, pone de manifiesto las limitaciones de un software para traducir ideas.

- Había frecuentes malentendidos - Contratando a un intérprete

Tabla 39. Relación. Había frecuentes malentendidos - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Había frecuentes malentendidos	Contratando a un intérprete					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	63	3	2	2	5	75
Con cierta frecuencia	78	9	3	3	2	95
Con bastante frecuencia	50	6	8			64
Con mucha frecuencia	15	1	1	3		20
(En blanco)	2				33	35
Total general	208	19	14	8	40	289

En esta tabla de contingencia podemos claramente apreciar que pocas veces se contrata a un intérprete para intervenir durante el acto comunicativo y ayudar tanto al personal sanitario como al paciente extranjero.

En resumidas cuentas, podemos afirmar que para el tercer problema de comunicación (había frecuentes malentendidos) el personal sanitario recurre con mayor frecuencia a los gestos, a otro compañero que conozca el idioma del paciente, a personas externas como familiares de los pacientes y, en alguna ocasión, también hace uso del Traductor de Google u otro traductor automático.

En las siguientes tablas nos centraremos en las soluciones por las que se opta cuando otra persona habla en lugar del paciente.

- Otra persona hablaba por ellos - Por gestos

Tabla 40. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Por gestos

Otra persona hablaba por ellos	Por gestos					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	19	30	19	9	2	79
Con cierta frecuencia	19	29	20	9	1	78
Con bastante frecuencia	9	17	20	10	4	60
Con mucha frecuencia	7	16	11	7	1	42
(En blanco)	1	2			27	30
Total general	55	94	70	35	35	289

Como se puede apreciar en esta tabla de contingencia, con cierta frecuencia el personal recurre a los gestos y al lenguaje no verbal para comunicarse con el paciente extranjero. Podemos intuir un patrón con respecto a los otros problemas de comunicación comentados con anterioridad, ya que el personal sanitario suele utilizar los gestos con cierta o bastante frecuencia para poder comunicarse con los pacientes extranjeros que no conocen el idioma local cuando otra persona hablaba por ellos.

- Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Tabla 41. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Otra persona hablaba por ellos	Recurriendo a un compañero					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	14	28	21	15	1	79
Con cierta frecuencia	7	32	26	12	1	78
Con bastante frecuencia	5	14	26	14	1	60
Con mucha frecuencia	5	9	21	7		42
(En blanco)	1	3	1		25	30
Total general	32	86	95	48	28	289

- Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente) que se pueda comunicar con el usuario

Tabla 42. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo a alguien externo

Otra persona hablaba por ellos	Recurriendo a alguien externo					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	28	23	16	10	2	79
Con cierta frecuencia	15	34	20	8	1	78
Con bastante frecuencia	8	9	24	19		60
Con mucha frecuencia	3	6	19	14		42
(En blanco)	3	2			25	30
Total general	57	74	79	51	28	289

En este caso el personal recurre con bastante frecuencia a otros compañeros que conocen el idioma del paciente cuando otra persona hablaba por ellos, y con cierta frecuencia o pocas veces recurre a alguien externo, normalmente familiares o amigos que acompañan al paciente para poder comunicarse con el personal sanitario.

- Otra persona hablaba por ellos - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Tabla 43. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Otra persona hablaba por ellos	Pidiéndole al paciente que traiga a alguien					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	48	16	12	2	1	79
Con cierta frecuencia	41	21	12	1	3	78
Con bastante frecuencia	17	14	22	6	1	60
Con mucha frecuencia	15	8	12	7		42
(En blanco)	2				28	30
Total general	123	59	58	16	33	289

Como es lógico, en caso de que haya presente otra persona que habla por los pacientes, el personal sanitario pocas veces le pide al paciente que vaya acompañado de alguien que sepa el idioma local para que haga de intérprete.

- Otra persona hablaba por ellos - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete

Sin embargo, para esta relación, no podemos establecer una conexión lógica entre el problema de comunicación y la solución que busca el personal sanitario, puesto que el paciente ya va acompañado por alguien que conoce el idioma local y habla por ellos. Por lo tanto, pocas veces el personal sanitario le pedirá al paciente extranjero, o en su caso al acompañante, que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete.

- Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Tabla 44. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Otra persona hablaba por ellos	Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	36	18	11	12	2	79
Con cierta frecuencia	43	15	11	6	3	78
Con bastante frecuencia	22	17	15	5	1	60
Con mucha frecuencia	14	11	11	6		42
(En blanco)	2	1	1		26	30
Total general	117	62	49	29	32	289

- Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN, HIPOT-CNV...)

Tabla 45. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica

Otra persona hablaba por ellos	Recurriendo a aplicaciones de traducción médica					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	65	8	3		3	79
Con cierta frecuencia	59	8	5	2	4	78
Con bastante frecuencia	44	8	4	2	2	60
Con mucha frecuencia	36	3	2	1		42
(En blanco)	2				28	30
Total general	206	27	14	5	37	289

Como apreciamos en estas dos tablas, el personal recurre con cierta y bastante frecuencia al Traductor de Google u otras aplicaciones de traducción médica cuando otra persona habla por el paciente. Sin embargo, pocas veces utilizan aplicaciones de traducción médica como TRADASSAN, Hipot-CNV o Universal Doctor Speaker (véase apartado 7.2).

- Otra persona hablaba por ellos - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Tabla 46. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Otra persona hablaba por ellos	Contratando a un intérprete (lengua hablada)					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	64	4	3	5	3	79
Con cierta frecuencia	60	8	3	1	6	78
Con bastante frecuencia	47	2	7	2	2	60
Con mucha frecuencia	36	5	1			42
(En blanco)	1				29	30
Total general	208	19	14	8	40	289

Como ocurre con los problemas de comunicación anteriores, el personal sanitario pocas veces cuenta con la ayuda de intérpretes profesionales cualificados para realizar una

interpretación y de esa manera evitar las barreras lingüísticas que están presentes en el ámbito sanitario.

Para este problema de comunicación (otra persona hablaba por ellos) el personal sanitario con poca frecuencia recurre a otros compañeros o a alguien externo para poder comunicarse con el paciente extranjero. Además, el personal utiliza con cierta frecuencia el lenguaje no verbal (gestos) para intentar comunicarse con los usuarios extranjeros.

A continuación, nos centraremos en el siguiente problema de comunicación y las soluciones más empleadas.

- Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Por gestos

Tabla 47. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Por gestos

Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban	Por gestos					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	41	62	42	14	5	164
Con cierta frecuencia	6	21	16	10		53
Con bastante frecuencia	2	7	10	8		27
Con mucha frecuencia	3	1	2	3		9
(En blanco)	3	3			30	36
Total general	55	94	70	35	35	289

Como se puede apreciar, el personal sanitario utiliza el lenguaje no verbal o los gestos para intentar comunicarse con el paciente extranjero. Sin embargo, hay que tener especial cuidado con los gestos y las diferentes culturas (véase apartado 3.3).

- Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Tabla 48. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban	Recurriendo a un compañero					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	23	52	63	25	1	164
Con cierta frecuencia	4	18	18	12	1	53
Con bastante frecuencia	2	6	11	7	1	27
Con mucha frecuencia	1	2	2	4		9
(En blanco)	2	8	1		25	36
Total general	32	86	95	48	28	289

- Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente) que se pueda comunicar con el usuario

Tabla 49. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo a alguien externo

Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban	Recurriendo a alguien externo					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	41	44	49	29	1	164
Con cierta frecuencia	6	15	18	13	1	53
Con bastante frecuencia	5	7	8	7		27
Con mucha frecuencia	2	2	3	2		9
(En blanco)	3	6	1		26	36
Total general	57	74	79	51	28	289

En el caso de estas dos tablas, partiendo de que no es habitual que el paciente se ponga nervioso, agresivo o grite, cuando esto ocurre el personal sanitario prefiere recurrir con cierta y bastante frecuencia a compañeros que sepan el idioma del paciente. Mientras que recurrir a alguien externo está mejor repartido en la tabla, 49 encuestados con bastante frecuencia recurren a alguien externo, frente a los 44 participantes que recurren con cierta frecuencia y 41 sujetos que lo hacen pocas veces.

- Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Tabla 50. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban	Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	94	31	28	10	1	164
Con cierta frecuencia	20	14	16	2	1	53
Con bastante frecuencia	4	8	12	3		27
Con mucha frecuencia	3	3	2	1		9
(En blanco)	2	3			31	36
Total general	123	59	58	16	33	289

- Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete

Tabla 51. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono

Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban	Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	111	31	14	7	1	164
Con cierta frecuencia	27	14	10	1	1	53
Con bastante frecuencia	10	8	4	5		27
Con mucha frecuencia	4	3	2			9
(En blanco)	2	3			31	36
Total general	154	59	30	13	33	289

Como podemos ver, el personal sanitario le suele pedir al paciente con mayor frecuencia que lleve a alguien consigo para que le ayude a comunicarse. Mientras que el personal

hospitalario con menos frecuencia suele pedirle al paciente extranjero que llame a alguien por teléfono para que le haga de intérprete.

- Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Tabla 52. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban	Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	83	37	25	18	1	164
Con cierta frecuencia	22	13	10	7	1	53
Con bastante frecuencia	6	7	10	4		27
Con mucha frecuencia	4	2	3			9
(En blanco)	2	3	1		30	36
Total general	117	62	49	29	32	289

- Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN, HIPOT-CNV...)

Tabla 53. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica

Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban	Recurriendo a aplicaciones de traducción médica					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	139	13	6	4	2	164
Con cierta frecuencia	42	6	3	1	1	53
Con bastante frecuencia	13	8	5		1	27
Con mucha frecuencia	9					9
(En blanco)	3				33	36
Total general	206	27	14	5	37	289

Tal y como hemos venido comentando en las tablas anteriores, el personal sanitario recurre con cierta frecuencia al Traductor de Google u otro traductor automático, mientras que pocas veces recurren a aplicaciones de traducción médica. Los resultados de la relación entre estas dos variables son en cierto sentido esperables, pues si, como hemos visto, el personal no está familiarizado con el funcionamiento de dichas aplicaciones, ante un paciente que está nervioso, agresivo o gritando, no parece lógico recurrir a una herramienta que ralentizará la comunicación en una situación de tensión emocional significativa.

- Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Tabla 54. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban	Contratando a un intérprete (lengua hablada)					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	136	10	9	4	5	164
Con cierta frecuencia	44	5	2	1	1	53
Con bastante frecuencia	18	4	3	2		27
Con mucha frecuencia	8			1		9
(En blanco)	2				34	36
Total general	208	19	14	8	40	289

En esta tabla 54 podemos ver que pocas veces el personal sanitario contrata a un intérprete para que le ayude durante el acto comunicativo.

En resumidas cuentas, para este problema de comunicación, el personal sanitario suele recurrir con mayor frecuencia a otros compañeros que conozcan el idioma del paciente o a familiares de estos que sepan hablar español. Además, de utilizar el lenguaje no verbal y los gestos.

En las siguientes tablas comentaremos las soluciones más usadas para el siguiente problema de comunicación (estaban cohibidos, no se atrevían a hablar).

- Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Por gestos

Tabla 55. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Por gestos

Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar	Por gestos					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	35	65	34	17	3	154
Con cierta frecuencia	12	18	24	13	2	69
Con bastante frecuencia	4	6	10	4		24
Con mucha frecuencia	2	2	2	1		7
(En blanco)	2	3			30	35
Total general	55	94	70	35	35	289

El personal sanitario, con cierta y bastante frecuencia utiliza los gestos para poder comunicarse con el paciente extranjero también en este tipo de situaciones.

- Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Tabla 56. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar	Recurriendo a un compañero					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	20	52	59	22	1	154
Con cierta frecuencia	9	19	23	16	2	69
Con bastante frecuencia	1	6	11	6		24
Con mucha frecuencia	1	2	1	3		7
(En blanco)	1	7	1	1	25	35
Total general	32	86	95	48	28	289

- Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente) que se pueda comunicar con el usuario

Tabla 57. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo a alguien externo

Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar	Recurriendo a alguien externo					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	36	49	43	25	1	154
Con cierta frecuencia	14	15	22	17	1	69
Con bastante frecuencia	3	4	11	6		24
Con mucha frecuencia	1	1	2	3		7
(En blanco)	3	5	1		26	35
Total general	57	74	79	51	28	289

En este caso, ambas tablas están casi igualadas en cuanto a las soluciones se refiere. El personal sanitario recurre con cierta y bastante frecuencia tanto a compañeros que conocen el idioma del paciente como a los acompañantes de estos que sepan español para que les ayuden durante el desarrollo de la conversación.

En las siguientes tablas (Tablas 58 y 59) observamos que, ante aquellos pacientes que manifiestan timidez o incapacidad para lanzarse a hablar por otros motivos, el personal pocas veces le pide al paciente que lleve consigo a la consulta a alguien que sepa el idioma local y muy pocas veces también le pide que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete.

- Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Tabla 58. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar	Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	84	31	29	9	1	154
Con cierta frecuencia	29	19	17	3	1	69
Con bastante frecuencia	6	7	8	3		24
Con mucha frecuencia	2		4	1		7
(En blanco)	2	2			31	35
Total general	123	59	58	16	33	289

- Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete

Tabla 59. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono

Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar	Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	100	30	15	8	1	154
Con cierta frecuencia	39	17	9	3	1	69
Con bastante frecuencia	10	7	5	2		24
Con mucha frecuencia	3	3	1			7
(En blanco)	2	2			31	35
Total general	154	59	30	13	33	289

- Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Tabla 60. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar	Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	80	33	24	16	1	154
Con cierta frecuencia	27	19	14	8	1	69
Con bastante frecuencia	6	7	8	3		24
Con mucha frecuencia	2	1	2	2		7
(En blanco)	2	2	1		30	35
Total general	117	62	49	29	32	289

- Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN, HIPOT-CNV...)

Tabla 61. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica

Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar	Recurriendo a aplicaciones de traducción médica					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	131	12	5	3	3	154
Con cierta frecuencia	56	7	3	1	2	69
Con bastante frecuencia	12	7	5			24
Con mucha frecuencia	4	1	1	1		7
(En blanco)	3				32	35
Total general	206	27	14	5	37	289

Tal y como ocurre en los casos anteriores, el personal sanitario recurre con más frecuencia al Traductor de Google que a las aplicaciones de traducción médica diseñadas con el fin de comunicarse con un usuario extranjero que se muestra cohibido e incapaz de hablar.

- Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Tabla 62. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar	Contratando a un intérprete					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	127	10	9	4	4	154
Con cierta frecuencia	58	5	1	2	3	69
Con bastante frecuencia	16	4	4			24
Con mucha frecuencia	5			2		7
(En blanco)	2				33	35
Total general	208	19	14	8	40	289

En esta tabla 62 podemos apreciar una vez más que la contratación de un intérprete pocas veces ocurre en los centros sanitarios incluidos en este trabajo.

Como conclusión a este problema de comunicación, el personal al igual que en los casos mencionados anteriormente prefiere recurrir a compañeros que conozcan el idioma del paciente, a los acompañantes de los usuarios extranjeros, a los gestos y lenguaje no verbal, e incluso al Traductor de Google.

Finalmente, comentaremos el último problema de comunicación (buscaban una implicación personal del funcionario) con las posibles soluciones que se llevan a cabo por parte del personal sanitario.

- Buscaban una implicación personal del funcionario - Por gestos

En la siguiente tabla 63, podemos ver que el personal sanitario utiliza los gestos con cierta frecuencia para comunicarse con el paciente extranjero que acude a los centros sanitarios de Gran Canaria cuando este intenta implicarle personalmente.

Tabla 63. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Por gestos

Buscaban una implicación personal del funcionario	Por gestos					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	31	46	28	10	3	118
Con cierta frecuencia	16	35	19	13	1	84
Con bastante frecuencia	5	8	16	11		40
Con mucha frecuencia	1	1	7	1		10
(En blanco)	2	4			31	37
Total general	55	94	70	35	35	289

- Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Tabla 64. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente

Buscaban una implicación personal del funcionario	Recurriendo a un compañero					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	12	40	48	17	1	118
Con cierta frecuencia	16	26	20	21	1	84
Con bastante frecuencia	1	9	22	7	1	40
Con mucha frecuencia	1	3	4	2		10
(En blanco)	2	8	1	1	25	37
Total general	32	86	95	48	28	289

- Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente) que se pueda comunicar con el usuario

Tabla 65. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo a alguien externo

Buscaban una implicación personal del funcionario	Recurriendo a alguien externo					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	29	35	32	22		118
Con cierta frecuencia	18	24	28	13	1	84
Con bastante frecuencia	4	7	15	14		40
Con mucha frecuencia	2	3	3	2		10
(En blanco)	4	5	1		27	37
Total general	57	74	79	51	28	289

Como muestran estas dos últimas tablas (Tablas 64 y 65), el personal sanitario recurre con bastante frecuencia a otros compañeros que conocen el idioma del paciente extranjero. Sin embargo, suelen recurrir con menor frecuencia a alguien externo, es decir, familiares del paciente que saben el idioma del paciente.

- Buscaban una implicación personal del funcionario - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Tabla 66. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude

Buscaban una implicación personal del funcionario	Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	66	24	21	7		118
Con cierta frecuencia	38	20	21	4	1	84
Con bastante frecuencia	13	10	12	5		40
Con mucha frecuencia	3	3	4			10
(En blanco)	3	2			32	37
Total general	123	59	58	16	33	289

- Buscaban una implicación personal del funcionario - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete

Tabla 67. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono

Buscaban una implicación personal del funcionario	Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	75	29	10	4		118
Con cierta frecuencia	50	16	11	6	1	84
Con bastante frecuencia	21	9	8	2		40
Con mucha frecuencia	5	3	1	1		10
(En blanco)	3	2			32	37
Total general	154	59	30	13	33	289

En las dos tablas anteriores (Tablas 66 y 67), podemos ver que pocas veces el personal sanitario le pide al paciente que traiga a alguien consigo para que le ayude a comunicarse, y pocas veces también le pide al paciente que llame a alguien por teléfono para que le ayude durante el desarrollo de la conversación entre este y el personal hospitalario.

Las dos siguientes tablas (Tablas 68 y 69) demuestran que, para las dos soluciones, recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático y recurriendo a aplicaciones de traducción médica, el personal sanitario utiliza con mayor frecuencia el Traductor de Google que las aplicaciones de traducción médica, como ya hemos comentado en los problemas anteriormente mencionados. Por otro lado, el hecho de recurrir a un dispositivo podría servir para generar cierto desapego con un paciente que busca implicación personal por parte del personal sanitario.

- Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Tabla 68. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático

Buscaban una implicación personal del funcionario	Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	63	29	17	9		118
Con cierta frecuencia	33	23	16	11	1	84
Con bastante frecuencia	12	6	14	8		40
Con mucha frecuencia	6	2	1	1		10
(En blanco)	3	2	1		31	37
Total general	117	62	49	29	32	289

- Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN, HIPOT-CNV...)

Tabla 69. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica

Buscaban una implicación personal del funcionario	Recurriendo a aplicaciones de traducción médica					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	105	9	1	1	2	118
Con cierta frecuencia	63	13	5	2	1	84
Con bastante frecuencia	26	4	8	1	1	40
Con mucha frecuencia	8	1		1		10
(En blanco)	4				33	37
Total general	206	27	14	5	37	289

- Buscaban una implicación personal del funcionario - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Tabla 70. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Contratando a un intérprete (lengua hablada)

Buscaban una implicación personal del funcionario	Contratando a un intérprete (lengua hablada)					Total general
	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	(En blanco)	
Pocas veces	98	8	5	4	3	118
Con cierta frecuencia	68	5	6	2	3	84
Con bastante frecuencia	32	5	2	1		40
Con mucha frecuencia	7	1	1	1		10
(En blanco)	3				34	37
Total general	208	19	14	8	40	289

Tal y como ocurre en los casos anteriores, pocas veces se contrata a un intérprete para que ayude al personal sanitario y al paciente extranjero a comunicarse y evitar cualquier extrapolación en la relación de carácter profesional existente entre el paciente y el personal sanitario.

Para este problema de comunicación, y como se ha ido viendo en los anteriores, el personal sanitario prefiere recurrir a otros compañeros que conocen el idioma del paciente, recurrir a los acompañantes de estos pacientes extranjeros que sepan y entiendan español. Además, el lenguaje no verbal y los gestos también contribuyen a mejorar algo la comunicación con el paciente, y en algunos casos el Traductor de Google u otro traductor automático también les ayuda a salir del paso y poder comunicarse con el usuario extranjero.

Para concluir este apartado, cabe destacar que existe un problema real de comunicación en el ámbito sanitario de la isla de Gran Canaria. Muchos de los participantes aseguran que experimentan problemas de comunicación en sus puestos de trabajo. Del mismo modo, es el propio personal el que debe buscar soluciones para poder comunicarse con el paciente extranjero. Tras relacionar algunos de los problemas de comunicación con las soluciones, vimos que existe un patrón y las soluciones preferidas por parte del personal sanitario para comunicarse con el paciente extranjero son la utilización de gestos (lenguaje no verbal), recurrir a otros compañeros que sepan el idioma del paciente, y recurrir a alguien externo (familiares del paciente) que sepan hablar español. Igualmente,

a veces también acuden al Traductor de Google, y en menor medida piden al paciente que lleve a alguien consigo al centro sanitario para que le haga de intérprete. En consecuencia, al existir una barrera lingüística, el personal sanitario muchas veces se siente nervioso, frustrado e impotente cuando llega la hora de atender a un usuario extranjero que no conoce el idioma local.

8.2.4.3. Traductores e intérpretes

En este último bloque, explicaremos los datos de las preguntas restantes del cuestionario que están relacionadas con la opinión por parte del personal sanitario sobre los traductores e intérpretes, y si les ayudaría contar con un servicio de atención lingüística en su puesto de trabajo (ya sea presencial o telefónico). Por último, les preguntamos qué cualidades debería tener un traductor e intérprete sanitario.

Para la pregunta 16 («¿le ayudaría contar con la ayuda de un intérprete en su servicio?») 260 (89,97%) de los 289 sujetos encuestados respondieron afirmativamente que les ayudaría contar con la ayuda de un intérprete en su servicio para poder comunicarse con el usuario extranjero. A 12 de los encuestados (4,15%) no les ayudaría contar con la ayuda de un intérprete, mientras que 17 (5,88%) no saben si la presencia de un intérprete les ayudaría en su trabajo.

La pregunta 17 estaba destinada a conocer qué servicio preferirían («que el intérprete esté presente», «interpretación telefónica» o «no lo sé»), pero tuvimos algunos problemas para analizar las respuestas. En primer lugar, de los 29 sujetos que en la pregunta anterior habían respondido «no» (12 sujetos) y «no lo sé» (17 sujetos), un total de 19 participantes respondieron a esta pregunta, aun habiendo indicado que solo se respondía en caso de que la respuesta a la pregunta 16 fuera afirmativa. Además, de los 260 encuestados que respondieron a la pregunta 16 afirmativamente, en esta nueva pregunta, cuatro encuestados (1,54%) respondieron que prefieren tanto la interpretación telefónica como que el intérprete esté presente y un sujeto (0,38%) marcó las tres opciones que se le daban. Debido a estos errores, decidimos no incluir las respuestas con más de una opción y las respuestas de aquellos participantes que respondieron a la pregunta 16 «no» y «no lo sé», ya que no las consideramos aptas para el estudio. Tras este cribado, obtuvimos que 197 participantes (75,77%) prefieren que el intérprete esté presente en la comunicación, y 41

sujetos (15,77%) prefieren la interpretación telefónica, mientras que los 17 encuestados (6,54%) restantes no están seguros del servicio de interpretación que preferirían.

En cuanto a la pregunta 18 de nuestro cuestionario (indique qué cualificación considera que debe poseer el traductor para poder ofrecer un servicio adecuado) los encuestados podían marcar más de una opción entre la lista que se proporcionaba, por lo que el total de respuestas en este caso es de 546. Por lo tanto, 202 sujetos (43,06%) consideran que el traductor e intérprete debe contar con un grado o licenciatura en traducción e interpretación, mientras que 57 de los encuestados (19,72%) opinan que el traductor o intérprete debe tener un grado o licenciatura en lenguas (filología o lenguas modernas). 115 participantes (39,79%) aseguran que es suficiente con tener un conocimiento acreditado de las lenguas de trabajo. Tan solo 52 sujetos (17,99%) consideran que el intérprete debe tener un máster o postgrado universitario en traducción e interpretación, y 57 de los encuestados (19,72%) opinan que debe ser un máster o postgrado universitario en traducción e interpretación médica.

Finalmente, hemos obtenido 25 comentarios adicionales, en los que la mayoría coincide en que es necesaria la figura del traductor e intérprete dentro del hospital para brindar unos servicios de calidad a los pacientes extranjeros que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Además, al personal sanitario le llama la atención cómo en un lugar tan turístico como las Islas Canarias, los hospitales no cuentan con la ayuda que les podría brindar un servicio de interpretación.

Para concluir, cabe mencionar que a gran parte del personal sanitario encuestado le ayudaría contar con un servicio de interpretación dentro de los hospitales para poder comunicarse con el paciente extranjero. No obstante, al preguntarle con qué cualificación creen que debería contar el intérprete, algunos nos respondieron que con tener cierto conocimiento de las lenguas de trabajo era suficiente y lo importante es que el mensaje se transmita de manera correcta y, por lo tanto, no es necesario contar con estudios universitarios.

8.3. Discusión de los resultados

A continuación, describiremos los resultados obtenidos en el estudio principal. En primer lugar, como ya hemos comentado, entrevistamos a 289 participantes pertenecientes tanto al Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil como al Hospital

Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. El grupo que mayoritariamente contestó a la encuesta fue el de enfermeros, seguido de auxiliares de enfermería y de médicos. Podemos intuir que el personal de enfermería es el que, en muchas áreas, atiende en primer lugar al paciente y el que más preocupado está por la situación.

Igualmente, resulta interesante comentar que 88 sujetos encuestados (30,45%) afirman no tener conocimientos de ningún idioma, mientras que 201 participantes (69,55%) aseguran conocer al menos otro idioma. Sin embargo, no todos los encuestados tienen una acreditación oficial, y por ello es muy probable que no cumpla con el nivel suficiente para poder comunicarse adecuadamente con un paciente extranjero.

Otro aspecto que hay que destacar es que de los 263 sujetos (91,00%) que aseguran tener problemas de comunicación, muchos intentan solventarlos mediante soluciones inmediatas que ellos mismo elaboran y así poder comunicarse con el paciente extranjero debido a la ausencia de un servicio de interpretación en el servicio sanitario público de la isla de Gran Canaria. Algunos de los participantes recurren a los gestos para comunicarse con el paciente, o llaman a un compañero que sepa el idioma del usuario extranjero para poder comunicarse con este, e incluso algunos recurren a alguien externo (normalmente a familiares de los pacientes). El recurrir a otros compañeros o a familiares de los pacientes hace que los principios éticos no se cumplan, tal y como vimos en el apartado 3.4. Acudir a familiares o a compañeros del hospital que sepan el idioma es un riesgo, puesto que estos no tienen una formación previa en traducción e interpretación, no conocen los procedimientos que hay que seguir para poder hacer una interpretación de calidad, e incluso, cuando se trata de familiares, estos pueden modificar información al paciente para que no sufra.

Con respecto a los resultados obtenidos en el estudio piloto y en el estudio definitivo, las respuestas sobre la comunicación con el paciente extranjero y cómo se soluciona el problema comunicativo son similares. Algunas de las soluciones empleadas por el personal sanitario se repiten en ambos estudios, por ejemplo, en el estudio piloto, el 92% de los encuestados recurre al lenguaje no verbal mientras que, en el estudio principal, el 78,35% lo hace con cierta, bastante o mucha frecuencia. Del mismo modo, el 95% de los sujetos de nuestro primer estudio recurre a compañeros que conozcan el idioma del paciente extranjero, mientras que, en nuestro estudio más reciente, un 87,74% de los participantes llama a un compañero con conocimientos en otra lengua para que les ayude.

Ambos estudios también demostraron que los profesionales de este ámbito no conocen si existe un protocolo de actuación que les guíe con el fin de saber cómo proceder ante la llegada de un paciente extranjero al centro sanitario y poder comunicarse entre ellos.

Otro aspecto estudiado es el uso de aplicaciones de traducción automática. Es interesante ver que 49 (19,07%) y 29 de los sujetos encuestados (11,28%) recurren «con bastante» o «mucho frecuencia» respectivamente a aplicaciones como el Traductor de Google o aplicaciones similares. Puede que estos métodos sirvan de primera ayuda para saber qué dolencia tiene el paciente recién llegado a un centro sanitario. A pesar de ello, utilizar esta aplicación durante todo el acto comunicativo no sería conveniente debido a los fallos que puede cometer esta herramienta de traducción automática. A pesar de que existen aplicaciones de traducción médica diseñadas específicamente para ayudar tanto al personal hospitalario como al paciente extranjero a comunicarse (véase apartado 7.2), 206 sujetos (81,75%) utilizan pocas veces o nunca las aplicaciones de traducción médica que han sido diseñadas para facilitar la comunicación entre el personal sanitario y el usuario extranjero. El desconocimiento de estas aplicaciones puede deberse a varios factores, como la poca visibilidad que se le ha dado a estas herramientas y el desconocimiento de su utilización y funcionamiento. Dar a conocer estas aplicaciones sería un paso importante para empezar a implementar algún recurso de asistencia lingüística en el ámbito sanitario de Gran Canaria. También sería idóneo hacer talleres o charlas explicándole al personal sanitario el funcionamiento de estas aplicaciones y poder instalarlas en los dispositivos electrónicos (ordenadores o tabletas) del centro sanitario.

Introducir el uso de las aplicaciones de traducción médica sería el primer paso hacia el reconocimiento de la necesidad real de contar con un servicio de asistencia lingüística, ya que una gran mayoría de participantes (260, que representan el 89,97%) manifestaron que les ayudaría contar con un servicio de interpretación en su lugar de trabajo. Solo 12 sujetos (4,15%) comentaron que no es necesario dicho servicio. Este 4,15% que no cree que un servicio de interpretación le ayudaría puede deberse a que estos sujetos conocen otro idioma y no tienen problemas de comunicación con los pacientes extranjeros, o simplemente no atienden a pacientes extranjeros con tanta frecuencia como para necesitar un servicio de interpretación fijo. Estas especificidades de cada servicio hacen que quizás no sea necesario contar con un servicio de interpretación que permanezca las 24 horas del día en el centro sanitario. Existen también otros servicios de interpretación, como la

interpretación telefónica o la teleinterpretación, que se han ido implantando en otros centros de España (véase apartado 6).

En resumen, puesto que 156 (53,98%) y 113 sujetos (39,10%) afirman que no existe o no saben si existe un protocolo de actuación para poder guiar al personal sanitario ante pacientes que no entiendan o hablen el español, ni cómo actuar o qué pasos seguir cuando acude un paciente extranjero a un centro sanitario, consideramos necesaria la creación de un protocolo de actuación que incluya a su vez un servicio de asistencia lingüística. Por eso, en el próximo capítulo diseñaremos un protocolo de actuación justificado y viable, para brindar así un servicio de calidad, no solo al paciente local sino también al paciente extranjero que se encuentra en una situación de vulnerabilidad ante el desconocimiento del idioma y de la cultura.

9. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Tras haber descrito en el apartado anterior los resultados del estudio definitivo, creemos necesario el diseño de un protocolo de actuación que sirva de guía para que el personal sanitario sepa actuar ante la llegada de un paciente extranjero a un centro sanitario.

Antes de comenzar con el diseño de nuestra propuesta de protocolo de actuación, explicaremos qué es y en qué consiste, al igual que la estructura que debe tener todo protocolo de actuación para que funcione adecuadamente. En primer lugar, un protocolo de actuación es aquel que sirve de guía y que contiene una serie de recomendaciones explícitas cuyo objetivo principal es definir una serie de indicaciones para ayudar al profesional del ámbito en cuestión a decidir sobre las posibles alternativas para afrontar un problema concreto, en este caso, cómo comunicarse con el paciente extranjero.

Los protocolos de actuación deben ser documentos claros, sencillos y concisos, con el fin de que los profesionales sepan con claridad cómo actuar ante determinados problemas. Es por eso por lo que este tipo de documentos debe estar bien estructurado. Las partes de este protocolo se centran en definir el estado de la cuestión y justificar por qué es necesaria la creación de dicho documento. Del mismo modo, expondremos los objetivos, es decir, qué queremos conseguir con este protocolo de actuación, el ámbito de aplicación y hacia qué profesionales va dirigido, y finalmente desarrollaremos el protocolo en detalle.

9.1. Diseño del protocolo de actuación

En este apartado, nos centraremos en diseñar el protocolo de actuación, así como su estructura, dividida en los siguientes apartados con el fin de que nuestro documento sea claro y directo al lector. Nuestra propuesta tendrá los siguientes apartados:

- **Introducción:** puesta al día, justificación de los motivos que hacen necesaria la elaboración de dicho protocolo de actuación, y definición de las acciones que se van a llevar a cabo.
- **Objetivos,** es decir, qué queremos conseguir con este protocolo de actuación.
- **El ámbito de aplicación** y a profesionales a los que va dirigido.
- **Procedimiento** que se tendrá que seguir en este protocolo de actuación.

Estos apartados, que formarán parte del documento final que recibirán sus destinatarios, ayudarán a todo el personal sanitario a conocer por qué se necesita dicho documento y cómo proceder en caso de necesitar comunicarse con un paciente extranjero.

9.1.1. Introducción

En primer lugar, tras analizar los resultados de este estudio (véase capítulo 8), hemos llegado a la conclusión de que existe un problema real de comunicación en el ámbito sanitario entre los profesionales de la sanidad y los usuarios extranjeros que hacen uso de las instalaciones sanitarias de la isla de Gran Canaria. Es por eso por lo que la elaboración de un protocolo de actuación ayudaría de manera directa al personal sanitario, ya que le facilitaría su trabajo al saber cómo proceder ante la llegada de un paciente extranjero a un centro sanitario para que la comunicación pueda llevarse a cabo. Debido a que el 91% de encuestados (263 sujetos) afirma tener problemas de comunicación con el paciente que no tiene conocimientos de la lengua local, la elaboración del protocolo de actuación sería beneficioso no solo para el personal sanitario sino también para el paciente, puesto que este último se encuentra en desventaja. El no poder comunicarse empeora la situación que es ya de por sí incómoda y frustrante al no entenderse ambas partes.

9.1.2. Objetivos

El objetivo principal de este protocolo de actuación, como ya hemos venido diciendo en los apartados anteriores (véase apartado 8.2.1.), es proporcionarle al personal sanitario una guía sobre cómo debe actuar en caso de que llegue a un centro sanitario un paciente extranjero que no conozca el idioma local y no puedan comunicarse entre ellos. Como consecuencia, el objetivo final será la mejora de la comunicación entre pacientes y personal sanitario. Ello redundará también en mejores diagnósticos y seguimiento de pautas más precisas.

9.1.3. Ámbito de aplicación y profesionales a los que va dirigido

El área de aplicación de este protocolo es el ámbito sanitario de la isla de Gran Canaria. En este caso nos centraremos en elaborar un protocolo para los hospitales públicos de la isla, el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, lugares objeto de estudio en el que el 91%

de los encuestados nos aseguran que tienen problemas de comunicación cuando tienen que atender a un paciente extranjero que no conoce el idioma local.

Un documento de estas características debe estar disponible para todo aquel que entre en contacto con un paciente extranjero que no conozca el idioma local. Por esa razón, este documento estará al alcance de todo el personal que lo necesite para saber cómo debe proceder para comunicarse con un paciente extranjero. El personal sanitario puede recurrir en todo momento a este documento, el cual, estaría publicado en la plataforma informática, Intranet, al que tiene acceso todo el personal que trabaja en el SCS y, por lo tanto, la idea es que sea de carácter oficial y proponerlo a la Gerencia de los centros hospitalarios.

9.1.4. Propuestas de protocolo de actuación

Debido a que actualmente existen barreras lingüísticas en los hospitales públicos de Gran Canaria, muchos de nuestros encuestados (véase apartado 8.2.4.2.) manifiestan que se sienten inseguros, nerviosos e impotentes al no poder comunicarse con el paciente extranjero. Por lo tanto, surgen las siguientes preguntas; ¿cómo debo actuar ante la llegada de un paciente extranjero en mi centro de trabajo?, y ¿qué soluciones son las más adecuadas para comunicarme con ese paciente que no habla mi idioma?

En la actualidad, en algunas partes del territorio español como es el caso de Castilla-La Mancha, el personal sanitario de la Consejería de Salud, independientemente de si el paciente que se acerca a uno de sus centros sanitarios habla o no español, debe solicitarle que cumplimente un documento de información del paciente, también llamado entrevista clínica.

A continuación, podemos ver dicho documento, donde queda constancia de los datos personales del paciente extranjero y el motivo de su visita al hospital:

Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / Clinic interview sheet for foreigners with language problems (Inglés)

NOMBRE / NAME _____
 PAÍS DE ORIGEN / COUNTRY OF ORIGIN _____
 EDAD: _____ Años / AGE _____ YEARS
 FECHA / DATE _____

ANTECEDENTES / BACKGROUND

1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?
1 For how long have you been living in Spain?
 1.1 Menos de 6 meses
1.1 For less than 6 months
 1.2 Menos de 1 año
1.2 For less than 1 year
 1.3 Más de 1 año
1.3 For more than 1 year
 1.4 Más de 3 años
1.4 For more than 3 years

2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?
2 When were you in your country for the last time?
 2.1 Menos de 6 meses
2.1 Less than 6 months ago
 2.2 Menos de 1 año
2.2 Less than 1 year ago
 2.3 Más de 1 año
2.3 More than 1 year ago
 2.4 Más de 3 años
2.4 More than three years ago

3 ¿En qué trabaja?
3 Where do you work?
 3.1 Agricultura
3.1 Agriculture
 3.2 Invernadero
3.2 Greenhouse
 3.3 Construcción
3.3 Construction
 3.4 Otro
3.4 Other

4 ¿Con quien vive?
4 Who do you live with?
 4.1 Solo
4.1 Alone by yourself
 4.2 Con familia
4.2 With your family
 4.3 Con compañeros.
4.3 With mates

5 ¿Es usted diabético? SI NO
5 Are you diabetic? YES NO

6 ¿Es usted hipertenso? SI NO
6 Do you suffer from high blood pressure? YES NO

7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones? SI NO
7 Do you have or have had problems with your lungs? YES NO

8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón? SI NO
8 Do you have or have had heart diseases? YES NO

9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón? SI NO
9 Do you have or have had kidney problems? YES NO

10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estómago? SI NO
10 Do you have or have had stomach problems? YES NO

11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad? SI NO ¿Cuál?
11 Have you previously received a diagnosis of any other illness? YES NO Which one?

12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO
12 Are you allergic to any medicine or food? YES NO

13 ¿A cuáles?
13 Which one?

14 ¿Esta tomando ahora algún medicamento? SI NO
14 Are you currently taking any medicine? YES NO

15 ¿Cuáles?
15 Which one?



Castilla-La Mancha

Ilustración 4. Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma (Castilla-La Mancha)

A pesar de que este tipo de documento ya existe en lugares como Castilla-La Mancha, dicha entrevista clínica no tiene un apartado para especificar si el paciente necesita la ayuda de un intérprete para poder comunicarse con el personal sanitario. Es por eso por lo que nosotros proponemos crear para el SCS una entrevista clínica que esté disponible en varios idiomas e incluir un apartado de asistencia lingüística, para aquellos pacientes extranjeros que no saben español. En el caso de que necesite la ayuda de un intérprete, el usuario extranjero deberá también especificar la lengua y si quiere un intérprete o una intérprete, puesto que las personas de algunas culturas se sienten más cómodas hablando

con un hombre o con una mujer (véase apartado 3.3). Una vez el paciente entregue la entrevista clínica, las personas encargadas de clasificar dichos documentos deberán tener en cuenta si este necesita ayuda lingüística. En caso afirmativo, el hospital, por un lado, dispondrá de una lista de intérpretes y sus lenguas de trabajo a los que podrá llamar para que realicen interpretación telefónica, y, por otro lado, también habrá intérpretes en plantilla que estarán localizables en el hospital. Esta iniciativa ya se lleva a cabo en países como Nueva Zelanda, donde el paciente es el que solicita la ayuda lingüística mediante las entrevistas clínicas para que el hospital pueda proporcionarle a un intérprete profesional.

A continuación, describiremos varias propuestas de servicio de interpretación para el ámbito sanitario.

9.1.4.1. Propuesta I

En primer lugar, proponemos un servicio de interpretación telefónica y un servicio de interpretación presencial con turnos fijos en los hospitales públicos de Gran Canaria.

Esta primera propuesta se basa en un servicio de interpretación telefónica que dependerá de una empresa privada, como ocurre en otras Comunidades Autónomas de España (véase capítulo 6), donde empresas como Dualia⁵ o Interpret Solutions⁶ ofrecen servicios de interpretación telefónica. En la actualidad, Dualia tiene convenios con diferentes gobiernos autonómicos, como el Gobierno de Aragón o el Servicio Extremeño de Salud. En esta propuesta también diseñamos un servicio de interpretación presencial con intérpretes en plantilla, que estén disponibles en ambos complejos hospitalarios de la isla. Los turnos, como explicaremos a continuación, serán turnos de mañana y de tarde de 7 horas.

Por lo tanto, por una parte, el servicio de interpretación telefónica está pensado para aquellos idiomas que no son frecuentes en el hospital y por lo tanto resultaría innecesario disponer de intérpretes de estas lenguas en plantilla. El hospital deberá contar con las medidas técnicas para que la interpretación telefónica pueda llevarse a cabo, es decir, contar con teléfonos con dos auriculares. Cuando nos referimos a teléfonos con dos

⁵ Enlace a la página web de Dualia: <http://www.dualia.es>

⁶ Enlace a la página web de Interpret Solutions: <https://www.interpretsolutions.com>

auriculares, nos referimos a que el personal sanitario y el paciente extranjero tendrán a su disposición un teléfono con dos auriculares para escuchar ambos a la vez al intérprete, que se encontrará ausente al otro lado de la conversación telefónica. Puede que en ocasiones sea necesario el uso de medios técnicos para hacer videoconferencia porque así lo requiere el personal sanitario, quizás para una prueba específica donde sea imprescindible el elemento visual. Dualia, como comentamos anteriormente, en la actualidad brinda sus servicios de interpretación telefónica en algunas comunidades autónomas de España. En 2014 proporcionó al Servicio Extremeño de Salud (SES) treinta equipos telefónicos con dos auriculares, uno para el sanitario y otro para el paciente. Los equipos telefónicos están distribuidos en los servicios de Urgencias en los hospitales de la región de Extremadura, las Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME) y los dos helicópteros de urgencias. Este servicio también está disponible desde todas las consultas de Atención Primaria y de Atención Especializada. Por lo tanto, la empresa es la que proporciona todo el material necesario y equipa los centros sanitarios para que se pueda realizar la interpretación telefónica o de videoconferencia.

Por otra parte, el servicio de interpretación en plantilla contará con los siguientes idiomas: inglés, francés, alemán y árabe. Hemos elegido estos idiomas basándonos en los datos de inmigración y turismo, por lo que son orientativos. Tendríamos que hacer otro estudio para saber con más certeza la nacionalidad de los pacientes extranjeros que acuden a los hospitales públicos de Gran Canaria y analizar cómo se comunican con el personal sanitario, si les ayudaría contar con un servicio de interpretación, y cómo se sienten ante la barrera lingüística.

Sin embargo, a pesar de contar con intérpretes en plantilla, puede surgir el caso de que no se encuentren disponibles de manera inmediata porque se encuentran realizando una interpretación. También con el servicio de interpretación telefónica existe la posibilidad de que no se localice de manera inmediata al intérprete. Por eso, si estos no están disponibles, existen otras soluciones que se podrían emplear para que un acercamiento comunicativo básico en este ámbito pueda llevarse a cabo. Las aplicaciones de traducción médica, diseñadas con el fin de facilitar la comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero (véase apartado 7.2.), si se utilizan de la manera correcta, pueden ser de gran ayuda como primer contacto con el paciente. No obstante, se deberían realizar cursos o talleres para explicar al personal sanitario cómo funcionan las aplicaciones de traducción médica, ya que como hemos visto en el apartado 8.2.4.2., el personal sanitario

pocas veces utiliza las aplicaciones de traducción médica para comunicarse con el paciente extranjero. Podemos intuir que esto se debe al desconocimiento de la existencia de esta herramienta o a que el personal no las utiliza porque no sabe cómo hacerlo, aún sabiendo que existen.

Respecto a la disponibilidad de los intérpretes, por un lado, por vía telefónica prestarán servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Por otro lado, los turnos de los intérpretes en plantilla se dividirán en dos, uno de mañana y otro de tarde, cada uno de 7 horas. En ambos turnos habrá 3 intérpretes que cubran los idiomas del servicio (inglés, francés, alemán y árabe). Por lo tanto, el turno de intérpretes se distribuirá de la siguiente manera:

- Turno de mañana de 8:00 a 15:00 horas.
- Turno de tarde de 15:00 a 22:00 horas.
- Turno de noche, fines de semana y festivos dependerán del servicio de interpretación telefónica.

Para poder explicar estas jornadas laborales establecemos un plan de trabajo de mañana y tarde. En el turno de mañana los intérpretes en plantilla deberán estar disponibles para cualquier área del hospital en el que se requiera de sus servicios. Cuando el intérprete esté libre, es decir, no esté realizando ninguna interpretación, estos contarán con un despacho en las instalaciones del hospital en el que podrán realizar traducciones de documentos sanitarios, así como ayudar en los procesos administrativos de aquellos profesionales que necesiten también la ayuda de un traductor e intérprete. En el turno de tarde de 15:00 a 20:00 horas el intérprete estará disponible tanto para el área de urgencias como de consultas externas, y al igual que durante el turno de mañana, estos podrán seguir realizando otras actividades cuando no estén haciendo ninguna interpretación. En el último tramo de los turnos de tarde de 20:00 a 22:00 horas, cuando ya no se atienden consultas externas, el intérprete se encargará de cubrir solamente el servicio de urgencias, y ponerse al día con otras tareas, como traducción de documentos sanitarios (consentimientos informados, informes de alta, etc.).

- Turno de mañana: un intérprete inglés-francés, un intérprete inglés-alemán y un intérprete árabe-francés o árabe-inglés.

- Turno de tarde: un intérprete inglés-francés, un intérprete inglés-alemán y un intérprete árabe-inglés o árabe-francés.
- Turno de noche, fines de semana y festivos: interpretación telefónica disponible todos los idiomas según la demanda.

A continuación, presentamos un modelo de tabla donde se reflejan los turnos, con sus respectivos intérpretes.

Tabla 71. Propuesta de horarios para los intérpretes en plantilla

Horarios de los intérpretes en plantilla		
	L,M,X,J,V	Sábado, domingo, festivos
Mañana (8:00 – 15:00)	1 intérprete. Inglés-Francés (A)	Servicio de interpretación telefónica. Disponible todos los idiomas.
	1 intérpretes. Inglés-Alemán (B)	
	1 intérprete. Árabe-Francés o Inglés (C)	
Tarde (15:00 – 22:00)	1 intérprete. Inglés-Francés (D)	
	1 intérprete. Inglés-Alemán (E)	
	1 intérprete. Árabe- Francés o Inglés (F)	
Noche (22:00 – 8:00)	Servicio de interpretación telefónica. Disponibles todos los idiomas.	

Estos turnos están pensados para que las necesidades del hospital siempre estén cubiertas, es decir, que todas las áreas del hospital que requieran de un intérprete para comunicarse con el paciente extranjero puedan contar con un intérprete y la comunicación pueda llevarse a cabo. En caso de que coincidieran dos servicios, el tiempo de espera sería relativamente corto y, si fuera necesario, se podría recurrir al servicio de interpretación

telefónica, disponible durante 24 horas. Con la interpretación telefónica pretendemos que se cubra un mayor número de idiomas, y permitir que el servicio llegue con facilidad a aquellas personas que lo necesiten. Del mismo modo, los intérpretes en plantilla, siempre y cuando tenga uno de los idiomas demandados, tendrán prioridad a la hora de realizar las interpretaciones ya programadas en consultas externas o pasar planta con los sanitarios en caso de que se necesite la ayuda de un intérprete.

9.1.4.2. Propuesta II

La segunda propuesta para la creación de un servicio de asistencia lingüística en los hospitales públicos de la isla de Gran Canaria se basa en el modelo que se lleva a cabo en Nueva Zelanda (véase apartado 4.4). En este país, los servicios de interpretación sanitaria están bien coordinados y el personal sanitario agradece su existencia porque le ayudan a comunicarse con el paciente extranjero y le permiten realizar su trabajo sin ningún tipo de problemas.

En Auckland existe, por un lado, un servicio de interpretación telefónica que corre a cargo de empresas privadas que colaboran con el sistema de salud para proporcionarle intérpretes siempre que estos lo necesiten. Estos intérpretes son autónomos y están inscritos en una base de datos. Cada vez que el hospital necesita a un intérprete sanitario, recurre a esa base de datos y llaman a los intérpretes siguiendo el orden de la lista.

Por otro lado, existe un servicio de interpretación presencial que, al igual que la interpretación telefónica, corre a cargo de empresas privadas. Estos intérpretes también son autónomos y están inscritos en una base de datos. Cuando el hospital notifica que necesita a un intérprete, recurre a la base de datos y le llegará una notificación al intérprete, mediante una aplicación móvil, para que este acepte o rechace el trabajo. Al aceptar el trabajo de interpretación, se le facilitan al intérprete los datos del paciente, el motivo, la hora, fecha y lugar de dicha consulta. Cuando el intérprete recibe toda la información, este debe llamar al paciente para confirmar que asistirá a la cita médica. Al finalizar la interpretación, el intérprete debe proporcionar al personal sanitario un documento, mediante la aplicación móvil, para que este lo firme y quede constancia de que se realizó la interpretación y poder cobrar por los servicios lingüísticos.

Del mismo modo, también existe un servicio de interpretación en plantilla, con un determinado número de intérpretes que están disponibles a tiempo completo, y que varía

en función de la demanda de los idiomas del hospital. Dichos intérpretes se encargan de cubrir las necesidades más urgentes e inmediatas dentro del hospital. Además, cuentan con una oficina de trabajo dentro de las instalaciones del hospital y se les llama cada vez que necesitan a un intérprete para comunicarse con un paciente extranjero. Los intérpretes en plantilla no solo cubren las urgencias sino también acompañan a los médicos a las visitas de planta, informan a los familiares de estos pacientes, y asisten a consultas ya programadas si así se requiere. Es por eso por lo que el servicio de interpretación trabaja de manera conjunta con el servicio de citas médicas para, por ejemplo, citar a varias personas de la misma lengua el mismo día y que solo un intérprete sea el que se encargue de cubrir esas citas. En otras palabras, el servicio de interpretación es quien informa al servicio de citas médicas de que hay, por ejemplo, cuatro pacientes hablantes de árabe que tienen que ser citados y sugiere citarlos el mismo día a distintas horas, para que así sea el mismo intérprete el que se encargue de esas citas médicas y estén los otros intérpretes disponibles. Además, estos intérpretes también reciben formación específica del ámbito de la interpretación sanitaria.

El uso de los diferentes tipos de interpretación, es decir, interpretación telefónica, interpretación presencial o intérpretes en plantilla varía según el centro. En Auckland, existen diferentes centros sanitarios. Algunos centros sanitarios solo realizan consultas externas, y ahí solo contratan a intérpretes telefónicos o presenciales autónomos que se desplazan para una determinada consulta. Mientras que otros centros cubren no solo consultas externas, sino también, hospitalización y urgencias. Estos son los centros que cuentan principalmente con intérpretes en plantilla en función de las necesidades lingüísticas del hospital. En Middlemore Hospital, por ejemplo, recurren en un 98% a los intérpretes en plantilla y en un 2%, a la interpretación telefónica. Las veces que se suele recurrir a la interpretación telefónica es cuando no se puede localizar un idioma y tienen que hacer uso de este tipo de interpretación para poder encontrar con más facilidad a ese determinado intérprete para que se pueda llevar a cabo la comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero.

En nuestro caso, en los hospitales públicos de Gran Canaria, se podrían extrapolar ciertas medidas que ya se llevan a cabo en Auckland. Por eso nuestra segunda propuesta se basa en la interpretación telefónica y en la interpretación presencial, ambas gestionadas por empresas privadas.

9.1.4.3. Propuesta III

La tercera propuesta se basa en el modelo que se lleva a cabo en el ámbito judicial para la contratación de intérpretes en la provincia de Las Palmas de Gran Canaria. El servicio de interpretación judicial se creó en 1999 para prestar sus servicios inicialmente en Gran Canaria. Más tarde, en el año 2008, se extendió a Lanzarote y Fuerteventura. Es un modelo que parte de la existencia de un solo traductor-intérprete en plantilla que se encarga de coordinar a los demás intérpretes que acceden mediante listas. El requisito principal para acceder al puesto de trabajo de intérprete judicial es tener el título de Traducción e Interpretación, contar con el nombramiento de intérprete jurado o de un máster de interpretación. Además, también se valora de manera positiva la formación universitaria relacionada con los idiomas y «así se va descendiendo en la escala hasta llegar al requisito mínimo para poder formar parte de la lista que es el de tener una óptima competencia lingüística en las dos lenguas de trabajo» (Fernández Peñaranda, 2014:33). Igualmente, el coordinador no solo se encarga de la gestión del servicio de interpretación, sino también, de recibir los currículums, valorarlos, seleccionar y entrevistar a los intérpretes que quieren formar parte de las listas, así como asesorarlos de cara al trabajo de intérprete judicial.

Siguiendo el modelo que lleva funcionando desde 1999 en Las Palmas de Gran Canaria, proponemos un sistema parecido en el ámbito sanitario. Es decir, el servicio contará con un intérprete en plantilla que será el que se encargue de llamar a los intérpretes en función de las necesidades del centro hospitalario. Se crearán listas de intérpretes de diferentes idiomas, ordenadas por méritos, a los que se llamará por orden en la lista para que acudan al centro sanitario a realizar la interpretación. Los intérpretes que formen parte de las listas de empleo para el ámbito sanitario deben ser intérpretes autónomos y confirmar su disponibilidad previa.

No obstante, este modelo tendría que ir complementado con un servicio de interpretación telefónica o de videoconferencia, al menos para el servicio de urgencias. En una situación de emergencia es preferible que el intérprete no tenga que desplazarse y se cubra este servicio mediante interpretación telefónica o de videoconferencia debido a la inmediatez que podría ofrecer dicho servicio de interpretación. Al igual que en las propuestas anteriores, el servicio de interpretación telefónica correría a cargo de empresas privadas.

9.1.5. Tarifas de los intérpretes sanitarios

En lo referente a la retribución económica, los intérpretes percibirán diferentes cuantías en función de si están contratados en plantilla o trabajan como autónomos y acceden a los servicios de interpretación hospitalaria a través del sistema de listas o mediante una empresa privada que presta servicios al hospital.

En el caso de los autónomos que acceden a través de las listas, según las tarifas de intérpretes sanitarios en Nueva Zelanda, la media salarial es de 41NZ\$ por hora de trabajo (cf. PayScale, 2020). Por lo tanto, basándonos en dicha cifra, el salario base aproximado para los intérpretes en Gran Canaria será de 23€ la hora. Proponemos que este importe incluya el tiempo de espera y el desplazamiento al hospital si los hubiera. Asimismo, el intérprete siempre facturará al menos una hora y, transcurrido ese tiempo, medias horas completas. Por tanto, para una interpretación de 1 hora y 10 minutos, el intérprete cobrará 1 hora y media como mínimo.

Lógicamente, el salario de los intérpretes telefónicos o de aquellos intérpretes presenciales, que corren a cargo de empresas privadas, dependerá de los precios establecidos por las empresas privadas que proveen el servicio. No obstante, algunas páginas web tienen tarifas establecidas para los servicios de interpretación de enlace o bilateral. La página de traductores e intérpretes, Eurotrad⁷ fija las tarifas para la interpretación de enlace de la siguiente manera:

Tabla 72. Tarifas de interpretación Eurotrad

alemán, brasileño, catalán, español, euskera, francés, inglés, italiano, portugués, gallego						
precio por hora, 2 horas mínimo	hasta 4 horas			de 5 a 8 horas		
	comercial	técnica	jurado	comercial	técnica	jurado
de enlace	69.00 €	72.00 €	84.00 €	65.00 €	69.00 €	77.00 €

⁷ Enlace página web de traductores e intérpretes, Eurotrad: <http://www.eurotrad.org/et/cas/in04/>
[Consultado el 10 de junio de 2020]

Tabla 73. Tarifas de interpretación Eurotrad

árabe, bielorruso, búlgaro, checo, danés, eslovaco, esloveno, finés, griego, hebreo, holandés, flamenco, húngaro, latín, lituano, noruego, persa, polonés, rumano, ruso, serbo-croata, sueco, turco, ucraniano						
precio por hora, 2 horas mínimo	hasta 4 horas			de 5 a 8 horas		
	comercial	técnica	jurado	comercial	técnica	jurado
de enlace	81.00 €	87.00 €	99.00 €	77.00 €	84.00 €	94.00 €

Como se puede apreciar en ambas tablas, las tarifas varían en función de las lenguas, es decir, las lenguas más exóticas tienen un plus, mientras que las lenguas menos exóticas y digamos que más demandadas y habladas no cuentan con ese plus. Del mismo modo, el precio también varía si se trata de una interpretación más o menos especializada, como puede ser la interpretación médica, puesto que el intérprete tendrá que estar mejor preparado. Hay que tener en cuenta que cuando el servicio se contrata a través de una empresa, el intérprete no percibe el 100% del importe que se factura al cliente, en este caso al hospital.

En cuanto al salario de los intérpretes contratados por el hospital, hemos tomado como modelo el salario del personal sanitario del SCS. Cogiendo como referencia las retribuciones del personal estatutario, funcionario y laboral del Gobierno de Canarias (2020) y las retribuciones del personal funcionario establecidas en el Real Decreto-ley 2/2020, de 21 de enero de 2020, hemos establecido unos criterios de acuerdo con dichas retribuciones. Por lo tanto, según nuestro criterio, hemos asignado a los intérpretes sanitarios la misma categoría profesional que los enfermeros, que corresponde a la categoría A, subgrupo A2. A continuación, mostramos una imagen con el sueldo de las distintas categorías de los funcionarios:

RETRIBUCIONES DEL PERSONAL FUNCIONARIO, HABER REGULADOR Y CUOTAS A LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS Y DE DERECHOS PASIVOS

Real Decreto-ley 2/2020, de 21 de enero de 2020, por el que se aprueban medidas urgentes en materia de retribuciones en el ámbito del sector público (BOE 22 DE ENERO DE 2020)

	A1		A2		B		C1		C2		Agrup. Profesional E	
	SUELDO	UN TRIENIO	SUELDO	UN TRIENIO	SUELDO	UN TRIENIO	SUELDO	UN TRIENIO	SUELDO	UN TRIENIO	SUELDO	UN TRIENIO
MENSUAL	1.203,56	46,32	1.040,69	37,78	909,70	33,14	781,39	28,59	650,33	19,46	595,22	14,65
ANUAL (12 meses)	14.442,72	555,84	12.488,28	453,36	10.916,40	397,68	9.376,68	343,08	7.803,96	233,52	7.142,64	175,80
PAGA EXTRA JUNIO	742,70	28,59	759,00	27,54	786,25	28,66	675,35	24,69	644,40	19,27	595,22	14,65
PAGA EXTRA DICIEMBRE	742,70	28,59	759,00	27,54	786,25	28,66	675,35	24,69	644,40	19,27	595,22	14,65
TOTAL ANUAL	15.928,12	613,02	14.006,28	508,44	12.488,90	455,00	10.727,38	392,46	9.092,76	272,06	8.333,08	205,10

COMPLEMENTO DE DESTINO		TOTAL SUELDO Y COMPLEMENTO DE DESTINO (Sin Trienios)												
NIVEL	MES	AÑO (*)	MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES (**)	AÑO (**)
30	1.051,31	14.718,34	2.254,87	30.646,46	2.092,00	28.724,62	1.961,01	27.207,24	1.832,70	25.445,72	1.701,64	23.811,10	1.690,78	23.670,92
29	942,97	13.201,58	2.146,53	29.129,70	1.983,66	27.207,86	1.852,67	25.690,48	1.724,36	23.928,96	1.593,30	22.294,34	1.577,89	22.090,46
28	903,35	12.646,90	2.106,91	28.575,02	1.944,04	26.653,18	1.813,05	25.135,80	1.684,74	23.374,28	1.553,68	21.739,66	1.536,60	21.512,40
27	863,66	12.091,24	2.067,22	28.019,36	1.904,35	26.097,52	1.773,96	24.580,14	1.645,05	22.818,62	1.513,99	21.184,00	1.495,26	20.933,64
26	757,72	10.608,08	1.961,28	26.536,20	1.758,41	24.614,36	1.667,42	23.096,98	1.539,11	21.135,46	1.408,05	19.700,84	1.384,83	19.287,62
25	672,26	9.411,64	1.875,82	25.339,76	1.712,95	23.417,92	1.581,96	21.900,54	1.453,65	20.139,02	1.322,59	18.504,40	1.295,79	18.141,06
24	632,60	8.856,40	1.836,16	24.784,52	1.673,29	22.862,68	1.542,30	21.346,30	1.413,99	19.583,78	1.282,93	17.949,16	1.254,46	17.562,44
23	592,99	8.301,86	1.796,55	24.239,98	1.633,68	22.308,14	1.502,69	20.790,76	1.374,38	19.029,24	1.243,32	17.394,62	1.213,17	16.984,38
22	553,30	7.746,20	1.756,86	23.674,32	1.593,99	21.752,48	1.463,00	20.235,10	1.334,69	18.473,58	1.203,63	16.838,96	1.173,81	16.405,34
21	513,71	7.191,94	1.717,27	23.120,06	1.554,40	21.198,22	1.423,41	19.680,84	1.295,10	17.919,32	1.164,04	16.284,70	1.130,56	15.827,84
20	477,19	6.680,66	1.680,75	22.608,78	1.517,88	20.686,94	1.386,89	19.189,56	1.258,58	17.408,04	1.127,52	15.773,42	1.092,51	15.295,14
19	452,83	6.339,62	1.656,39	22.267,74	1.493,52	20.345,90	1.362,53	18.828,52	1.234,22	17.067,60	1.103,16	15.432,38	1.067,11	14.939,54
18	428,46	5.998,44	1.632,02	21.926,56	1.469,15	20.004,72	1.338,16	18.487,34	1.209,85	16.725,82	1.078,79	15.091,20	1.041,70	14.583,80
17	404,08	5.657,12	1.607,64	21.585,24	1.444,77	19.663,40	1.313,78	18.146,02	1.185,47	16.384,50	1.054,41	14.749,88	1.016,31	14.228,34
16	379,77	5.316,78	1.583,33	21.244,90	1.420,46	19.323,06	1.289,67	17.805,68	1.161,16	16.044,16	1.030,10	14.409,54	990,96	13.873,44
15	355,36	4.975,04	1.558,92	20.903,16	1.396,05	18.981,32	1.265,06	17.461,94	1.136,75	15.702,42	1.005,69	14.067,80	965,56	13.517,84
14	331,04	4.634,56	1.534,60	20.562,68	1.371,73	18.640,84	1.240,74	17.123,46	1.112,43	15.361,94	981,37	13.727,32	940,19	13.162,66
13	306,64	4.292,96	1.510,20	20.221,08	1.347,33	18.299,24	1.216,34	16.781,86	1.088,03	15.020,34	956,97	13.385,72	914,76	12.806,64
12	282,26	3.951,64	1.485,82	19.879,76	1.322,95	17.957,92	1.191,96	16.440,54	1.063,65	14.679,02	932,59	13.044,40	889,38	12.451,04
11	257,88	3.610,32	1.461,44	19.538,44	1.298,57	17.616,60	1.167,58	16.099,22	1.039,27	14.337,70	908,21	12.703,98	863,97	12.095,58
10	233,55	3.269,70	1.437,11	19.197,82	1.274,24	17.275,98	1.143,25	15.758,60	1.014,94	13.997,08	883,88	12.362,46	838,62	11.740,68
9	221,39	3.099,46	1.424,95	19.027,58	1.262,08	17.105,74	1.131,09	15.588,36	1.002,78	13.826,84	871,72	12.192,22	825,93	11.563,02
8	209,17	2.928,38	1.412,78	18.856,50	1.249,86	16.934,66	1.118,87	15.417,78	990,56	13.655,76	859,50	12.021,14	813,20	11.384,80
7	197,00	2.758,00	1.400,56	18.686,12	1.237,69	16.764,28	1.106,70	15.246,90	978,39	13.485,38	847,33	11.850,76	800,52	11.207,28
6	184,81	2.587,34	1.388,37	18.515,46	1.225,50	16.593,62	1.094,51	15.076,24	966,20	13.314,72	835,14	11.680,10	787,82	11.029,48
5	172,63	2.416,82	1.376,19	18.344,94	1.213,32	16.423,10	1.082,33	14.905,72	954,02	13.144,20	822,96	11.509,58	775,12	10.851,68
4	154,36	2.161,04	1.357,92	18.089,16	1.199,05	16.167,32	1.064,06	14.649,94	935,75	12.988,42	804,69	11.253,80	756,08	10.585,12
3	136,12	1.905,68	1.339,68	17.833,80	1.176,81	15.911,96	1.045,82	14.394,58	917,51	12.833,06	786,45	10.998,44	737,10	10.319,40
2	117,86	1.650,04	1.321,42	17.578,16	1.158,55	15.656,32	1.027,56	14.138,94	899,25	12.677,42	768,19	10.742,80	718,04	10.052,56
1	99,60	1.394,40	1.303,16	17.322,52	1.140,29	15.400,68	1.009,30	13.883,30	880,99	12.521,78	749,93	10.487,16	699,01	9.786,14

HABER REGULADOR A EFECTOS DE COTIZACIONES	40.586,49	31.942,59	27.970,91	24.532,45	19.409,24	16.547,91						
Cuota Derechos Pasivos	111,90	1.566,60	88,07	1.232,98	77,12	1.079,68	67,64	946,96	53,51	749,14	45,62	638,68
Cuota Mutualidades Funcionarios	48,99	685,86	38,56	539,84	33,76	472,64	29,61	414,54	23,43	328,02	19,98	279,72
HABER REGULADOR A EFECTOS DE PENSIONES	42.184,02	33.195,88	29.071,88	25.498,08	20.173,20	17.199,27						

(*) Incluye 14 percepciones
(**) Se mantienen a título personal las cuantías del C.D. del grupo E/Agrupaciones profesionales del EBEP (Art. 22 Uno G) de la LPGE 2018). No obstante, el C.D. del personal de este grupo que ingresó a partir de la entrada en vigor del Real Decreto-ley 8/2010 es el mismo que figura en la primera columna de C.D.

Ilustración 5. Retribución del personal funcionario (Ministerio de Hacienda)

En la sanidad, el subgrupo A1 corresponde a los médicos, el subgrupo A2 a los enfermeros, fisioterapeutas y matronas. El grupo B corresponde a los técnicos superiores. El subgrupo C1 es el cuerpo administrativo y el subgrupo C2 es el que corresponde al grupo de auxiliares. Y, dentro de la agrupación profesional E entran los celadores.

Teniendo en cuenta la imagen, el sueldo base del subgrupo A2 es de 1040,69€. A esto se le suma el complemento de destino que varía en función de las Comunidades Autónomas y de la categoría profesional, las pagas extras de junio y diciembre (759€ cada una), y los trienios en caso de que el profesional tenga alguno. No obstante, cada comunidad autónoma cuenta con una serie de extras que hay que sumar al sueldo base.

Por lo tanto, siguiendo las retribuciones del personal estatutario, funcionario y laboral del Gobierno de Canarias (2020), podemos ver que los enfermeros cuentan con un complemento de destino es de 520,79€. El complemento de destino se asigna en función del puesto de trabajo, y «a mayor complejidad y responsabilidad del puesto, mayor será el complemento de destino» (BBVA:2015). Además, existe una armonización retributiva de 582,06€ «que corresponde abonar al personal que, con vínculo estatutario o laboral y percibiendo sus retribuciones por el sistema establecido en el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, o norma que lo sustituya, preste servicios en los órganos de

prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud» (Servicio Canario de Salud, 2005:2). Por lo tanto, el sueldo mínimo sería de 2143,54€ mensuales, lo que supone un total de 27.240,48€ anuales brutos distribuidos en 14 pagas. A continuación, mostramos una muestra de las retribuciones del personal estatuario, funcionario y laboral del Gobierno de Canarias (2020) correspondiente a la categoría A2:

Tabla 74. Extracto de las retribuciones del personal estatuario (Gobierno de Canarias, 2020)

Categoría/ Puesto de Trabajo	Grupo	Nivel	Sueldo Base	Cto. Destino	Cto. Específico	Cto. productividad		Cto. a cuenta	TOTAL/ MES
					Puesto trabajo	Puesto trabajo	Armon. Retrib	Equip. Media SNS	
III. P. DIPLOM. SANITARIO Y SANITARIO TÉCNICO									
EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA:									
ENFERMERA/O:									
UNIDADES DE HOSPITALIZ. / SERV.CENTRALES	B/A2	21	1.040,69	520,79		98,21	582,06		2.241,75

Como se puede apreciar en esta tabla, existen otros extras, como el complemento de productividad o la carrera profesional que habría que estudiar y negociar con los órganos competentes para establecer los extras que les corresponderían a los profesionales de la interpretación sanitaria. Sin embargo, todos estos datos son orientativos, basándonos en profesiones que cuentan con el mismo grado académico que los traductores e intérpretes.

Del mismo modo, hay que añadirle también la cantidad correspondiente a la indemnización de residencia, Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) que se encarga de financiar los sobrecostos del personal que presta servicio en las Gerencias del SCS derivados de la lejanía y la fragmentación del territorio del archipiélago.

9.1.6. Acceso al puesto de trabajo

Para poder trabajar como intérprete en el ámbito sanitario, habrá que cumplir con una serie de requisitos. En primer lugar, los candidatos deberán contar con una titulación de Grado en Traducción e Interpretación. Posteriormente, se valorará si los profesionales cuentan con estudios de posgrado o algún curso sobre interpretación sanitaria u otro tipo de curso relacionado con la interpretación de enlace. Del mismo modo, los años de experiencia se baremarán como méritos.

Para seleccionar a los intérpretes de este sector, tanto los que están en plantilla como los intérpretes telefónicos, se procederá de la siguiente manera; por un lado, se crearán unas listas de empleo, que estarán disponibles tanto en el hospital como en el servicio del 112. Dichas listas se organizarán por puntuación de méritos, experiencia y formación académica (grado, másteres, doctorado, cursos relacionados con la interpretación bilateral, interpretación sanitaria e interpretación telefónica). El funcionamiento de las listas sería similar a las que existen en la actualidad en el ámbito judicial. Además, se podría trabajar de manera conjunta y actualizar las listas ya existentes en ese ámbito, formando a aquellas personas que deseen también prestar sus servicios de interpretación en el ámbito sanitario.

Sin embargo, antes de poder definir cuáles son los requisitos para comenzar a trabajar como intérprete sanitario, se deberá realizar la viabilidad de la propuesta, y posteriormente barajar cómo se puede acceder al puesto de trabajo. Por ejemplo, se podría valorar la opción de acceder a los puestos de intérprete en plantilla mediante un concurso de oposición y méritos. O, contrariamente, acceder mediante listas de empleo ordenadas por méritos justificados para el puesto de trabajo solicitado.

9.1.7. Financiación del servicio de interpretación

Para financiar el servicio de interpretación en plantilla, proponemos que los gastos sean compartidos entre la entidad pública, en este caso el SCS, y los seguros privados de los pacientes extranjeros. No obstante, tras ponernos en contacto con seguros privados como Adeslas Segurcaixa o DKV, hemos sabido que sus seguros médicos y sus seguros de viaje con cobertura médica en el extranjero no cubren las necesidades lingüísticas en caso de acudir a un centro sanitario. De manera contraria, tras informarnos en Mapfre, nos comentaron que cuentan con un seguro de viaje en el que existe un servicio de traducción

simultánea telefónica en el extranjero, pero no cuentan con dicho servicio cuando se da la situación inversa, es decir, cuando un paciente extranjero acude a Canarias y necesita de un servicio de interpretación para comunicarse en el centro sanitario al que acude. Por esa razón, nuestra propuesta sería que los seguros médicos sí cubriesen ese servicio de asistencia lingüística y colaborasen con el SCS para proporcionar un servicio de calidad para aquellos pacientes extranjeros que no hablan el idioma local.

En los hospitales privados, como es el caso del Hospital San Roque Meloneras, los seguros privados trabajan de manera conjunta con el hospital para brindarles a sus usuarios extranjeros ayuda lingüística en caso de que no hablen el idioma local y necesiten la ayuda de un intérprete. Por eso, debido a que, en el caso de los hospitales públicos, los seguros médicos actualmente no cubren la asistencia lingüística en caso de acudir a un centro sanitario y necesitar la ayuda de un intérprete para poder comunicarse con el personal sanitario, proponemos que se realicen negociaciones y conciertos entre los seguros privados y el SCS. Mediante estos conciertos lo que se pretende es trabajar conjuntamente para brindarles a los pacientes extranjeros una atención adecuada a las necesidades de cada uno, además de ayudar al personal sanitario en su trabajo y hacer que se sienta más seguro cuando tenga que atender a un paciente con el que no comparte la misma lengua.

Nacionales Internacionales

NUESTRAS ASEGURADORAS INTERNACIONALES

Todas 0-9 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

ADAC SCHUTZBRIEF VERSICHERUNGS AG	ADVANCE MEDICAL, S.A.	AIDICALL ASSISTANCE
AIG EUROPE LIMITED (ESPAÑA)	AOK RHEINLAND/HAMBURG	ARAG ALLGEMEINE VERSICHERUNGS AKTIENGESE
ASSIST CARD INTERNATIONAL	AXA ASSISTANCE	BUPA INTERNATIONAL
CEGA GROUP	DAK GESUNDHEIT	EUROCROSS ASSISTANCE
EUROP ASSISTANCE	EUROPEA DE SEGUROS	FALCK TRAVELCARE
HTH WORLDWIDE	HUBENER VERSICHERUNGS-AG	IBERO ASISTENCIA, S.A.
INTERIURA INTERRECHT, S.A.	INTERNATIONAL SOS	MARKEL INTERNATIONAL
MONDIAL ASSISTANCE SERVICE ESPAÑA, S.A. (SMASA)	ROLAND ASSISTANCE GMBH	SOS INTERNATIONAL A/S
TRAVEL GUARD AMERICAS	VANBREDIA INTERNATIONAL - MEDICAL CLAIMS CENTER	ZURICH INSURANCE
ADMIRAL INSURANCE	ALL IN ONE - AGENCY	ALLIANZ SUISSE
ALMEDA (MERCUR ASSISTANCE)	ANWB (PAISES BAJOS)	AP COMPANIES GLOBAL SOLUTIONS LTD
ARGOS ASSISTANCE	ATV S.A. TOURING	AUTO-UND REISE ASSITANCE GMBH

CITA PREVIA: 928 40 40 40 PEDIR CITA ONLINE

Ilustración 6. Aseguradoras internacionales que tienen concierto con el Hospital San Roque Meloneras

Otra posibilidad para financiar el servicio de interpretación sería poder contar con el apoyo de las embajadas o consulados de todo el territorio español y poder trabajar conjuntamente para poder brindarles una atención sanitaria de calidad a aquellos

pacientes extranjeros que por cualquier motivo deban hacer uso de las instalaciones sanitarias del país. Del mismo modo, siguiendo esta línea se podría también incluir en la cobertura de la Tarjeta Sanitaria Europea el derecho de poder contar con un intérprete profesional en caso de acudir a un centro sanitario en la comunidad europea que cuente con dicho servicio.

Por otro lado, existe la posibilidad de que el propio SCS destine una partida presupuestaria para este fin, de modo análogo al servicio de interpretación telefónica que se estableció en el Servicio Extremeño de Salud (SES) en el año 2014. El SES contrató el servicio durante un año, con un coste aproximado de 20.000 euros. Este incluye tanto el servicio de interpretación como el uso de los equipos suministrados por la empresa. El servicio ofrece atención al paciente en 51 idiomas, 21 de ellos en horario ininterrumpido durante 24 horas al día, y el resto en horario de 08:00 a 18:00 horas. Antes de implementar dicho servicio, el personal sanitario del servicio de Urgencias recibió formación para aprender a utilizar los equipos, y se comunicó a todos los coordinadores y directores de los centros sanitarios que ya está disponible el servicio en caso de necesitarlo. Para utilizar el servicio solo hay que marcar un número de teléfono, seleccionar el idioma e inmediatamente se establece la comunicación con el intérprete.

El caso de Extremadura es un ejemplo de que la implantación de un servicio de interpretación telefónica o de videoconferencia es posible gracias a la colaboración de empresas que ofertan servicios de interpretación telefónica con los servicios sanitarios.

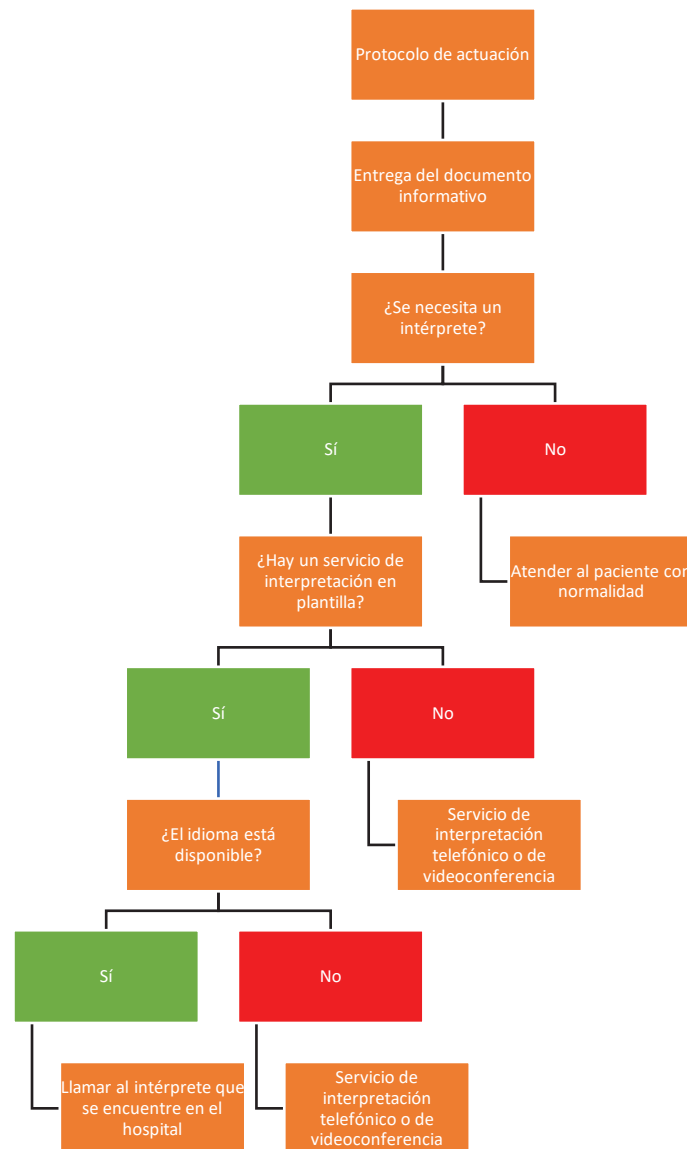
9.2. Resumen del protocolo de actuación

Para concluir, el protocolo de actuación ayudará al personal sanitario en los procedimientos que deben seguirse ante la llegada de un paciente extranjero al centro hospitalario. Como hemos explicado en los apartados anteriores, una vez el paciente acuda al centro hospitalario se le entregará un documento informativo donde quede constancia de si necesita un intérprete, y en caso afirmativo deberá explicitar el idioma y si prefiere a un intérprete o a una intérprete.

En segundo lugar, una vez el hospital tenga constancia de si el paciente necesita a un intérprete, este se encargará de encontrar al intérprete mediante unas listas de empleo, u otro tipo de procedimiento que se considere más viable en un futuro estudio de viabilidad de las propuestas. En caso de que el hospital cuente con intérpretes en plantilla, como

recoge la propuesta I (véase apartado 9.1.4.1), y el intérprete del idioma que se precisa esté disponible en el hospital, el hospital llamará a la oficina que tendrían los intérpretes y uno de ellos se desplazará hasta el área del hospital en el que se encuentre el paciente extranjero que necesita la interpretación. En caso de que no sea un idioma que esté disponible en el servicio de interpretación en plantilla, se hará uso del servicio de interpretación telefónica o de videoconferencia, que abarcaría un mayor número de idiomas. Igualmente, en caso de que el centro sanitario no cuente con intérpretes en plantilla (véase apartado 9.1.4.3) se hará uso del servicio de interpretación telefónica o de videoconferencia. Para sucesivas citas programadas se procederá de la misma manera.

A continuación, presentamos un mapa conceptual en el que se recoge de manera sistemática el funcionamiento del protocolo de actuación.



Esquema. Resumen del funcionamiento del protocolo de actuación

Si los centros sanitarios no cuentan con un servicio de interpretación en plantilla, el personal sanitario puede recurrir al servicio de interpretación telefónica o de videoconferencia para las urgencias, sin embargo, para las consultas programadas se podría contar con intérpretes presenciales, avisándoles a estos con anterioridad para que se presenten en el hospital con una credencial y poder así facilitar la comunicación durante una consulta e incluso durante una prueba médica programada con anterioridad, tal y como se explica en la propuesta II y en la propuesta III (véase apartados 9.1.4.2. y 9.1.4.3.). El servicio de interpretación también se encargará de la traducción de documentos oficiales como un alta médica o un consentimiento informado para que el paciente extranjero también pueda entender dichos documentos médicos.

En resumen, el protocolo de actuación pretende guiar al personal hospitalario acerca de cómo actuar ante la llegada de un paciente extranjero a un centro sanitario. La comunicación entre estos dos colectivos es fundamental para que haya una atención de calidad, por lo tanto, contar con un servicio de interpretación, ya sea presencial o telemático, es primordial. Por ello, es necesario no solo la implantación de un servicio de interpretación en los centros hospitalarios de Gran Canaria, sino también es esencial formar al personal sanitario para que conozca y sepa cómo funciona dicho servicio.

Coincidiendo con Abril Martí y Martín (2011) contar con intérpretes en plantilla es una de las soluciones más ideales porque el servicio de interpretación se adapta a las necesidades de cada participante en la comunicación (personal sanitario y paciente extranjero) y les ayuda en el proceso comunicativo que se va desarrollando, en este caso, en un entorno médico. Sin embargo, la creación de plantillas de intérpretes requiere de un proceso de selección previo y de una inversión económica. Además, «dependiendo de las lenguas para los que existan problemas de comunicación, no siempre es posible contar con intérpretes cualificados, puesto que no existe formación específica» (ibídem, 2011:1523). Por ello, tal y como proponen estas dos autoras, «en estos casos, siempre es preferible que el mismo servicio médico asegure un mínimo de formación para los intérpretes de la futura plantilla, recurriendo a agencias y a especialistas en formación» (ibídem, 2011:1523).

Es por eso por lo que nuestras tres propuestas de servicio de interpretación persiguen que las áreas del hospital estén siempre cubiertas por un servicio presencial o telefónico, y que en todo momento haya un profesional para que pueda hacer de intermediario cada

vez que sea necesario. No obstante, se tendrán que estudiar todas las propuestas con aquellas personas encargadas de la gestión hospitalaria y llegar a un consenso que beneficie tanto a los usuarios del servicio (personal sanitario y pacientes extranjeros) como al SCS, ya que sin su apoyo ninguna solución podría ser viable.

Por último, también hay que contemplar la formación del personal sanitario tanto de como funciona el servicio de interpretación que esté implementado en el centro sanitario como del uso de las aplicaciones de traducción médica que pueden servir de ayuda en un primer acercamiento con el paciente. La formación del personal es primordial para, por un lado, dar a conocer cualquier propuesta de interpretación que se vaya a proponer y, por otro lado, optimizar su puesta en marcha, ya que, si el personal sanitario conoce como utilizar los servicios de interpretación, estos funcionarán adecuadamente y podrán cumplir su principal objetivo: la comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero.

10. CONCLUSIONES

Esta tesis doctoral, tal y como hemos ido viendo, responde a una necesidad real y concreta dentro de la interpretación sanitaria. Partiendo de unos objetivos y sin perder de vista nuestra intención principal, que es explorar y ofrecer soluciones para la comunicación efectiva entre el personal hospitalario y los usuarios de servicios sanitarios con pocos o nulos conocimientos de español, hemos tratado de analizar el estado actual de la interpretación sanitaria en el mundo y obtener datos de la situación en nuestros hospitales.

Tras realizar un estudio de la literatura sobre interpretación, hemos esclarecido el empleo que haríamos de algunos términos no siempre unívocos, lo que nos ha servido para delimitar aspectos relativos a la interpretación en el ámbito sanitario. Puesto que no hay una denominación exacta y compartida por todos los investigadores acerca de las variedades de interpretación, nosotros nos decantamos por las propuestas de Jiménez Ivars (2002) y Collados Aís (2001) y distinguimos entre técnicas de interpretación (interpretación consecutiva, interpretación simultánea e interpretación de enlace o bilateral), por un lado; y los tipos o ámbitos de interpretación (la interpretación de conferencias, la interpretación de los Servicios Públicos, la interpretación entre profesionales o empresas, la interpretación judicial y la interpretación en los medios de comunicación), por otro. Según esta clasificación, la interpretación de enlace o bilateral es la técnica de interpretación que se emplea mayoritariamente en contextos de interpretación sanitaria. A su vez la interpretación en el ámbito sanitario es un subtipo de la interpretación de los Servicios Públicos. Siguiendo esta misma taxonomía, concluimos que, en los hospitales estatales de Gran Canaria, donde se presta un servicio sanitario público, la técnica que se emplea para la comunicación con extranjeros es también la interpretación bilateral. No obstante, la ausencia de intérpretes profesionales en los centros hace que esta se desarrolle de manera improvisada y sin garantías de calidad, mediante intérpretes *ad hoc* (compañeros sanitarios o familiares de los pacientes). Todo ello redundando en que la prestación de un servicio al que tienen derecho todos los ciudadanos se vea muy limitada en la práctica.

Tras delimitar y contextualizar la interpretación sanitaria, pasamos a definir el perfil del intérprete sanitario, el cual debe poseer una serie de requisitos y competencias profesionales. Algunas competencias de los intérpretes sanitarios pueden ser comunes para otros ámbitos de interpretación, pero otras son propias de la interpretación en el

ámbito sanitario. Las competencias que todo intérprete debe tener sin importar el ámbito de trabajo son: la capacidad de análisis del sentido del discurso original, análisis de la relación entre ideas, estrategias de la relación entre ideas, estrategias empleadas durante la producción del discurso meta, síntesis, estrategias de aproximación, estrategias presentes durante todo el proceso (autocontrol), conocimientos y personalidad (cf. Pérez-Luzardo Díaz, 2005). Sin embargo, el intérprete sanitario también debe ser muy ajustado en su interpretación, es decir, debe transmitir el mensaje de manera clara y precisa, además de contar con buenos conocimientos médicos, así como entender la anatomía y fisiología del cuerpo humano, conocer las enfermedades principales, los métodos de diagnóstico y tratamiento. El intérprete que trabaja en contextos sanitarios debe asimismo estar familiarizado con los documentos médicos (consentimientos informados, recetas médicas, formularios de variada índole, etc.) y con la terminología específica más empleada. Igualmente, el intérprete sanitario debe poseer conocimientos sobre expresiones idiomáticas y cotidianas que se suelen emplear en este tipo de situaciones comunicativas. Por último, el intérprete sanitario debe estar familiarizado con el funcionamiento del sistema sanitario del país en el que trabaja y del sistema sanitario de origen del paciente extranjero. En resumen, conocer o saber acceder a los datos relativos a la organización y procedimientos de los sistemas sanitarios involucrados en el intercambio comunicativo (cf. Crezee, 2015). Un acervo tan amplio sin duda requiere que el profesional que se dedique a esta tarea haya recibido formación específica acerca de fuentes fiables de documentación y situaciones reales de este ámbito, además del reciclaje constante de sus lenguas de trabajo.

No obstante, existe un debate, relativamente, reciente sobre la figura del mediador intercultural y la figura del intérprete de los servicios públicos (véase apartado 3.2). Las opiniones sobre las diferencias o similitudes de ambas figuras profesionales varían, habiendo quienes aseguran que son figuras completamente diferentes. Sin embargo, a nuestro modo de ver, la interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural son actividades complementarias, puesto que hay ámbitos de actuación e intervenciones en las que estas se solapan.

Otro aspecto en el nos propusimos ahondar es la relación entre la cultura y la salud (véase apartado 3.3.2.). Cuando hablamos de cultura, la asociamos con el comportamiento de un individuo o de un colectivo, sus costumbres y creencias. Podríamos decir que la cultura está presente en todo lo que nos rodea y forma parte de nuestra identidad. El no tener la

lengua y la cultura en común hace que a veces surjan malentendidos entre las personas que intentan comunicarse. Esto ocurre también en el ámbito sanitario. Como vimos en el capítulo tres, la cultura y la salud van de la mano, puesto que la cultura influye en la percepción y expresión del dolor y las enfermedades, aspectos determinados por las creencias y comportamientos que subyacen muchas veces de forma inconsciente en las diferentes culturas. Este motivo aconseja que los intercambios comunicativos entre personas de diferentes culturas en el ámbito de la salud no queden a merced de la intuición o la buena voluntad de las personas que se prestan a mediar lingüísticamente. Por el contrario, un servicio profesional garantizaría que las personas con conocimientos limitados de español no resultaran incomprendidas en relación con uno de sus rasgos más identitarios. Es incuestionable que las mejoras en esta línea han de pasar necesariamente por dotar de mayor prestigio a los profesionales que desempeñan la labor de intérprete sanitario, como se observa en otros países, donde la profesionalización de la actividad ha ido de la mano de una gestión mucho más eficiente de los problemas comunicativos entre pacientes extranjeros y personal sanitario.

En efecto, tras abordar la situación de la interpretación sanitaria en el mundo, en Europa y en el territorio español, hemos llegado a la conclusión de que no existe una forma consensuada de proceder en cuanto a la implantación profesional de la interpretación sanitaria, sino que contar o no con un servicio de ayuda lingüística depende en gran medida de cada centro sanitario, tal y como demuestran los resultados de nuestro estudio, el personal sanitario tiene que buscar soluciones para poder comunicarse con el paciente extranjero recurriendo a los gestos, a otros compañeros que conocen el idioma del paciente e incluso a los acompañantes de estos últimos (véase apartado 8.2.4.). Además, la acreditación oficial de los intérpretes y el reconocimiento de la profesión no es igual en todos los países del mundo ni dentro de cada país se sigue una línea de actuación común. En el caso concreto de la interpretación sanitaria en Canarias, esta no es una profesión reconocida, y, por consiguiente, no existe un servicio de ayuda lingüística en los centros sanitarios públicos de las islas, en concreto de Gran Canaria, lugar objeto de estudio de esta tesis doctoral.

Respecto a las aplicaciones de traducción médica diseñadas con el fin de facilitar la comunicación con el personal sanitario y el paciente extranjero, tal y como hemos explicado en el apartado 8.2.4.2., el personal hospitalario no las conoce. No obstante, estas se podrían utilizar para tener un primer acercamiento con el paciente extranjero si

no estuviera disponible un intérprete. Para que esto pudiera realizarse de manera efectiva, en primer lugar, se deberían dar a conocer dichas aplicaciones entre el personal sanitario. Del mismo modo, se podría incluso formar al personal de los centros hospitalarios para implementar las aplicaciones de traducción médica y que conozcan su diseño, funcionamiento y uso adecuado para que, llegado el momento, pudiera comunicarse con el paciente extranjero en una primera toma de contacto.

Las respuestas obtenidas en nuestra encuesta demuestran que no existe un método sistemático de actuación en los hospitales públicos de Gran Canaria a la llegada de un paciente con incapacidad para comunicarse en español. El protocolo de actuación que proponemos pretende ser una guía de actuación para el personal sanitario en estos casos. Dicho protocolo incluiría un servicio de interpretación que adopta diferentes formas según las propuestas (véase capítulo 9). Cada propuesta aporta soluciones variadas al problema que genera la falta, en la actualidad, de un servicio de interpretación en los hospitales públicos de Gran Canaria. Apostamos por un servicio basado en la interpretación presencial que sería complementado por un servicio de interpretación telefónica como una solución factible si se lleva a cabo correctamente. Para ello se debe disponer de la tecnología adecuada para que este tipo de interpretación pueda realizarse con éxito. La instalación de teléfonos con dos auriculares e incluso de monitores para realizar videollamadas es un requisito para que la comunicación pueda desarrollarse de la mejor manera posible, tal y como se recoge en el apartado 9.1.4.1. del presente trabajo. Además, esta sería una buena combinación para abarcar el mayor número posible de idiomas, puesto que mediante la interpretación telefónica se podría llegar a un mayor número de lenguas. No obstante, la interpretación presencial brindaría una mayor seguridad a aquellas personas que son partícipes de la situación comunicativa, ya que al estar presentes todos los miembros de la comunicación pueden surgir menos malentendidos, el intérprete podría reconducir la conversación en el caso de que haya algún problema e incluso se pueden hacer aclaraciones con mayor facilidad que en interpretación telefónica porque las partes contarían con la información que aportan todos los sentidos.

Para que, tanto la interpretación telefónica como la presencial funcionen de manera adecuada y óptima, el personal sanitario que vaya a utilizar dichos servicios tendría que recibir formación para aprender, por un lado, el funcionamiento de dichos servicios, y, por otro lado, qué se debe esperar de un intérprete. En otras palabras, que el personal

hospitalario tenga claro el perfil del intérprete, las situaciones que puede manejar según su formación y el tipo de tareas que está llamado a desempeñar. Como reflejan las respuestas a los cuestionarios, el personal no conoce con certeza en qué consiste la formación de los intérpretes. Por esa razón hubo una gran variedad de respuestas en las que los encuestados llegaron a afirmar que un intérprete solo necesita acreditar sus lenguas de trabajo sin necesidad de haber cursado, como mínimo, el Grado en Traducción e Interpretación o un Máster o Posgrado Universitario que estén relacionados con sus estudios de grado. De cualquier modo, al margen de proveer de formación al personal sanitario sobre el funcionamiento del servicio de atención lingüística y de la figura del intérprete sanitario, si fuera necesario, el intérprete también debe estar preparado para recordar al personal y al paciente cuál es su papel en el acto comunicativo, y del mismo modo conocer y saber aplicar el código ético (véase apartado 3.4) específico para los intérpretes que trabajan en el ámbito sanitario.

Acerca de cómo financiar el servicio de interpretación, hemos llegado a varias conclusiones: una opción sería que los seguros privados contratados por el usuario que se desplaza a Gran Canaria colaboren con el SCS para cubrir la asistencia lingüística de aquellos pacientes que tengan que asistir a un centro sanitario en el lugar de destino. Esta solución ya se está llevando a cabo en hospitales privados donde sí se ofrecen servicios de interpretación como es el caso del Hospital San Roque Meloneras. Este tiene conciertos con aseguradoras internacionales que cubren la asistencia sanitaria de los pacientes extranjeros, incluyendo el servicio de interpretación que ofrece el hospital en caso de necesitar la ayuda de este para poder comunicarse con mayor facilidad. Otra opción que proponemos para la financiación es la colaboración entre el SCS y las embajadas o consulados e incluso incluir la asistencia lingüística entre las prestaciones a las que da derecho la Tarjeta Sanitaria Europea. Finalmente, el SCS también podría destinar una partida presupuestaria para este fin, en un sistema parecido al que llevó a cabo el Servicio Extremeño de Salud en 2014 (véase apartado 9.1.7.).

Respecto al funcionamiento del servicio en otras partes del mundo, cabe destacar el caso de Nueva Zelanda, pues este supone un ejemplo de servicio de interpretación riguroso. Como explicamos en el apartado 4.4, en Auckland la interpretación sanitaria es una profesión reconocida, por lo que los centros sanitarios cuentan con un servicio de interpretación presencial y telefónico. Por un lado, hay hospitales que cuentan con intérpretes en plantilla para el servicio de urgencias lo que les permiten cubrir dicho

servicio y atender también a aquellos pacientes que están ingresados en planta. Por otro lado, cuentan con intérpretes autónomos que son contratados mediante empresas privadas y se encargan, principalmente, de cubrir las consultas y citas médicas programadas. Finalmente, también recurren a empresas de contratación privadas cuando necesitan intérpretes de los idiomas minoritarios. Por su parte, los intérpretes que deseen trabajar en el ámbito sanitario deben tener el certificado de interpretación de enlace. Si bien es cierto que el sistema visto desde fuera funciona de forma eficiente y está muy bien organizado, la realidad es que los intérpretes aseguran que hay ciertos aspectos que se pueden mejorar, por ejemplo, la información sobre el paciente y su estado de salud que les dan antes de la interpretación, al igual que la poca flexibilidad en los horarios y el desplazamiento (no remunerado) entre un centro sanitario y otro. A pesar de los puntos débiles del servicio de interpretación sanitaria, desde la coordinación del servicio de interpretación de *Middlemore Hospital* nos aseguran que están trabajando constantemente para mejorar las condiciones laborales de los intérpretes para conseguir que la profesión tenga el reconocimiento que se merece, además de trabajar para conseguir más fondos para la investigación en esta área.

Este es un claro ejemplo de lo que se ha ido consiguiendo y de que con trabajo y esfuerzo se puede llegar a una solución viable para la falta de un servicio de interpretación en lugares como los hospitales públicos de Gran Canaria. Aunque se trata de un camino largo, poder contar con un servicio sanitario de calidad y cubrir todas las necesidades del paciente, no solo las sanitarias sino también las lingüísticas, empieza por dirigir la mirada a aquellos países que van por delante en la implementación de un servicio de estas características, aprender de ellos y poder así desarrollar y crear un servicio de asistencia lingüística que cubra nuestras necesidades.

En conclusión, tras analizar los datos de las encuestas realizadas en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, hemos apreciado que existe un problema real de comunicación en el ámbito sanitario de Gran Canaria. Este problema de comunicación hace que el riesgo de malentendidos y errores de diagnóstico sea mayor, puesto que no existe comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero que no comparte el mismo idioma. Sin embargo, no solo existen problemas en la comunicación verbal, también el personal sanitario y el usuario extranjero tiene que enfrentarse a problemas culturales que pueden surgir a raíz del uso del lenguaje no verbal, ya que los gestos, por ejemplo, cambian de

una cultura a otra, y se pueden sacar de contexto al desconocer los cambios entre culturas. El personal sanitario es el que se ve en la obligación de buscar soluciones para poder entenderse con el paciente, aunque en algunas ocasiones no sean las más adecuadas, las soluciones empleadas les permiten salir del paso y realizar su trabajo. Las soluciones más empleadas, tanto en el estudio piloto como en el estudio definitivo de esta tesis doctoral, son el uso de lenguaje no verbal, llamar a un compañero que conozca el idioma del paciente, intentar comunicarse ellos mismo en inglés (a pesar de contar con un nivel de inglés limitado), e incluso recurrir a familiares de los pacientes que sí conozcan el idioma local. Como ya hemos señalado con anterioridad, estas soluciones no son las más adecuadas, puesto que los intérpretes *ad hoc* no han recibido la formación adecuada y pueden surgir errores de comunicación y expresión, el mensaje puede verse alterado y modificado en el proceso de interpretación y no transmitir lo que realmente se quería decir. Del mismo modo, sorprende ver que muy pocos encuestados le pidan al paciente extranjero que acuda con un intérprete profesional para poder comunicarse. Igualmente, llama la atención el desconocimiento de las aplicaciones de traducción médica que pueden servir de ayuda en un primer acercamiento, que además están diseñadas con el fin de facilitar la comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero.

El análisis de las respuestas del cuestionario nos ha permitido hacernos una idea de la importancia de contar en los Servicios Públicos, en concreto en el ámbito sanitario, con un servicio de asistencia lingüística para aquellos pacientes que no hablan el idioma local. El personal sanitario manifiesta que en ocasiones se siente nervioso, impotente e inseguro cuando tiene que atender a un paciente extranjero, ya que no puede comunicarse con este. Por esa razón, en las encuestas afirman que sí le ayudaría contar con un servicio de interpretación tanto presencial como telefónico porque se sentiría más tranquilo al poder contar con ayuda profesional y saber que el mensaje llega, a todos los integrantes de la comunicación, de manera efectiva y sin alteraciones. Sin embargo, aún hay mucho que hacer en cuanto a la visibilidad de la profesión de intérprete sanitario porque el personal sanitario tiene diferentes opiniones sobre la formación que este profesional debe tener. Algunos sugieren que da igual los estudios que tenga, que es suficiente con conocer los idiomas de trabajo, mientras que otros afirman que debe poseer estudios universitarios relacionados con la traducción y la interpretación e incluso contar con estudios de posgrado en traducción e interpretación y en traducción e interpretación médica. Ante las variedades de opiniones sobre la formación específica de los traductores e intérpretes es

posible concluir que es evidente que el personal sanitario no conoce al 100% el rol que desempeña el intérprete sanitario y podría asignarle tareas que no le correspondan, como, por ejemplo, ayudar al paciente con temas administrativos o sociales.

Las tres propuestas de servicio de interpretación con las que culminamos el presente estudio pretenden tener cubiertas todas las áreas del hospital mediante un servicio de atención lingüística presencial o telefónica para que en todo momento haya al menos un profesional que pueda realizar la interpretación cuando sea necesario. Sin embargo, para que algunas de las propuestas se pudieran llevar a cabo haría falta desarrollar un estudio de viabilidad con el apoyo de aquellas personas responsables de la gestión hospitalaria, además de llegar a un consenso que beneficie a todos por igual; al personal sanitario, al paciente extranjero y al SCS. Por lo tanto, una posible futura línea de investigación sería realizar un estudio de viabilidad según las necesidades lingüísticas en Gran Canaria y poder dar una solución al problema de comunicación entre el personal sanitario y el usuario extranjero. De igual modo, también habría que hacer un cribado sobre los idiomas más frecuentes en las islas para poder determinar mejor qué lenguas son las más utilizadas y, de esta manera, poder introducirlos en los servicios de interpretación tanto presencial como telefónico.

Tal y como sucede con las propuestas para implantar un servicio de interpretación en los centros sanitarios de Gran Canaria, el sistema de financiación también requeriría de futuras investigaciones para poder determinar qué financiación se ajusta más a la situación y las necesidades, en este caso, del SCS. Además, otra línea de investigación esclarecedora sería ahondar en la visión del otro extremo afectado por los problemas de comunicación, a saber: el paciente extranjero.

Por último, hay que destacar que la situación ocasionada por la crisis sanitaria de la COVID-19 ha puesto de manifiesto que la asistencia sanitaria al paciente extranjero en las Islas es una asignatura pendiente. Al declararse el estado de alarma muchos turistas quedaron atrapados dentro de las fronteras españolas y algunos tardaron en regresar a sus países de origen. De igual modo, otros tuvieron que pasar la enfermedad en territorio español y ser ingresados en los hospitales de las Islas e incluso ser confinados en hoteles. Ante este hecho, muchos de los que en principio pensaban hacer uso de servicios turísticos únicamente, necesitaron recurrir también a servicios sanitarios, por lo que el incremento de pacientes extranjeros en las Islas aumentó considerablemente. Para paliar

los problemas de comunicación, en el caso de un hotel en la isla de Tenerife, se recurrió a la ayuda de «traductores de la Confederación Española de Federaciones y Asociaciones Profesionales de Guías de Turismo» (La cuarentena del hotel de Adeje, un ejemplo en la prevención del coronavirus, 2020). Sin embargo, al margen de que es improbable que una asociación de guías turísticos cuente con profesionales bien formados para desempeñar la función de intérpretes sanitarios, es evidente que el recurso a esta colaboración se hizo de manera improvisada debido a la variedad de nacionalidades que se encontraban en el hotel y a la necesidad de mantenerles informados en todo momento, pero no podría sostenerse si situaciones análogas se generalizaran o prolongaran en el tiempo.

La situación en el resto del territorio español fue similar. Varias noticias se hicieron eco de que la falta de traductores e intérpretes suficiente en los teléfonos del coronavirus hacía más difícil la asistencia a pacientes extranjeros (cf. Sánchez, 2020). Además, los intérpretes telefónicos que atienden en aquellas líneas destinadas a la COVID-19 se han visto sobrepasados por el alto número de llamadas (cf. Intérprete de línea de emergencias: somos la voz del médico para extranjeros, 2020). Los medios también pusieron de manifiesto otra cuestión relacionada con las carencias de dicho servicio: el trabajo del intérprete termina cuando la persona que llama cuelga el teléfono porque a partir de ahí es el personal sanitario es el que se encarga de gestionar la situación sin la ayuda de un intérprete.

Una última circunstancia que la COVID 19 ha exacerbado en nuestro entorno es el de la llegada de inmigrantes ilegales que llegan a las islas huyendo de sus lugares de origen por diferentes motivos. Si bien no se trata de un fenómeno nuevo, las actuales medidas de seguridad hacen que los inmigrantes se conviertan en pacientes al llegar a nuestras fronteras. Muchos tienen que ser trasladados a centros sanitarios y a otros se les atiende en dispensarios improvisados en los muelles. La Cruz Roja, encargada de atenderlos a su llegada, cuenta con la ayuda de traductores e intérpretes voluntarios, pero es de suponer que un sistema de voluntarios hace imposible gestionar la gran cantidad de personas que han llegado a nuestras costas. Por otro lado, en caso de necesitar ser trasladados al hospital se pierde esa voz esperanzadora que llega a calmar a los participantes en la conversación, precisamente cuando más lo necesitan.

La pandemia no ha hecho más que dar visibilidad a un problema que existe en las Islas desde hace mucho tiempo. Quizás sepamos aprovechar esta oportunidad para que la

profesión reciba el reconocimiento que se merece y se puedan llevar a cabo medidas para solucionar la falta de un servicio de interpretación en los centros sanitarios, concretamente, de Gran Canaria y seguir concienciando a todos de que sin una buena comunicación no puede existir una sanidad de calidad. Por nuestra parte, seguiremos poniendo nuestro granito de arena para que la interpretación sanitaria ocupe el lugar que merece en el sistema de prestación de servicios públicos, de modo que cada vez más personas conozcan la importancia de conectar lenguas y culturas.

«Nothing happens, until something moves» (Einstein).

BIBLIOGRAFÍA

Abril Martí, M. I. y Martín, A. (2011). La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. En F. J. García Castaño y N. Kressova. (Coords.). *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1521-1534). Granada: Instituto de Migraciones.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051279>

Agustí-Panareda, J. (2003). *The complex plasticity of mediation. Intercultural mediators in Catalonia*. [Tesis de Doctorado, Stanford University]. <https://www-cdn.law.stanford.edu/wp-content/uploads/2015/03/Agusti-PanaredaJordi2003.pdf>

Alonso Araguás, I. (2008). Historia, historiografía e interpretación. Propuestas para una historia de la mediación lingüística oral. La traducción del futuro: mediación lingüística y cultural en el siglo XXI. *La traducción y su entorno*, 2, 1-16.
https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/76679/DTI_AlonsoAraguasI_HistoriaHistoriografiaeInterpretacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Alonso Mayo, E., Auquer Framis, K., et al (2009) *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Programa de formación. Obra Social. Fundación “La Caixa”. Barcelona.
https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/610232/mediacion_intercultural_en_el_ambito_de_la_salud_es.pdf/8b5ef961-b70d-4747-841b-33facb96a452

Andres, D. (2015). Consecutive Interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 84-87). Abingdon, Oxon: Routledge.

Angelelli, C. (2004). *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

Angelelli, C. (2011). Can you ask her about chronic illnesses, diabetes and all that? En C. Alvstad, Hild y Tiselius (Ed.), *Methods and Strategies of Process Research* (pp. 231-246). Amsterdam: John Benjamins.

Angelelli, C. (2015). Invisibility. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 214-215). Abingdon, Oxon: Routledge.

Antonin Martin, M. (2009). *La mediación intercultural en el Sistema de Salud de Cataluña*. [Tesis de Doctorado, Universitat Rovira I Virgili]. <http://hdl.handle.net/10803/8442>

Asociación Ibérica de Estudios de Traducción e Interpretación. (2016). *Ámbitos (modalidades)*. <http://www.aieti.eu/enciclopedia/interpretacion/ambitos-modalidades/>

Ayuntamiento de la villa de Firgas. (s.f.). *Hotel Balneario de Azuaje*. http://ciudadano.firgas.es/index.php?option=com_content&view=article&id=309&Itemid=438

Ayuntamiento de la villa de Moya. (2012). El Hotel Balneario de Azuaje. Revista *Historia Canaria*, 424. <https://www.bienmesabe.org/noticia/2012/Junio/el-hotel-balneario-de-azuaje>

Azumendi, L., Segura, L., Aparicio, M. y Cabanillas, C. (2018). Interpretación en las administraciones públicas: Navarra y Euskadi. En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.) *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 151-170). Editorial Comares, Granada.

Baigorri Jalón, J. y Travieso Rodríguez, C. (2018). La interpretación en los servicios públicos en Extremadura 2006-2016. En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 83-98). Editorial Comares, Granada.

Baraldi, C. y Gavioli, L. (2015). Mediation. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 247-249). Abindong, Oxon: Routledge.

BBVA. (2015). *¿Qué es el complemento de destino de los funcionarios?* <https://www.bbva.com/es/de-que-depende-el-sueldo-de-los-funcionarios/>

Bermúdez Anderson, K., García de Castro, R., et al (2002) *Mediación Intercultural: Una propuesta para la formación*. AEP Desenvolupament Comunitari. Andalucía Acoge. Editorial Popular, Madrid. <https://www.codapa.org/wp-content/uploads/2017/05/Mediación-Intercultural.pdf>

Blasco Mayor, M. J., y Pozo Triviño, M. del. (2016). La interpretación judicial en España en un momento de cambio. *MonTI. Monografías De Traducción E Interpretación*, (7), 9-40. <https://doi.org/10.6035/MonTI.2015.7.1>

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-18770-consolidado.pdf>

Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. <https://www.boe.es/boe/dias/2009/12/12/pdfs/BOE-A-2009-19949.pdf>

Burdeus Domingo, N. (2010). *Interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario en la provincia de Barcelona*. [Trabajo de Investigación, Universitat Autònoma de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/2072/170116>

California Healthcare Interpreting Association. (2002). *California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention*. http://www.chiaonline.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/standards_chia.pdf

Calvo, E.; Vigier Moreno, F. J. (2018). La interpretación en los servicios públicos en Andalucía: una década bajo la lupa (2006-2016). En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 13-29). Editorial Comares, Granada.

Čeňková, I. (2015). Sight interpreting/translating. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 374-375). Abindong, Oxon: Routledge.

Clifford, J. (2001). *Dilemas de la Cultura: Antropología, Literatura y Arte en la Perspectiva Posmoderna*. Editorial Gedisa, S.A. Barcelona.

Collados Aís, Á., y Fernández Sánchez, M. M. (2001). *Manual de interpretación bilateral*. Granada: Editorial Comares, S.L.

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (julio 2011). *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica.*

https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf

Crezee, I. H.M., Mikkelson, H.; Monzón-Storey, L. (2015). *Introduction to Healthcare for Spanish-speaking Interpreters and Translators*. John Benjamins Publishing Company. Amsterdam/Philadelphia.

Cross, T. (1989). *Towards a Culturally Component System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who are Severely Emotionally Disturbed*. Washington D.C. Georgetown University.

Del Pozo Triviño, M. y Fernandes Del Pozo, D. (2018). Situación de la traducción y la interpretación en los servicios públicos de Galicia (2006-2016). En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 99-118). Editorial Comares, Granada.

El SES presenta un nuevo servicio de traducción telefónica en su idioma a extranjeros que no hablen español. (2014). *Salud Extremadura. Periódico del Servicio Extremeño de Salud*. <https://saludextremadura.ses.es/periodicoses/noticia.php?id=993>

Fernández Peñaranda. C. (2014). *La calidad en la interpretación judicial: una garantía procesal*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Alcalá]. <http://hdl.handle.net/10017/23704>

Foulquié-Rubio, A. I., Vargas-Urpi, M., y Fernández Pérez, M. (2018). Introducción. 2006-2016: Una década de cambios. En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 1-12). Editorial Comares, Granada.

Foulquié-Rubio, A. I. (2018). Aproximación a la interpretación en los servicios públicos en la Región de Murcia. En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios*

públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades (pp. 137-150). Editorial Comares, Granada.

Gobierno de Canarias. (s.f.). *Plan Canario Inmigración 2002-2004*. <http://www.datosdelanzarote.com/Uploads/doc/20060422140143658PLANCANARIOPARALAINMIGRACION.pdf>

González Lemus, N. (2007). El turismo en Canarias: sus orígenes. *Revista Canarii*, 7. <http://www.revistacanarii.com/canarii/7/el-turismo-en-canarias-sus-origenes>

Dueñas González, R., Vásquez, V. F., y Mikkelson, H. (1991). *Fundamentals of Court Interpretation: Theory, Policy and Practice*. Carolina Academic Press. Durham, North California.

Gobierno de Canarias. Consejería de Turismo, Industria y Comercio. (2020). *Pasajeros procedentes del extranjero según país de origen*. http://www.gobiernodecanarias.org/turismo/estadisticas_y_estudios/Pasajeros_procedentes_del_extranjero_segxn_Pais_de_origen_/index_yencurso.html

Gov.Uk. (17 de abril de 2018). *Language interpretation: migrant health guide*. <https://www.gov.uk/guidance/language-interpretation-migrant-health-guide>

Grbić, N. (2015). Settings. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 370-371). Abindong, Oxon: Routledge.

Hadziabdic, E. (2011). *The use of interpreter in healthcare. Perspectives of individuals, healthcare staff and families*. [Tesis de Doctorado, Linnaeus University Press]. <urn:nbn:se:lnu:diva-14418>

Hale, S. (2010). *La Interpretación Comunitaria. La interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. Granada: Editorial Comares, S.L.

Hale, S. (2015). Community interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 65-69). Abindong, Oxon: Routledge.

Heidelberg University Hospital. (2020). *Quality through certified interpreters*. <https://www.heidelberg-university-hospital.com/service-information/interpreters/>

Hospital San Roque Meloneras. (s.f.). *Nuestras aseguradoras*.
<https://hospitalessanroque.com/es/nuestras-aseguradoras>

Hurtado Albir, A. (1999). *Enseñar a traducir. Metodología en la formación de traductores e intérpretes*. Edelsa, España.

Hsieh, E. (2015). Healthcare interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 177-182). Abindong, Oxon: Routledge.

Intérprete de línea de emergencias: somos la voz del médico para extranjeros. (2020). EFE: *Agencia EFE*. <https://www.efe.com/efe/espana/destacada/intereprete-de-linea-emergencias-somos-la-voz-del-medico-para-extranjeros/10011-4217498>

ISTAC. (2020). *Población según sexos y nacionalidades en detalle. Canarias. Avance del Padrón a 1-1-2020. Datos provisionales*.
<http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do?uripx=urn:uuid:a5b9ade2-1841-462d-a415-a0d34d594d0f&uripub=urn:uuid:5983144e-e5a4-4754-97bb-89d736e29402>

Jiménez Ivars, A., y Pinazo Calatayud, D. (2002). Aptitudes necesarias en la formación de intérpretes. Un estudio exploratorio. *Quaderns*, 8, 77-97.
<https://www.raco.cat/index.php/QuadernsTraduccio/article/view/25326/25160>

Jiménez Ivars, A. (1999). *La traducción a la vista. Un análisis descriptivo*. Universitat Jaume I, Castelló de la Plana.

Jiménez Ivars, A. (2002). Variedades de interpretación: modalidades y tipos. *Hermeneus. Revista de Traducción e Interpretación*, 4, 1-15.
<https://recyt.fecyt.es/index.php/HS/article/view/6105>

Jiménez Ivars, A. (2012). *Primeros pasos hacia la interpretación Inglés-Español*. Universitat Jaume I, Castelló de la Plana y Edelsa, Madrid.

Katan, D. (1999). *Translating Cultures*. St. Jerome Publishing, United Kingdom.

Kelly, N. y Pöchhacker, F. (2015). Telephone interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 412-415). Abindong, Oxon: Routledge.

Kondo, M., y Tebble, H. (1997). Intercultural Communication, Negotiation, and Interpreting. En Yves Gambier, Daniel Gile y Christopher Taylor (Ed.). *Conference Interpreting: Current Trends in Research* (pp. 149-166.). John Benjamins Publishing Company. Amsterdam/Philadelphia.

La cuarentena del hotel de Adeje, un ejemplo en la prevención del coronavirus. (2020). *La Provincia*. <https://www.laprovincia.es/sociedad/2020/04/27/cuarentena-hotel-adeje-ejemplo-prevencion-8235533.html>

Marco, E. (s.f.). *Tipos de sistemas sanitarios* [Archivo PDF]. <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/2014/pdf/M1T01.pdf>

Mason, I. (1999). Introduction. *The Translator* 5(2), 147-160. <https://doi.org/10.1080/13556509.1999.10799038>

Mason, I. (2009). Dialogue interpreting. En M. Baker & G. Saldanha (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Translation Studies* (pp. 81-84). 2nd edn. London/New York: Routledge.

Merlini, R. y Favaron, R. (2007). Examining the “voice of interpreting” in speech pathology. En F. Pöchhacker and M. Shlessinger (Ed.), *Healthcare Interpreting* (pp. 101-137). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Merlini, R. (2015). Dialogue interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 102-107). Abindong, Oxon: Routledge.

Miletich, M. (2015). Accounting for nonverbal communication in interpreter-mediated events in healthcare settings. En *Translation and Translanguaging in Multilingual Contexts* (pp. 162-181). John Benjamins Publishing Company.

Ministerio de Hacienda. (2020). *Retribuciones del personal funcionario, haber regulador y cuotas a las mutualidades de funcionarios y de derechos pasivos. Real Decreto-ley 2/2020, de 21 de enero de 2020, por el que se aprueban medidas urgentes en materia de retribuciones en el ámbito del sector público (BOE 22 DE ENERO DE 2020)*. <https://www.sepg.pap.hacienda.gob.es/sitios/sepg/es-ES/CostesPersonal/EstadisticasInformes/Documents/AÑO%202020/Retribuciones%20del%20personal%20funcionario%202020.pdf>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2012). *Sistema Nacional de Salud*. https://www.mscbs.gob.es/eu/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Principales datos del Sistema Nacional de Salud*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS_SNS_DESCARGAR.pdf

Miranda Camarero, M. V. (2014). Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española. *Enfermería Nefrológica*, 17 (2). <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000200001>

Muñoz Martínez, R. (2010). *El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental, estudios de caso en Bélgica y España*. [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]. <http://hdl.handle.net/10486/4602>

Navaza, B., Estévez, L., y Serrano, J. (2009). Saque la lengua, por favor. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España. *Panace@*, 10 (30), 141-156. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf

Nevado Llopis, A. (2018). Mapa de la situación de la traducción y la interpretación en los servicios públicos en Aragón. En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 31-46). Editorial Comares, Granada.

New Zealand Society of Translators and Interpreters. (2013). *Code of Ethics and Code of Conduct*. <https://www.mbie.govt.nz/assets/nzsti-code-of-ethics-and-code-of-conduct.pdf>

NSW Health. (2019). *Health Care Interpreting Services*. <https://www.health.nsw.gov.au/multicultural/Pages/health-care-interpreting-and-translating-services.aspx>

Organización Internacional de Normalización. (2020). *Interpreting services — Healthcare interpreting — Requirements and recommendations* (ISO 21998). <https://www.iso.org/standard/72344.html?fbclid=IwAR3Yu7NC88bgeHU4tykAsynI8qHCvvhSZwkAcITncH1tN52yQJqYN2eoeaQ>

Ortega-Herráez, J.M. y Blasco-Mayor, M.J. (2018). Radiografía (2006-2016) de la provisión de servicios lingüísticos en los servicios públicos de la Comunitat Valenciana En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 171-201). Editorial Comares, Granada.

PayScale. (2020). *Average Translator Salary in New Zealand*.
<https://www.payscale.com/research/NZ/Job=Translator/Salary>

Perdomo Cerpa, M. (1992). *Firgas. Noticias de un Siglo 1835-1935*. Estudigraf, S.L.

Pérez, Humberto (2016). Azuaje, Barranco de (Firgas y Moya). Documento de Internet:
<http://toponimograncanaria.blogspot.com/search?q=azuaje>

Pérez-Luzardo Díaz, J. y Fernández Pérez, M. (2018). La provisión de la traducción y la interpretación en los servicios públicos de Canarias: retos de un territorio insular. En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 65-81). Editorial Comares, Granada.

Pérez-Luzardo Díaz, J. (2005). *Didáctica de la Interpretación Simultánea*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria].
<http://hdl.handle.net/10553/1993>

Pöchhacker, F. (1999). Getting organized!: The evolution of community interpreting. *Interpreting* 4 (1), 125-40. <https://doi.org/10.1075/intp.4.1.11poc>

Pöchhacker, F. (2000). Language Barriers in Vienna Hospitals. *Ethnicity and Health* 5 (2), 113-119. <https://doi.org/10.1080/713667449>

Pöchhacker, F. (2004). *Introducing interpreting studies*. London/New York: Routledge.

Pöchhacker, F. (2008). Interpreting as Mediation. Carmen Valero-Garcés, Anne Martin (Ed.), *Crossing Borders in Community Interpreting. Definition and Dilemmas* (pp. 9-26). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Pöchhacker, F. (2015). Modes. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 268-269). Abindong, Oxon: Routledge.

Raga Gimeno, F. (2005). *Comunicación y cultura. Propuestas para el análisis transcultural de las interacciones comunicativas cara a cara*. Iberoamericana. Vervuert.

Raga Gimeno, F. (2012). Sobre los límites de la comunicación y la mediación intercultural. *Foro hispánico: revista hispánica de Flandes y Holanda*, 44, 3-24. https://doi.org/10.1163/9789401208772_002

Roy, C. (1993/2002). The problem with definitions, descriptions and the role metaphors of interpreters. En F. Pöchhacker y M. Shlesinger (Ed.), *The Interpreting Studies Reader* (pp. 345-353). London/ New York: Routledge.

Salud y Cultura. (2019). *Atención sanitaria a la población de origen magrebi*. <http://www.saludycultura.uji.es/magreb.php>

Sánchez, G. (2020). La falta de traductores en los teléfonos del coronavirus dificulta la asistencia a migrantes que no hablan español. *El Diario*. https://www.eldiario.es/desalambre/interpretes-sanitario-dificulta-asistencia-coronavirus_1_2266343.html

Santana García, M. C. (2017). *Atención a pacientes de habla extranjera en los servicios sanitarios públicos de Gran Canaria: situación actual y protocolo de actuación*. [Trabajo Fin de Máster no publicado]. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Sarmiento Pérez, M. (2012). *Las Islas Canarias en los textos alemanes (1494-1865)* (pp. 321, 327-329, 340, 399-400). Anroart Ediciones, Madrid. España.

Servicio Canario de Salud. (2005). Instrucción N° 8/05 de la directora del Servicio Canario de Salud, de 2 de Diciembre de 2005, acerca de la aplicación de los acuerdos entre la administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Canarias y las organizaciones sindicales del sector, suscritos el 11 de Octubre de 2005 en el Marco de la Mesa Sectorial de Sanidad, sobre ordenación retributiva del personal de gestión y servicios del grupo A, régimen retributivo de los psicólogos clínicos, y modificación de las cuantías del complemento de productividad del personal licenciado sanitario. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//content/2d2b21ad-ffa7-11e4-9e16-d107cd1682ec/Instruccion_8_05.pdf

Servicio Canario de Salud. (2017). *Información relativa a la APP de Hipot-CNV*. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c528d8e3-f147-11e7-9d56-c37102939259&idCarpeta=8f94f980-d052-11e7-836b-953b40afb30b>

Servicio Canario de Salud. (2017). *Información relativa a la APP de TRADASSAN*. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=b66fed8e-f147-11e7-9d56-c37102939259&idCarpeta=8f94f980-d052-11e7-836b-953b40afb30b>

Servicio Canario de Salud. (2020). *Retribuciones del personal estatutario, funcionario y laboral*. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=b2540aca-fdab-11dd-b2aa-596c3deb1b4e&idCarpeta=c32fdf85-fc15-11dd-a72f-93771b0e33f6>

Setton, R. y Prunč, E. (2015). Ethics. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 144-148). Abindong, Oxon: Routledge.

Thagichu, M. W. (2014). *Improving the Quality of Medical Interpreting in Norway. A qualitative study with perspectives from qualified interpreters*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Oslo]. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-44864>

Tipton, R. y Furmanek, O. (2016). Dialogue Interpreting: A Guide to Interpreting in Public Services and the Community. En *Routledge Interpreting Guides*. Abindong, Oxon: Routledge.

Toledano Buendía, C., Fumero, M. C., y Díaz Galván, A. (2006). Traducción e interpretación en los servicios públicos: situación en la comunidad autónoma de canaria. *Revista Española de Lingüística Aplicada*, 1, 187-202.

Tomassini, E. (2012). Healthcare Interpreting in Italy: current needs and proposals to promote collaboration between universities and healthcare services. *The Interpreters' Newsletter*, 17, 39-54. https://www.openstarts.units.it/bitstream/10077/8542/1/Tomassini_IN17.pdf

Tribe, R. y Lane, P. (2015). Mental Health Settings. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 254-256). Abindong, Oxon: Routledge.

Tschirhart, N., Díaz, E., y Ottersen, T. (2019) Accessing public healthcare in Oslo, Norway: the experiences of Thai immigrant masseuses. *BMC Health Services Research*, 19 (722). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4560-9>

Tylor, E. B. (1975). La ciencia de la cultura. En J.S. Kahn (Comp.), *El Concepto de Cultura: Textos Fundamentales* (pp. 29-46). Barcelona: Anagrama.

Ugarte Ballester, X. y Vargas-Urpi, M. (2018). La interpretación en los servicios públicos en Catalunya y las Illes Balears. En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 47-64). Editorial Comares, Granada.

Universal Projects and Tools S.L. (2020). *Universal Doctor Speaker*. <https://www.universaldocor.com>

Unión Europea. (2018). *Países*. https://europa.eu/european-union/about-eu/countries_es#otros-pa%C3%ADses-europeos

Valero-Garcés, C. y Monzón, S. (2018). El presente de la traducción e interpretación en los servicios públicos en la zona centro. En Ana-Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi y Magdalena Fernández Pérez (Ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 119-136). Editorial Comares, Granada.

Valero-Garcés, C. (2013). Comunicación con población extranjera en el ámbito sanitario. Iniciación a una base de datos sobre artículos de investigación. *Panace@*, 14 (37), 80-86. <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n37-tribuna-CValero-Garces.pdf>

Vargas-Urpi, M. (2013). ISP y/o mediación intercultural: la realidad de los profesionales que trabajan en el contexto catalán. *Cuadernos de ALDEEU*, 25, 131-164. https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/23692/Vargas_cua_ispy.pdf;sequence=1

Venuti, L. (1995). *The Translator's Invisibility: A History of Translation*. New York: Routledge.

Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London/New York: Longman.

Westermeyer, J. (1990). Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178 (2), 745-749. [10.1097/00005053-199012000-00003](https://doi.org/10.1097/00005053-199012000-00003)

Witte, H. (1992). El traductor como mediador cultural. Fundamentos teóricos para la enseñanza de la Lengua y Cultura en los estudios de Traducción. *El Guiniguada*, 1 (3), 407-414. https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/5103/1/0235347_01992_0047.pdf

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Técnicas de interpretación, canal, destrezas, condicionamientos específicos, géneros y submodalidades	16
Tabla 2. Técnicas de interpretación, canal, destrezas, condicionamientos específicos, géneros y submodalidades	19
Tabla 3. Funciones de la Mediación Intercultural (Bermúdez Anderson, 2002:92)	34
Tabla 4. Población según nacionalidad (01/01/2020).....	78
Tabla 5. Países pertenecientes a U.E.- 28	79
Tabla 6. Países pertenecientes a «resto de Europa»	79
Tabla 7. Población extranjera según lugar de procedencia (01/01/2019).....	80
Tabla 8. Llegada de pasajeros internacionales. Comunidad Autónoma de Canarias. ...	81
Tabla 9. Comunicación con el paciente extranjero	92
Tabla 10. Relación de las variables por profesión	102
Tabla 11. Distribución, grupo de edad.....	103
Tabla 12. Relación de edad y experiencia en años	104
Tabla 13. Distribución de la muestra significativa. Acreditación de idiomas	106
Tabla 14. Problemas más frecuentes de comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero.....	110
Tabla 15. Solución a los problemas de comunicación expuestos en la pregunta 14 del cuestionario.....	113
Tabla 16. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Por gestos	114
Tabla 17. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente	115

Tabla 18. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente).....	115
Tabla 19. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude	116
Tabla 20. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete	117
Tabla 21. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático	118
Tabla 22. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica	118
Tabla 23. Relación. No hablan comprensiblemente el idioma - Contratando a un intérprete (lengua hablada)	119
Tabla 24. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Por gestos.....	120
Tabla 25. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente	120
Tabla 26. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente).....	121
Tabla 27. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude.....	122
Tabla 28. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono.....	122
Tabla 29. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático	123
Tabla 30. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica	123

Tabla 31. Relación. No entendían las preguntas que se les hacían - Contratando a un intérprete (lengua hablada)	124
Tabla 32. Relación. Había frecuentes malentendidos - Por gestos.....	125
Tabla 33. Relación. Había frecuentes malentendidos - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente	125
Tabla 34. Relación. Había frecuentes malentendidos - Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente).....	126
Tabla 35. Relación. Había frecuentes malentendidos - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude	127
Tabla 36. Relación. Había frecuentes malentendidos - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono	127
Tabla 37. Relación. Había frecuentes malentendidos - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático	128
Tabla 38. Relación. Había frecuentes malentendidos - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica.....	128
Tabla 39. Relación. Había frecuentes malentendidos - Contratando a un intérprete (lengua hablada)	129
Tabla 40. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Por gestos	130
Tabla 41. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente.....	130
Tabla 42. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo a alguien externo	131
Tabla 43. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude	131
Tabla 44. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático.....	132

Tabla 45. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica.....	133
Tabla 46. Relación. Otra persona hablaba por ellos - Contratando a un intérprete (lengua hablada)	133
Tabla 47. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Por gestos	134
Tabla 48. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente	135
Tabla 49. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo a alguien externo	135
Tabla 50. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude	136
Tabla 51. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono	136
Tabla 52. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático.....	137
Tabla 53. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica.....	137
Tabla 54. Relación. Gesticulaban, se ponían nerviosos, agresivos o gritaban - Contratando a un intérprete (lengua hablada).....	138
Tabla 55. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Por gestos.....	139
Tabla 56. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente	139
Tabla 57. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo a alguien externo	140

Tabla 58. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude.....	141
Tabla 59. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono.....	141
Tabla 60. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático	142
Tabla 61. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica	142
Tabla 62. Relación. Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar - Contratando a un intérprete (lengua hablada)	143
Tabla 63. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Por gestos	144
Tabla 64. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente.....	144
Tabla 65. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo a alguien externo	145
Tabla 66. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude	145
Tabla 67. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono	146
Tabla 68. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático	147
Tabla 69. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Recurriendo a aplicaciones de traducción médica	147
Tabla 70. Relación. Buscaban una implicación personal del funcionario - Contratando a un intérprete (lengua hablada)	148
Tabla 71. Propuesta de horarios para los intérpretes en plantilla	162

Tabla 72. Tarifas de interpretación Eurotrad.....	166
Tabla 73. Tarifas de interpretación Eurotrad.....	167
Tabla 74. Extracto de las retribuciones del personal estatutario (Gobierno de Canarias, 2020).....	169

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. «Three dimensions of (interpreting as) mediation». Extraída de “Interpreting as Interaction” (Pöchhacker, 2008:16).....	28
Ilustración 2. Balneario de Azuaje en la actualidad.....	75
Ilustración 3. Cartel editado en varios idiomas (Centro de Salud de Candelaria, Tenerife)	84
Ilustración 4. Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma (Castilla-La Mancha).....	158
Ilustración 5. Retribución del personal funcionario (Ministerio de Hacienda).....	168
Ilustración 6. Aseguradoras internacionales que tienen concierto con el Hospital San Roque Meloneras	171

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Idiomas hablados por el personal sanitario (A partir de Santana García, 2017)	90
Gráfico 2. Recepción de pacientes extranjeros (A partir de Santana García, 2017)	91
Gráfico 3. Distribución de los porcentajes de población. CHUIMI	98
Gráfico 4. Distribución de los porcentajes de población. HUGCDN.....	98
Gráfico 5. Perfil Profesional	101
Gráfico 6. Grupos de edad del personal sanitario	102
Gráfico 7. Años trabajados del personal sanitario	103
Gráfico 8. Conocimiento de idiomas por parte del personal sanitario	105

ANEXOS

Anexo I. Cuestionario empleado en el estudio observacional en Auckland, Nueva Zelanda

El anexo I muestra las preguntas que les realizamos a los intérpretes sanitarios de Auckland, Nueva Zelanda, con el fin de conocer cómo desarrollan su trabajo en este ámbito aún desconocido en España.

Questions

- 1. What is your mother tongue and what are your working languages?**
- 2. What are your qualifications?**
- 3. How long have you been working as a healthcare interpreter?**
- 4. Are you a freelance interpreter or an in-house interpreter?**
- 5. How did you apply for this job?**
- 6. Which areas of healthcare do you interpret in?**
- 7. When a patient requires interpreting services, is there a fixed procedure to follow?**
- 8. Approximately how many health interpreting assignments would you do per day, or how many hours per week?**
- 9. Do you provide telephone interpreting services? If so, how does it work?**
- 10. What are the most common problems you encounter in health interpreter-mediated situations?**
- 11. What coping strategies do you use during difficult healthcare interpreting assignments? Could you give some examples?**
- 12. Which mode of interpreting do you use most in healthcare interpreting? Why?**

- 13. How often do you explain your role to healthcare professionals? Or to patients?**
- 14. Aside from the NZSTI Code of Ethics, are there other guidelines healthcare interpreters are asked to abide by?**
- 15. If you could change anything about the interpreting healthcare service, what would you change and why?**

Anexo II. Entrevista completa a la intérprete voluntaria

El anexo II muestra la entrevista realizada a la intérprete voluntaria del Complejo Hospitalario Insular - Materno Infantil, perteneciente al estudio piloto (2016/2017).

1. Nacionalidad

Alemana

2. ¿Cuántos años lleva en la isla?

Desde el 1 de mayo de 1972

3. ¿Tiene alguna otra ocupación profesional, aparte de trabajar como intérprete voluntaria en el ámbito sanitario?

Ya no. Pero antes era empresaria

4. ¿Cuántos años lleva dedicándose a la interpretación en este ámbito?

Más o menos unos 32 o 33 años.

5. ¿En qué hospitales desarrolla su labor?

Empecé en el Pino, en el Hospital Militar, en el Sabinal, en el Insular, Materno Infantil y antes en el Hospital Doctor Negrín.

6. ¿Qué le motivó a hacerse voluntaria en este ámbito?

Tiene 3 hijos sanos, y ese es el motivo. Creo que uno recibe y también tiene que compartir.

7. ¿Con quién tuvo que ponerse en contacto para realizar este trabajo?

Vivo al lado del Pino y mis vecinos eran todos médicos. Ellos se pusieron en contacto conmigo. Me decían; “¿puedes ayudarme con un paciente que no entiendo?” y así surgió, no fue algo planeado ni deseado.

8. Para estar vinculada a la interpretación en el ámbito sanitario, ¿tiene usted alguna preparación médica o la ha ido adquiriendo con el paso de los años?

De jovencita hice una cosa que se llamaba “el año social” en el ámbito sanitario, en un hospital de Alemania y después poco a poco vas adquiriendo los conocimientos. Pero, no es solo traducir, también tienes que organizar los traslados, contactar con la familia, con los seguros, tienes que buscar vuelos, hoteles para los familiares. No es solo hablar y transmitir lo que dice le dice el médico al paciente y viceversa.

9. ¿Para qué especialidades suelen llamarla más?

Para cualquier especialidad.

10. ¿Solo interviene con el médico o también con enfermeras, celadores, etc.?

Con todos los que me soliciten. Veo a todos los pacientes ingresados a diario, como el médico. Y luego, los que me soliciten para consulta o cuando el médico tiene que decirle algo importante al paciente, o cuando hay que firmar un consentimiento.

11. ¿Es muy diversa la variedad idiomática y nacionalidad de los pacientes?

Yo estoy únicamente para los de habla alemán.

12. ¿Con qué dificultades se ha enfrentado a lo largo de su carrera/experiencia?

No hay nada especial. Estupideces hay en todos lados.

13. ¿Podría compartir alguna anécdota o historia relacionada con el acto de mediación lingüística en este ámbito?

Una que puedes quizás relacionarla con la pregunta anterior. Era un niño que venía de Fuerteventura tenía una hidrocefalia por abusar del sol. El niño se muere y los padres lo vieron con los cables y demás, y los padres fueron tan grandes que donaron los órganos de un niño de 4 años. Es muy emocional, pero a la vez una historia bonita. Y tienes que tener los hombros anchos porque te van a llorar mucho, tienes que estar dispuesta para que te utilicen como cubo de basura porque todas sus preocupaciones te las echan y te lo tienes que tragar.

14. ¿Desde que desarrolla esta labor ha habido alguna diferencia en cuanto a los servicios para las que la requieren? ¿Se ha ido desarrollando, ampliando

o mejorando el servicio?, y si es así, ¿en qué sentido? (más personas, más idiomas, etc.)

Se ha ampliado el número de pacientes. Tengo unos 1000 al año, diferentes. No los que veo todos los días, que hay algunos que veo todos los días durante 3 meses y hay algunos que veo solo en urgencias.

- **¿Se ha ampliado el servicio de intérpretes?**

Hay más pacientes que personal intérprete porque esa plaza no existe.

15. ¿Qué le ha aportado personalmente ser intérprete voluntaria?

Yo no soy voluntaria en el sentido de los voluntarios. Es decir, yo no estoy organizada ni nada. Tengo apoyo de mi consulado, me han dado muchos reconocimientos, pero para mí personalmente ha hecho que me tome la vida con mucha más tranquilidad. Mi hijo venía con malas notas del colegio, pues no pasaba nada, todos han salido, todos tienen un puesto de trabajo y están bien. Hay que ver un poco la cosa menos estresada. Darles la importancia necesaria a las cosas. No me altero fácilmente.

16. Información adicional

También traduzco al alemán los consentimientos para hacerse alguna prueba, por ejemplo, una resonancia o un TAC porque las personas firman sin poder leerlo y esto por ley puede ser un problema.

Yo estoy solo para los pacientes de habla alemana. Pero si puedo ayudar con otro idioma lo hago, llamando a amigos que saben esos idiomas, por ejemplo, si tengo un finlandés que solo habla suomi, tengo una amiga que habla finlandés. Tengo una amiga que estudió medicina en Rusia, y si tengo un paciente ruso pues la llamo y lo intento solucionar.

Anexo III. Cuestionario empleado en el estudio piloto 2016/2017

Este anexo detalla las preguntas realizadas, durante el desarrollo del estudio piloto, al personal sanitario.

- 1. ¿Profesión/Especialidad?**
- 2. ¿Cuántos años lleva trabajando?**
- 3. ¿Sabe otro idioma que no sea el suyo propio?**
- 4. ¿Le suelen llegar pacientes extranjeros con frecuencia?**
- 5. ¿Qué suele hacer cuando viene un paciente extranjero? ¿Cómo se comunica con ellos?**
- 6. ¿Cree que el servicio público de la sanidad debería contar con un servicio de intérpretes? ¿O quizás, al menos, un servicio de interpretación telefónica para que se entienda mejor el personal sanitario con el paciente y viceversa?**
- 7. ¿Existe algún protocolo de actuación para que el paciente extranjero entienda, por ejemplo, las pruebas que se le van a realizar?**
- 8. (Si existe un protocolo de actuación) ¿es eficiente?**
- 9. (Si no existe un protocolo de actuación) ¿cree que debería existir un protocolo de actuación?**
- 10. En el caso, por ejemplo, de que el paciente extranjero no lleve a su propio intérprete ¿suelen recurrir a otros empleados que sí sepan idiomas para poder entender al paciente? ¿O suelen recurrir al lenguaje no verbal?**
- 11. ¿Suelen coger también como intérpretes a los acompañantes del paciente (amigos o familiares) que entiendan y sepan hablar un poco de español?**

Anexo IV. Cuestionario empleado en el estudio definitivo

El anexo IV muestra el cuestionario realizado al personal hospitalario en el estudio definitivo de esta tesis doctoral. Del mismo modo, 86 de los 289 participantes respondieron al cuestionario en línea (<https://forms.gle/SEVckao1ueqztQ4L6>).

Cuestionario

En primer lugar, queremos agradecer su participación en este estudio. En el marco de un proyecto de tesis doctoral, estamos llevando a cabo una investigación sobre la interpretación en el ámbito sanitario, es decir, cómo se comunica el personal del Servicio Canario de Salud (SCS) con el paciente extranjero cuando este acude a un centro sanitario en la isla de Gran Canaria. Su participación es voluntaria y consistirá en responder a las preguntas del siguiente cuestionario, el cual fue elaborado a partir del cuestionario de Pérez-Luzardo Díaz y Fernández Pérez (2018). Los datos que nos facilite se tratarán de manera confidencial conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y se utilizarán únicamente para clasificar sus respuestas, preservando en todo momento su anonimato.

A. Datos generales

1. Sexo

- Mujer
- Hombre

2. Edad

- Menos de 25
- 25 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- Más de 60

3. Profesión:

- Médico
- Enfermero
- Auxiliar de enfermería
- Técnico
- Administrativo
- Celador

4. Centro y servicio:

5. Experiencia (años) en este puesto o en puestos similares:

- Menos de 2
- 3 – 5
- 6 – 7
- 8 – 9
- 10 – 12
- 13 o más

6. ¿Cuál es su lengua materna?

7. ¿Tiene conocimientos en otro idioma que no sea su lengua materna?

- Sí
- No

8. En caso de tener conocimientos en otra lengua especifique el idioma:

- Idioma o idiomas:
-

¿Tiene algún certificado oficial que acredite su conocimiento de idiomas?

- No
- Sí

Nivel de idioma acreditado:

- A1
- A2
- B1
- B2
- C1
- C2
- Otro: _____

B. Recepción y comunicación con pacientes extranjeros en los hospitales públicos de la isla de Gran Canaria

9. Frecuencia aproximada en la que llega un paciente extranjero, que no domina el español, a su área de trabajo:

- Esporádicamente
- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Anualmente

10. Describa qué colectivos de usuarios que no dominan el español suelen requerir atención en su lugar de trabajo (puede marcar más de una):

Extranjeros residentes no regularizados		Turistas	
Extranjeros residentes regularizados		No lo sé	
Otro (especificar):			

11. ¿Existe algún protocolo de actuación para saber cómo debe actuar ante la llegada de un paciente extranjero a su puesto de trabajo?

- Sí
- No
- No lo sé

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

- Sí
- No
- No lo sé

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

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

14. En los casos en los que ha habido problemas de comunicación, indique cómo se han resuelto:

	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia
Por gestos				
Recurriendo a un compañero que se entienda con el paciente				
Recurriendo a alguien externo (familiar del paciente) que se pueda comunicar con el usuario				
Pidiéndole al paciente que traiga a alguien que le ayude				
Pidiéndole al paciente que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete				
Recurriendo al Traductor de Google u otro traductor automático				
Recurriendo a aplicaciones de traducción médica (TRADASSAN, HIPOT-CNV...)				
Contando con la ayuda de voluntarios				
Contratando a un traductor (textos escritos)				
Contratando a un intérprete (lengua hablada)				
Llamando a un servicio de interpretación telefónica				
Llamando al consulado correspondiente				
Otro (especificar):				

15. ¿Cómo se siente cuando tiene que atender a un paciente extranjero?

- Más nervioso o inseguro que cuando atiendo a un paciente local
- Igual que cuando atiendo a un paciente local
- Otro (especificar): _____

C. Traductores e Intérpretes

16. ¿Le ayudaría contar con la ayuda de un intérprete en su servicio?

- Sí
- No
- No lo sé

17. En caso afirmativo, preferiría:

- Que el intérprete esté presente

- Interpretación telefónica
- No lo sé

18. Indique que cualificación considera que debe poseer el traductor para poder ofrecer un servicio adecuado (marque tantas opciones como considere necesario):

Grado o Licenciatura en Traducción e Interpretación		Máster o Posgrado universitario en otra disciplina diferente a la Traducción e Interpretación Indique cuáles:	
Grado o Licenciatura en Lenguas (Filología, Lenguas modernas)		Conocimiento acreditado de las lenguas de trabajo	
Grado o Licenciatura en otra disciplina no lingüística. Indique cuáles:		Cursos de especialización no universitarios Indique cuáles:	
Máster o Posgrado universitario en Traducción e Interpretación		Otros (especificar):	
Máster o Posgrado universitario en Traducción e Interpretación médica			

19. Si desea añadir algún comentario relacionado con los temas tratados en el cuestionario, puede añadirlo a continuación:

Anexo V. Consentimiento informado para participar en el estudio definitivo

En este anexo se puede apreciar la hoja de información y consentimiento informado para participar en el estudio, detallando y describiendo el estudio que se realizará. De esta manera los participantes en todo momento están enterados sobre el tipo de estudio que se está llevando a cabo.

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

TITULO “La interpretación sanitaria en la isla de Gran Canaria: situación actual y protocolo de actuación”

Estimado/a Señor/a:

Su jefe de servicio o supervisor le ha solicitado, participar en este estudio. Reiteramos la explicación dada verbalmente, ahora, por escrito con objeto de que nos autorice a incluirlo en el estudio. Es importante que usted conozca y entienda la finalidad y los procedimientos llevados a cabo en este estudio, lea atentamente esta información y no dude en preguntar todas aquellas cuestiones que no le queden claras.

ANTECEDENTES

Este proyecto de tesis se enmarca en el campo de la interpretación, es decir, la traducción oral de un determinado discurso. Existen diferentes tipos de interpretación, por lo que este trabajo está dirigido a la interpretación en el ámbito sanitario en Canarias.

Canarias, debido a su situación geográfica y buen clima, siempre ha sido un foco de atractivo turístico. Centrándonos en el ámbito de los Servicios Públicos (SSPP), concretamente en el ámbito sanitario, podemos destacar que existen dos tipos de turistas.

Por un lado, el turismo de salud, los cuales acuden principalmente a centros hospitalarios privados que cuentan con un servicio de intérpretes para cubrir las necesidades lingüísticas y facilitar la comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero.

Y, por otro lado, los residentes extranjeros que se instalan en las islas, estos, en cambio, sí tienen que hacer uso de los SSPP, pero, desgraciadamente el ámbito sanitario no cuenta con un servicio de intérpretes. Por ello existe una gran dificultad, el personal sanitario no suele conocer el idioma del paciente, y el paciente tampoco habla español, por lo tanto, la comunicación entre ellos no se puede llevar a cabo.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El trabajo persigue tres objetivos principales. En primer lugar, analizar cuál es el estado y las necesidades de interpretación en el sistema sanitario público español y europeo. En segundo lugar, abordar la situación actual de la interpretación sanitaria en la isla de Gran Canaria, recabando datos mediante encuestas realizadas al personal sanitario. Por último, proponer un protocolo de actuación con el fin de guiar al personal sanitario y administrativo cuando llegue un paciente extranjero al hospital y la creación de un servicio de mediación lingüística intrahospitalario.

El interés de estos objetivos viene determinado por una necesidad real en la atención sanitaria pública, que afecta tanto a los trabajadores como a los usuarios del servicio. Una comunicación

deficiente o insuficiente puede provocar desde situaciones incómodas por malentendidos culturales o lingüísticos hasta, en el peor de los escenarios posibles, errores de diagnóstico o la receta o administración de fármacos dañinos para un determinado paciente.

Una vez se haya demostrado la viabilidad de la creación de un servicio de asistencia lingüística, este proyecto podría extenderse al ámbito nacional y quizá exportarse al modelo de otros países de la comunidad europea, por lo que podría ser la semilla de una iniciativa multilingüe a escala europea para garantizar una asistencia sanitaria eficiente a los ciudadanos de los estados miembros.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Esta tesis doctoral tiene como objetivo principal la propuesta de un protocolo de actuación lingüístico en los hospitales públicos de Gran Canaria. En la actualidad no existe un sistema reglado de atención a los pacientes de habla extranjera cuando estos acuden a un servicio de atención sanitaria.

Por esa razón, la tesis que se plantea trata de abordar las dificultades de la interpretación en los servicios públicos, centrándonos en el ámbito sanitario, ya que en este sector no existe un servicio de intérpretes para ayudar a los pacientes extranjeros que se encuentran en el país, y, de esta manera, poder mediar entre el personal hospitalario y estos pacientes, al igual que suplir las dificultades no solo lingüísticas, sino también culturales.

Es por eso por lo que uno de nuestros objetivos es analizar las barreras lingüísticas existentes en el ámbito sanitario, expresadas en las fuentes bibliográficas, así como recabar el testimonio oral de los distintos estamentos de la atención sanitaria pública en Gran Canaria, para poder, posteriormente, proponer un protocolo de actuación lingüístico útil a la sociedad canaria.

RIESGOS DEL ESTUDIO

No se prevé que su participación en el estudio pueda resultar perjudicial para su salud.

BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Al final del estudio esperamos poder ayudar a que el personal sanitario y el paciente extranjero puedan comunicarse con éxito.

OBLIGACIONES

Su participación en el estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar.

AVANCES EN EL CONOCIMIENTO

Siguiendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, Protección de datos de carácter personal y el RD 1720/2007 de 21 de diciembre y el resto de legislación aplicable, todos los datos recogidos en el transcurso del estudio serán tratados de forma estrictamente confidencial y serán utilizados únicamente para la valoración del estudio sin desvelar en ningún momento los datos de su identificación. Todas las personas que forman parte del equipo investigador están obligadas a mantener el secreto profesional.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos que nos facilite se tratarán de manera confidencial conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y se utilizarán únicamente para clasificar sus respuestas, preservando en todo momento su anonimato.

COMITÉS ÉTICOS

Del presente protocolo de estudio ha tenido conocimiento el Comité de Ética en la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEI/CEIm) de ese hospital.

DECLARACIÓN

D/DÑA:.....con D.N.I.

Mediante el presente documento **DOY MI AUTORIZACION** para participar en este estudio

- He leído la información y he podido hacer preguntas sobre la misma, entendiendo la finalidad y los procedimientos que se llevaran a cabo en el estudio.
- Considero que la información recibida es suficiente y la comprendo.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mi salud

Y para que así conste, firmo el presente documento, después de haberlo leído y comprendido, y por mi propia voluntad.

En Las Palmas de Gran Canaria, a....de.....de.....

Firma del Participante

Anexo VI. Autorización para realizar el estudio definitivo

Conformidad de la dirección del centro, autorizando el estudio y la entrega de cuestionarios en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN/COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dña M^a DOLORES FIUZA PEREZ, Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CEI/CEIm HUGCDN)

CERTIFICA:

Que este Comité, según consta en el Acta 9/2018 de fecha 29/11/2018 ha evaluado la propuesta del promotor: MÓNICA DEL CARMEN SANTANA GARCÍA, para que se realice el **ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA**. Titulado:

"La interpretación sanitaria en la isla de Gran Canaria: situación actual y protocolo de actuación".

Promotor: SANTANA GARCÍA, MÓNICA DEL CARMEN
Código CEIm LAS PALMAS: 2018-242-1

CEIC de Referencia: CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN.
Investigador Principal: **Dña MÓNICA DEL CARMEN SANTANA GARCÍA, del Universidad de Las Palmas de Gran Canaria**

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y el modo de reclutamiento.

El investigador y su equipo se comprometen a cumplir las recomendaciones y directrices de Buena Práctica Clínica aplicables a este tipo de estudios y la Declaración de Helsinki actualizada.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Asimismo, este Comité **APRUEBA** que dicho ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA sea realizado en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín por Dña. MÓNICA DEL CARMEN SANTANA GARCÍA como Investigador Principal.

Que este Comité, tanto en su composición como en los PNTs, cumple con las normas Ode BPC (CPMP/ICH/135/95).

En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:
01-QKS0RPiBdTndf5x2gTVU6o-PM6-WFJ





Servicio Canario de la Salud
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don **Pedro Miguel Rodríguez Suárez** Director Gerente del **Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín**, al amparo de la Orden SAS/3470/2009 y vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEI/CEIm) de este Hospital (**Acta 9/2018**).

CERTIFICA:

Que conoce la propuesta realizada por el promotor SANTANA GARCÍA, MÓNICA DEL CARMEN para que sea realizado en este Centro el ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA titulado:

"La interpretación sanitaria en la isla de Gran Canaria: situación actual y protocolo de actuación"

Promotor: SANTANA GARCÍA, MÓNICA DEL CARMEN

Código CEIm H.U.G.C. Dr. Negrín: 2018-242-1

CEIC de Referencia: CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN

Y que será realizado por **Doña MÓNICA DEL CARMEN SANTANA GARCÍA** de la Facultad de Traducción e Interpretación de la ULPGC como Investigadora Principal.

Que se está de acuerdo con las condiciones establecidas entre el Centro y el Promotor en el que se especifican todos los aspectos relativos a este ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA.

Que acepta la realización de dicho **ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA** en este Centro.

Lo que firma en Las Palmas de Gran Canaria,

El Director Gerente

Fdo: D. Pedro Miguel Rodríguez Suárez

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
PEDRO MIGUEL RODRIGUEZ SUAREZ - DIRECTOR GERENTE	Fecha: 10/12/2018 - 10:39:32
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0EpjZOIO1NVXuhy_RDZpa4XBj3muVb27x	 
El presente documento ha sido descargado el 10/12/2018 - 12:50:59	



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular Materno-Infantil

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don **Víctor Naranjo Sintés, Director Gerente del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil**, al amparo de la Orden SAS/3470/2009 y vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEI/CEIm) del H.U.G.C. Dr. Negrín (**Acta 9/2018**).

CERTIFICA:

Que conoce la propuesta realizada por el promotor SANTANA GARCÍA, MÓNICA DEL CARMEN para que sea realizado en este Centro el ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA titulado:

“La interpretación sanitaria en la isla de Gran Canaria: situación actual y protocolo de actuación”

Promotor: SANTANA GARCÍA, MÓNICA DEL CARMEN

Código CEIm H.U.G.C. Dr. Negrín: 2018-242-1

CEIC de Referencia: CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN

Y que será realizado por **Doña MÓNICA DEL CARMEN SANTANA GARCÍA** de la Facultad de Traducción e Interpretación de la ULPGC como Investigadora Principal.



Que se está de acuerdo con las condiciones establecidas entre el Centro y el Promotor en el que se especifican todos los aspectos relativos a este ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA.

Que acepta la realización de dicho **ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA** en este Centro.

Lo que firma en Las Palmas de Gran Canaria

El Director Gerente

Fdo: D. Víctor Naranjo Sintés

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
VICTOR NARANJO SINTES - DIRECTOR GERENTE	Fecha: 09/12/2018 - 19:04:00
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0xqYjXiEaBsk8VcrVnzPiqjENgjmRaSw	 
El presente documento ha sido descargado el 10/12/2018 - 08:21:48	