



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Trabajo Fin de Grado (32599)

Interpretación médica: de la teoría a la práctica a partir de estudios de caso

Autora: Cristina Martínez Ferrando

Tutor: Juan Miguel Ortega Herráez

Universidad de Alicante

Grado en Traducción e Interpretación

Línea de investigación: Interpretación social

cmf26@alu.ua.es

Junio 2015

Firma de la alumna

Firma del profesor

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo es el resultado de un gran esfuerzo y no habría podido llevarse a cabo sin la colaboración, el interés y el apoyo de algunas personas a las que me gustaría mostrar mi más sincero agradecimiento.

En primer lugar, a mi tutor, Juan Miguel Ortega Herráez, por su orientación, sus correcciones, su interés, su cercanía, así como por todos sus consejos para que este trabajo saliera adelante y cumpliera los objetivos planteados.

A Pascalle van Leeuwen, por su total disponibilidad a la hora de responder a todas las preguntas planteadas, así como por las gestiones realizadas para que la parte más importante del estudio, los análisis de las consultas, pudiera llevarse a cabo.

A los intérpretes profesionales, las alumnas de interpretación en prácticas, así como a los médicos y pacientes del Hospital Internacional Medimar, por su interés y por acceder a colaborar con este trabajo permitiendo la presencia de la autora en los diferentes encuentros médicos.

A Catalina Iliescu Gheorghiu, por la información proporcionada en lo referente a los estudiantes en prácticas y Raquel Cerdán Reina, por su aportación desinteresada al largo y duro trabajo de documentación para este estudio.

Finalmente, agradecer a todos aquellos compañeros y amigos que me han apoyado en momentos de estrés y desaliento. Pero, especialmente, es de agradecer el ánimo y apoyo de quienes más han sufrido mi falta de tiempo y mis momentos de estrés: mis padres, Justo y Cristina, y mi hermana, Esther.

RESUMEN

Ante la realidad de un mundo globalizado en el que España ocupa uno de los puestos más altos en lo referente a turismo y población extranjera, la necesidad de intérpretes médicos a la hora de proporcionar asistencia médica a estos colectivos es cada vez mayor. Esta situación plantea numerosas cuestiones acerca de la profesión del intérprete médico relacionadas, entre otros asuntos, con la necesidad de formación específica y de unas pautas a seguir a la hora del ejercicio de la profesión. Así pues, el presente trabajo pretende analizar parte de la realidad de la interpretación médica en España y, concretamente, en la provincia de Alicante a través de un análisis comparativo entre algunas consideraciones teóricas y la práctica profesional de la interpretación médica en un hospital privado de dicha provincia.

Palabras clave: Interpretación en los Servicios Públicos. Interpretación médica. Intérprete médico. Población extranjera. Alicante.

ABSTRACT

In a globalized world where Spain is one of the leading countries in the reception of tourists and the presence of foreign born population, the need for interpreters when offering medical assistance to these groups is growing constantly. This situation raises several questions related to the role of the healthcare interpreter and the need for specific training and professional guidelines for this activity. Therefore, the aim of this paper is to analyse some elements of the situation of healthcare interpreting in Spain and, more specifically, in the region of Alicante, through the comparative analysis of some theoretical considerations and the professional practice of medical interpreting in a private hospital located in this region.

Palabras clave: Public Service Interpreting. Healthcare Interpreting. Healthcare interpreter. Foreign population. Alicante.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Metodología	2
3. Contextualización de la interpretación médica en España y en la provincia de Alicante	4
3.1.Legislación	8
4. Reflexiones teóricas sobre la interpretación médica.	10
4.1.Situación comunicativa	12
4.1.1. Participantes	12
4.1.2. Mensaje	14
4.1.3. Código	14
4.1.4. Canal	15
4.1.5. Contexto	15
4.2.Deontología profesional	16
4.2.1. Confidencialidad	17
4.2.2. Fidelidad y precisión	18
4.2.3. Profesionalidad	19
4.2.4. Imparcialidad	19
4.3.Papel del intérprete	20
5. Estudios de caso: análisis de consultas médicas mediadas por intérpretes	22
5.1.Hipótesis del trabajo	22
5.2.Contexto	23
5.2.1. Interpretación en el Hospital Internacional Medimar	24
5.3.Resultados y comparativa con las aportaciones teóricas recogidas	28
5.3.1. Intérprete 1	29
5.3.1.1.Consulta 1	29
5.3.1.2.Consulta 2	31
5.3.2. Intérprete 2	33
5.3.2.1.Consulta 1	33
5.3.2.2.Consulta 2	34
5.3.3. Intérpretes 3 y 4	35
5.3.3.1.Intérprete 3, consulta 1	36

5.3.3.2.Intérprete 4, consulta 1	37
5.4.Estudios de caso: conclusiones	38
6. Conclusiones	39
7. Referencias bibliográficas	42
8. Anexos	45

1. Introducción

La globalización, el crecimiento de los flujos migratorios y el hecho de que nos encontremos entre los cinco primeros países que mayor número de turistas reciben al año (OMT 2014)¹, hace que la interpretación médica se convierta en un servicio indispensable e incrementa la necesidad de trabajos de investigación sobre esta disciplina y los agentes implicados en ella. El presente estudio pretende tratar el tema de la interpretación en el ámbito médico a través de un análisis comparativo entre la práctica de esta disciplina y parte del marco teórico que existe sobre la misma. Para ello, se llevarán a cabo estudios de caso sobre la práctica profesional de la interpretación médica en el Hospital Internacional Medimar de Alicante, en los se analizará la labor de diferentes intérpretes en consultas con doctores de distintas ramas de la medicina.

La elección del objeto de análisis nace, en primer lugar, del interés personal de la autora por el trabajo del intérprete médico tras la experiencia como intérprete en prácticas en el Hospital Internacional Medimar. Por otra parte, la provincia de Alicante constituye un destino cada vez más frecuente para el turismo sanitario, lo cual está siendo impulsado gracias a iniciativas como el clúster Red Alicante Salud, la asociación Mediterranean Health Care, así como el programa “Healc, tu destino saludable”, creadas con el objetivo de hacer de la provincia de Alicante el destino principal para este tipo de turismo (*Impuls Alicante* 2014). Esta realidad genera nuevas necesidades de interacción comunicativa y hace que la figura del intérprete médico tenga cada vez más importancia. Además, el campo de la medicina está formado por una gran cantidad de ramas, lo cual se hace visible en la diversidad de situaciones que pueden darse en las consultas médicas de un hospital o un centro sanitario y, por tanto, en la diversidad de situaciones a las que debe enfrentarse un intérprete médico en su día a día. Todo esto convierte la labor de dichos intérpretes en un interesante objeto de análisis para el presente estudio.

Si bien la interpretación (y concretamente la interpretación en los servicios públicos) entendida como mediación interlingüística se remonta al comienzo de las relaciones entre pueblos con distintas lenguas, el interés por esta actividad como campo de estudio es bastante más reciente y tiene sus inicios en el siglo XX (Pöchhacker 2008:

¹ Según el *Panorama OMT del turismo internacional*, España recibió cerca de 61 millones de turistas internacionales en el año 2013, cifra que tan sólo superaron Francia y Estados Unidos.

27). Autores como Hale (2011), Cambridge (2007) y Pöchhacker (2008), entre otros, con su bibliografía, son los que han ayudado a establecer el marco teórico del análisis. Además, cabe destacar que se ha recurrido a trabajos de fin de grado elaborados por las alumnas Pérez Estevan (2014) y Cerdán Reina (2014) del Grado en Traducción e Interpretación de la Universidad de Alicante en el curso 2013-2014, principalmente a la hora de llevar a cabo el estudio bibliográfico y la recopilación de información relacionada con la situación actual de la interpretación médica.

Así pues, tras la explicación de la metodología empleada para la elaboración de este trabajo, se realizará un breve recorrido por la situación actual de la interpretación médica en España y, concretamente, en la provincia de Alicante. Este recorrido concluirá con una serie de aportaciones sobre lo que establece la ley en materia de interpretación sanitaria en nuestro país.

A continuación, se llevará a cabo una exposición del objeto de estudio, la interpretación médica, así como una descripción del marco teórico que se utilizará a la hora del análisis, centrado en el papel del intérprete médico y en los diferentes roles que puede adoptar a la hora de llevar a cabo su labor interpretativa.

Acto seguido, se expondrán la hipótesis del trabajo, así como los resultados del análisis realizado en diferentes consultas asistidas por intérpretes en el Hospital Internacional Medimar. En este apartado, además de exponer los resultados, se tratará de comparar lo obtenido con las consideraciones teóricas y los diferentes roles desarrollados anteriormente.

Finalmente, se plantearán las conclusiones alcanzadas tras el estudio, así como las diferentes obras bibliográficas que hayan sido mencionadas a lo largo del trabajo. Además, los Anexos 1 y 2 constituyen el código ético para el personal sanitario del Hospital Internacional Medimar y la tabla utilizada a la hora de analizar las diferentes consultas respectivamente.

2. Metodología

Para la elaboración del presente estudio, se ha seguido una metodología basada, por una parte, en un proceso de estudio bibliográfico para desarrollar el marco teórico y, por otra, en un análisis de la labor comunicativa de algunos de los intérpretes en

consultas médicas realizadas en el hospital objeto de estudio, el Hospital Internacional Medimar de Alicante.

Para el desarrollo del marco teórico, se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía existente relacionada con el ámbito de la traducción y la interpretación en los servicios públicos, tanto a nivel nacional como internacional. A la hora de seleccionar dicha bibliografía, se ha tratado de atender a las publicaciones de carácter más reciente; es decir, a obras publicadas durante los últimos 15 años, aproximadamente.

De esta forma, una vez realizadas las consideraciones teóricas, se procedió a la segunda parte del estudio y la más importante: el análisis de consultas asistidas por intérpretes en el Hospital Internacional Medimar de Alicante. La elección de este hospital estuvo motivada, en primer lugar, por el trabajo como intérprete en prácticas de la autora de este trabajo en este mismo hospital, lo cual implicaba un conocimiento previo de las características del lugar, el personal sanitario y administrativo, así como la forma de trabajo. Este hecho también facilitó el contacto con el hospital, gracias a Pascalle van Leeuwen, intérprete responsable del departamento de interpretación y de las estudiantes en prácticas. Por otra parte, el otro motivo de la elección de este hospital radica en la gran afluencia de pacientes extranjeros que acude allí a recibir atención sanitaria y, sobre todo, en el número de intérpretes que trabaja con los pacientes alófonos, así como la cantidad de idiomas que estos cubren, lo cual no es habitual en los hospitales españoles (Martin 2000) y hace de este lugar un interesante objeto de estudio.

De esta forma, tras una reunión previa con la autora del presente estudio para explicar en qué consistiría el análisis de las consultas, la responsable de las intérpretes se puso en contacto con el encargado de personal, el cual autorizó la presencia de la autora en algunas de las consultas asistidas por intérpretes. Cabe destacar que, en un principio, se barajó la posibilidad de grabar las consultas, pero esta fue descartada, ya que grabar sólo el audio no sería de utilidad, debido al carácter gráfico de gran parte de la información requerida para el análisis, y grabar en vídeo no resultaba posible debido a cuestiones relacionadas con la protección de datos.

Así pues, la recopilación de información en las consultas para el posterior análisis se llevó a cabo mediante la toma de notas. Para ello, se partió de una plantilla en

la que se recogían los diferentes aspectos que se pretenden analizar en el presente trabajo. Antes de cada consulta, se le pedía autorización al paciente para la presencia de la autora en la sala, comunicándole que la información obtenida sería utilizada para un Trabajo de Fin de Grado de la Universidad de Alicante y que en ningún momento se harían públicos sus datos personales, puesto que el tipo de información que se pretendía recoger era aquella relacionada con los intérpretes que asistían dichas consultas y la labor que realizaban. Por otra parte, también se pidió autorización para la presencia de la autora a los diferentes intérpretes estudiados, así como a los médicos de cada una de las consultas. Cabe destacar que ninguna de las partes se negó a la presencia de una “cuarta” persona en la consulta y que la gran mayoría mostró total disponibilidad y un enorme interés por el trabajo que se estaba llevando a cabo.

3. Contextualización de la interpretación médica en España y en la provincia

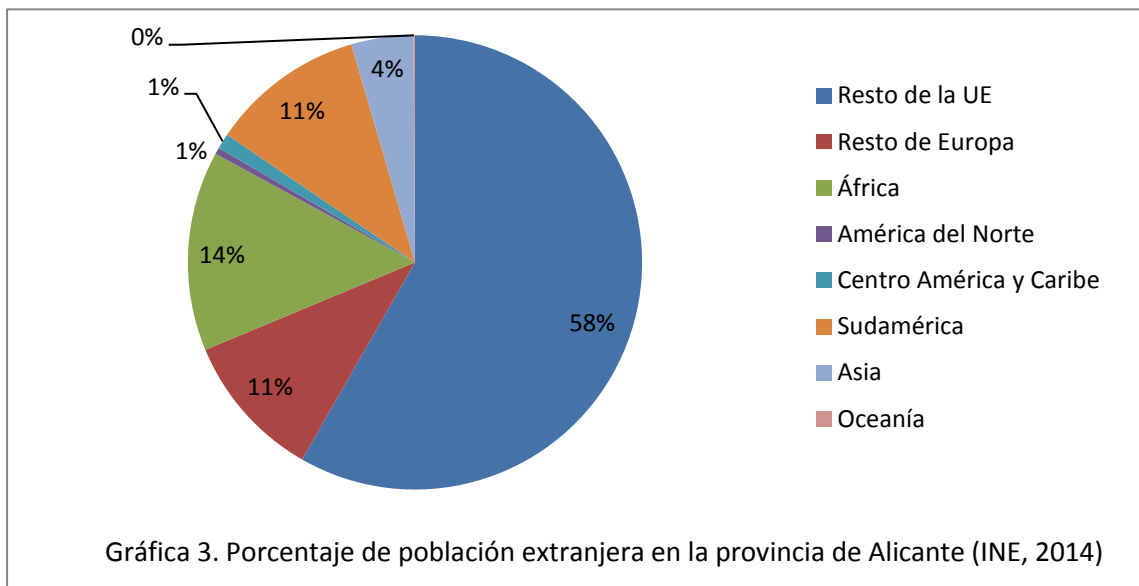
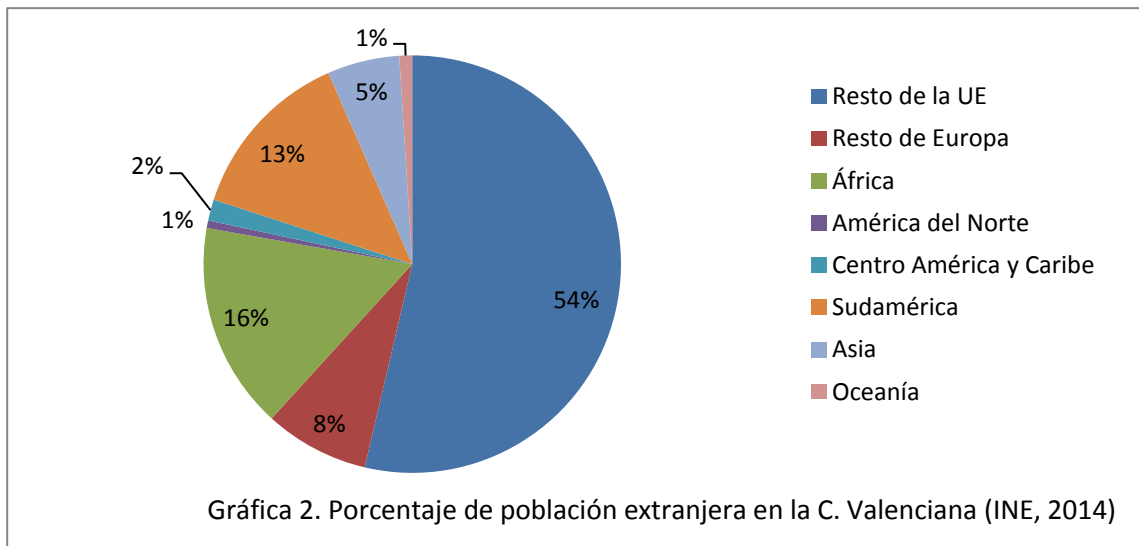
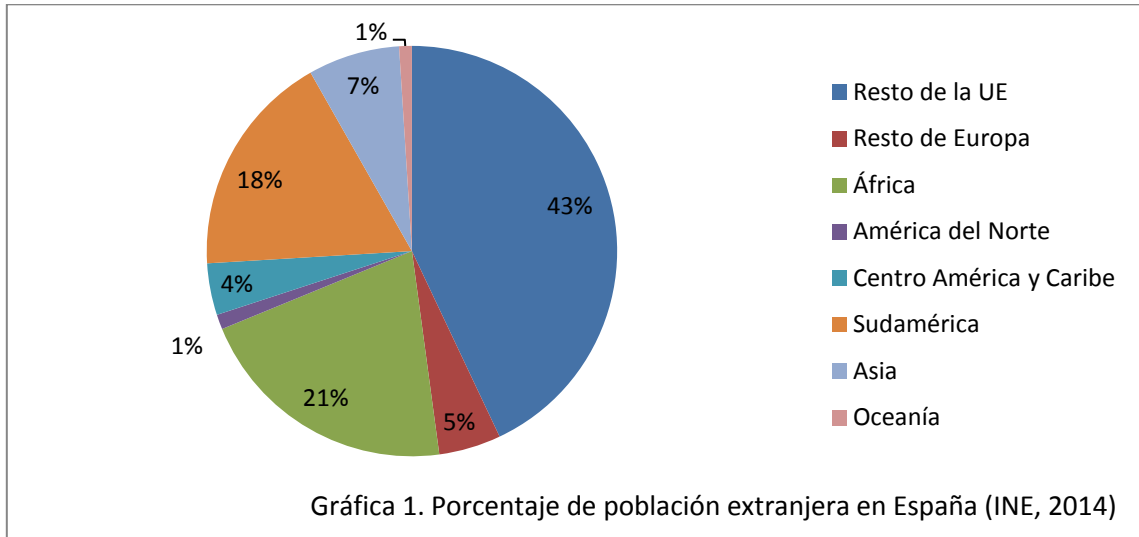
El último informe oficial del Instituto Nacional de Estadística (INE 2014) sobre la demografía en España nos muestra la situación del país en lo referente a población extranjera. A continuación, en la Tabla 1, podemos observar estos datos:

	España	Comunidad Valenciana	Alicante
Población total	46.464.053	4.949.219	1.852.789
Población extranjera	4.537.801	669.010	367.112
Población extranjera (porcentaje)	9,8%	13,5%	19,8%

Tabla 1. INE (2014)

Tal y como nos muestra la Tabla 1, existe una presencia importante de población extranjera en España, y los porcentajes aumentan si nos centramos en la Comunidad Valenciana o, más concretamente, en la provincia de Alicante. Además, cabe destacar que, gracias a la información ofrecida el INE sobre la población extranjera residente en España, se puede observar que ese trata de una población muy heterogénea, pues la procedencia de estas personas es muy variada: desde países europeos (principalmente del norte de Europa) en los que existe un alto nivel económico, hasta Sudamérica y África, donde la situación económica es totalmente opuesta al primer grupo. Si bien destacan por su gran afluencia los extranjeros procedentes de estos tres lugares (Europa, Sudamérica y África), las estadísticas nos muestran que también hay grupos numerosos de población procedente de Asia y Centroamérica, y grupos más reducidos procedentes de América del Norte y Oceanía. Esta realidad queda reflejada a continuación, en las

Gráficas 1, 2 y 3, en las que se proporciona información detallada sobre los colectivos de extranjeros residentes en España, en la Comunidad Valenciana y en la provincia de Alicante:



Como podemos ver, una parte muy elevada de la población extranjera de la Comunidad Valenciana se concentra en Alicante y, tras examinar toda esta información, podemos afirmar que la población extranjera residente en España, dada la diversidad de sus orígenes geográficos, es una población con características muy diferentes: lengua, nivel cultural, nivel económico, religión, costumbres, etc. De esta forma, teniendo en cuenta la información proporcionada por el INE (2014) podemos conocer los idiomas más frecuentes dentro del colectivo de la población extranjera en España y, por ende, los idiomas que serán más solicitados a la hora de interpretar. En primer lugar, teniendo en cuenta que uno de los grupos más numerosos es el de la población de origen británico, el inglés es una de las lenguas más solicitadas. Además, cabe destacar que también se recurre al inglés como lengua vehicular a la hora de tratar con pacientes que lo dominan, aunque esta no sea su lengua materna. En segundo lugar, el francés es también utilizado muy frecuentemente en la interpretación médica, ya que la población francesa constituye otro de los grupos más numerosos. En este caso, al igual que ocurre con el inglés, también se recurre al francés como lengua vehicular a la hora de interpretar a pacientes del norte de África, ya que, a pesar de que su lengua materna es el árabe, la mayoría de ellos tiene el francés como segunda lengua. Este último colectivo es también numeroso, lo cual convierte al árabe en otra de las lenguas más solicitadas para este servicio. Finalmente, también es destacable el colectivo de la población alemana residente en España, que sitúa al alemán entre los idiomas más solicitados a la hora de interpretar.

Si trasladamos todo esto a al ámbito sanitario, nos encontramos con que el personal de los centros de salud y hospitales españoles debe enfrentarse a diario a situaciones muy variadas y, a menudo, de gran complejidad con este grueso de la población residente en España que es el de los pacientes extranjeros. Esta realidad genera la necesidad de un puente lingüístico, una persona que actúe de enlace entre el servicio sanitario y el paciente para hacer posible algo tan básico como la comunicación. No obstante, esta necesidad se cubre de diferentes formas en función del lugar en el que nos encontremos y no siempre la opción del intérprete médico es la más recurrida.

Tal y como nos cuenta Sales Salvador (2006) en su estudio sobre la situación de la interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural, la mayoría de las comunidades autónomas de nuestro país (entre las que se encuentra la Comunidad

Valenciana) no tienen regularizado un servicio que proporcione interpretación en los servicios públicos. En el caso de la interpretación médica, la función de intérprete recae en la mayoría de los casos sobre voluntarios de ONGs o asociaciones de inmigrantes, familiares, e incluso personal del hospital o pacientes del mismo con algún conocimiento sobre las lenguas de trabajo. En algunas ocasiones, de forma excepcional, se recurre a la subcontratación puntual de intérpretes a través de empresas que ofrecen este servicio, como es el caso del Hospital la Fe o el Hospital Clínico Universitario de Valencia (Sales Salvador 2006: 88-95). Además, en la provincia de Alicante, destaca la labor de alumnos del Grado en Traducción e Interpretación de la Universidad de Alicante como estudiantes en prácticas en varios hospitales de la zona, entre los que se encuentran el Hospital General Universitario de Alicante, el Hospital General Universitario de Elche, el Hospital General de la Marina Baixa, el Hospital General Universitario de la Vega Baja y el Hospital del Vinalopó².

No obstante, cabe destacar que la realidad de los hospitales privados difiere bastante de la de los públicos. Según la propia experiencia de la autora sabemos que este es el caso, por ejemplo, del hospital objeto de estudio, que tiene personal de interpretación en plantilla, el cual cubre las necesidades comunicativas de los pacientes extranjeros y, en muchas ocasiones, se encarga de gestionar todo lo relacionado con estos (seguros, fallecimientos, etc.). Sin embargo, según nos cuenta una de las intérpretes de esta plantilla, en el Hospital Internacional Medimar, tener formación específica en traducción e interpretación no constituye una condición indispensable para ocupar estos puestos, lo cual refleja, una vez más, la situación de la profesión del intérprete médico en España.

Además, cabe matizar el hecho de que la existencia de servicios de interpretación en las clínicas y hospitales privados está motivada en gran medida por los intereses económicos de cara a la captación de pacientes extranjeros. El turismo sanitario en España ha crecido más de un 70% en los últimos años y continúa en auge debido a las características e iniciativas de las empresas privadas del sector de la sanidad (*El mundo financiero* 2015: 1). En julio de 2014, se creó el clúster español de turismo sanitario, Spaincare, con el objetivo de situar a España en el ámbito internacional como líder del turismo sanitario (Ibid: 3). Por otra parte, en la provincia de

²Información disponible en: <http://www.ua.es/personal/iliescu/practicas-externas-32598.html>

Alicante existen diferentes iniciativas que pretenden impulsar (todavía más) el turismo sanitario en esta zona, como por ejemplo, Mediterranean Health Care, una asociación sin ánimo de lucro con que reúne a 8 prestigiosos centros sanitarios y hospitales privados de la provincia para gestionar los procesos de atención sanitaria (*Alicante Press* 2015), y el programa “Healc, tu destino saludable”, iniciativa impulsada por el Ministerio de Industria, Energía y Turismo, con 30 empresas beneficiarias, entre cuyos objetivos se encuentra la internacionalización de las entidades que lo forman (*ABC* 2014). Además, en septiembre de 2014 se presentó el clúster Red Alicante Salud, que reúne a empresas del sector sociosanitario y pretende convertir a la provincia de Alicante en un referente para las demás empresas de este sector, tanto a nivel nacional como internacional (*ImpulsAlicante* 2014). Todas estas iniciativas son una clara muestra del interés por parte del sector privado en atraer pacientes extranjeros y de la voluntad de las empresas que lo forman de dotar a centros sanitarios y hospitales del equipamiento y personal necesario para ello. Así pues, la necesidad de intérpretes se hace patente ante la voluntad de crecimiento económico e internacionalización, lo cual explicaría la diferencia existente entre el sector público y el sector privado en lo que se refiere a estos servicios.

3.1.Legislación

Ya en la Declaración Universal de los Derechos Humanos³, en el artículo 22, queda recogido el derecho de todas las personas a la seguridad social. La Constitución española, por su parte, en el artículo 43, reconoce el derecho a la “protección de la salud” y designa esta competencia a los poderes públicos, haciéndolos responsables de “organizar y tutelar la salud pública”. Además, añade que “la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

De esta forma, existen diferentes disposiciones legales, entre las que se encuentran las mencionadas a continuación, que complementan lo establecido en la Constitución de 1978 y nos ayudan a aclarar las cuestiones acerca de la situación de los extranjeros en España en materia de sanidad y, sobre todo, acerca de las barreras lingüísticas y sus posibles consecuencias.

³ Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

La Ley 41/2002 de noviembre, que trata de regular la autonomía del paciente, así como los derechos y obligaciones en lo referente a la información y documentación clínica, en su artículo 4 dispone que:

“los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma.”

Por su parte, la Ley Orgánica 4/2000, revisada el 1 de abril de 2015, sobre los derechos y libertades de los extranjeros, la cual reconoce el derecho de estos a la Seguridad Social y a los servicios sociales, recoge en su artículo 14 que:

“los extranjeros residentes tienen derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.”

Según lo establecido en las disposiciones legales anteriores, la población extranjera goza de los mismos derechos que la española en materia de salud. Sin embargo, tal y como afirma Cerdán Reina (2014: 13), “los servicios sanitarios en España están pensados y organizados para una población cultural, lingüística y socialmente homogénea”. Aunque no se hace referencia a las cuestiones lingüísticas de forma explícita, se habla de una *igualdad* de condiciones con respecto a las de los españoles y del derecho del paciente a *recibir toda la información* referente a su salud. Teniendo en cuenta la ausencia de intérpretes profesionales en la sanidad pública y el problema comunicativo que esto implica, ¿realmente gozan los extranjeros de las mismas condiciones que los españoles a la hora de recibir asistencia médica?, ¿realmente se cumple su derecho a recibir toda la información acerca de las actuaciones sobre su salud?

Si nos centramos en la legislación autonómica, el artículo 50 de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat de Salud de la Comunitat Valenciana, en el cual se trata el “Derecho a una atención personalizada”, se establece que:

“en la medida en que la planificación sanitaria lo permita, los centros y servicios sanitarios del Sistema Valenciano de Salud implantarán los medios necesarios para atender las necesidades lingüísticas de los pacientes y usuarios extranjeros.”

Si bien en este caso sí que se hace referencia a la cuestión lingüística de forma explícita, el matiz “en la medida en que la planificación sanitaria lo permita” muestra

que los medios de los que se habla no son una garantía, sino una posibilidad que se dará sólo en algunas ocasiones. No obstante, el hecho de que se comiencen a tener en cuenta estos factores a la hora de redactar las leyes constituye un pequeño paso más hacia la profesionalización de la interpretación médica que no debemos pasar por alto.

4. Reflexiones teóricas sobre la interpretación médica.

“El papel del intérprete en los servicios públicos se caracteriza por el conflicto de roles, la ambigüedad en la definición y la sobrecarga de responsabilidad. Los límites de su intervención son difusos y objeto de constante controversia.”

(Abril Martí 2006: 36)

Esta afirmación de Abril Martí nos muestra la complejidad que presenta esta profesión a la hora de establecer líneas de acción y pautas para la labor de intérprete en estos servicios, concretamente en el ámbito médico. Este hecho, unido a la corta trayectoria de la investigación en este campo, se traduce en una gran diversidad de opiniones y enfoques, así como en la ausencia de un marco teórico universal que no entre en conflicto con las ambigüedades de las que nos habla Abril. Así pues, en este apartado se pretende recoger algunos de los enfoques existentes en la materia y relevantes para el análisis de las consultas asistidas por intérpretes que se realizará más adelante.

En primer lugar, es importante destacar que la interpretación médica forma parte de lo que hoy en día denominamos Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, disciplina que engloba la interpretación, no sólo en el ámbito médico, sino también en el policial, judicial, administrativo, social, educativo y religioso (Abril Martí 2006: 5). En lo que se refiere a la denominación de esta disciplina, tal y como afirma Valero (2003a), los términos más utilizados en lengua inglesa para referirse a ella son *Community Interpreting and Translating* o *Public Service Interpreting and Translating*; no obstante, en el caso del Reino Unido, se opta por el segundo para evitar posibles confusiones con la traducción y la interpretación realizada en el marco de la Unión Europea. De esta forma, si bien hace un tiempo se hablaba en español de “traducción e interpretación comunitaria”, término resultante de la traducción de *Community Interpreting and Translating*, la mayoría de los académicos han terminado decantándose por los términos “Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos” (denominación utilizada en el presente estudio) o “Traducción e Interpretación social”, por el mismo

motivo por los que en el Reino Unido se opta por el segundo término mencionado (Corsellis 2003: 371-272).

Por otra parte, en lo referente a las funciones que debe desempeñar el intérprete médico, en muchas ocasiones estas no se limitan a traspasar información de una lengua a otra, sino que se le exige cumplir otras tareas más propias de profesiones como la mediación cultural o el trabajo social que de la interpretación en términos estrictos (Martin y Abril 2002: 56, 57). Ozolins (2000: 32) explica esta variedad de funciones argumentando que la interpretación en los servicios públicos es “*institution-driven*”, lo cual implica que el intérprete debe cumplir las funciones marcadas por las instituciones o los servicios públicos, que a menudo esperan que este sea mucho más que un mero puente lingüístico y cultural. En resumen, en palabras de Roberts (1997: 20), el intérprete que lleva a cabo su labor en los servicios públicos “*wears many hats*”.

Además de la falta de uniformidad en lo que se refiere a las funciones del intérprete médico, también existen dudas sobre la forma en la que este debe llevar a cabo sus tareas. En España, los intérpretes médicos no cuentan con una regulación que delimite sus funciones ni con normas de actuación a la hora de llevar a cabo su labor interpretativa; es decir, no cuentan con un código deontológico.

Tal y como afirma Baixauli (2014: 199) en su artículo “Redescubriendo los códigos de conducta para la ISP médica: cultura dilemas y papel profesional” para la revista *Panacea*, la deontología profesional “alude al conjunto de principios y reglas con las que cuenta un colectivo profesional para autorregularse y guiarse.”

Si bien diferentes asociaciones españolas de traductores e intérpretes (por ejemplo, ASETRAD, la Asociación Española de Traductores, Intérpretes y Correctores) han desarrollado sus propios códigos deontológicos, no existe un código común para todos los profesionales y, además, no existe todavía en España un código deontológico exclusivo para traductores e intérpretes médicos, lo cual se traduce en que las pautas que hasta hoy hay disponibles sean, además de diversas, muy generales, teniendo en cuenta que están destinadas a traductores e intérpretes de todos los campos de especialización (Baixauli: 198-200). No obstante Baixauli (2014: 199) destaca tres códigos deontológicos publicados en EE.UU. que tratan específicamente la práctica profesional de la interpretación en el ámbito médico: *National Standards of Practice for Interpreters in Health Care* (National Council on Interpreting in Health Care, 2005);

California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical Principles, Protocols and Guidance on Roles & Intervention (California Healthcare Interpreter Association, 2002); y *Medical Interpreting Standards of Practice* (International Medical Interpreters Association, 1995, 2007). Este último, debido a que se trata del documento más actualizado y al carácter internacional de la asociación a la que pertenece, se tratará más adelante, durante las consideraciones teóricas.

4.1. Situación comunicativa

La situación comunicativa que se da en una consulta médica en la que el doctor y el paciente hablan lenguas diferentes y no proceden de la misma cultura es algo más compleja que la que podemos encontrar en una consulta en la que ambos hablan el mismo idioma y proceden de un mismo entorno cultural. Además, el número de elementos que participan de esta situación, así como las características de algunos de ellos también son diferentes los de un encuentro médico habitual. Tal y como afirma Nevado Llopis (2013:122), esta complejidad en la situación comunicativa dificulta el entendimiento entre los interlocutores y, por ende, el transcurso de la consulta y la “calidad de la asistencia sanitaria”. Así pues, es precisamente para superar estas barreras comunicativas y garantizar la calidad y fiabilidad de las consultas para lo que se requiere la participación del intérprete médico.

A continuación, se detallan los diferentes elementos que dan forma a la situación comunicativa de los encuentros médicos con pacientes extranjeros asistidos por intérpretes.

4.1.1. Participantes

En su tesis sobre la interpretación en los servicios públicos, Abril Martí (2006: 38-45) se basa en el “sistema multiparamétrico de Alexieva” y distingue entre dos tipos de participantes claramente diferenciados según su papel en la situación comunicativa: los *interlocutores primarios* y el *intérprete*. Por una parte, al hablar de interlocutores primarios, nos referimos al médico y al paciente, los cuales intercambian el papel de emisor y receptor durante el transcurso de la consulta médica, mientras que el intérprete tiene como función salvar la “brecha cultural entre los interlocutores primarios” (Abril Martí 2006: 39). El médico se caracteriza por ser hablante de la lengua mayoritaria y por su implicación indirecta en el contenido textual. En el caso del paciente alófono,

cabe destacar que la heterogeneidad de la población extranjera comentada anteriormente imposibilita la creación de un perfil concreto. También hablamos de heterogeneidad en lo que se refiere a los intérpretes, ya que en España no siempre se recurre a intérpretes profesionales, sino que, en la mayoría de ocasiones, esta labor la llevan a cabo personas a las que se denomina intérpretes *ad hoc*, es decir, no cualificados. Desde personal del hospital, pasando por voluntarios sin formación específica e incluso familiares de los pacientes realizan las funciones del intérprete. Así pues, la inmensa variedad de posibilidades tanto en el caso de los pacientes como en el de los intérpretes dará lugar a situaciones comunicativas muy diversas (La Greca 2012: 7).

En lo que se refiere a la relación entre los participantes, tal y como afirman Cambridge (2007: 85) y Abril Martí (2006: 39) podemos destacar, por una parte, una asimetría de poder entre los interlocutores primarios, el médico y el paciente, ya que “*knowledge is power*” (Cambridge 2007: 85) y, por tanto, es el primero quien tiene mayor grado de poder gracias a la posesión del conocimiento especializado, la capacidad decisoria en la prestación del servicio y, en algunas ocasiones, cierto grado de superioridad en la escala social (Abril Martí 2006: 50-51). Además, en los casos con pacientes alófonos, se añade el hecho de que el médico pertenece a la mayoría lingüística y, por tanto, posee información sobre la cultura y el funcionamiento del sistema sanitario que el paciente no conoce. No obstante, en lo referente a la mencionada superioridad en la escala social por parte del facultativo, cabe mencionar que, dado el carácter privado del hospital objeto de estudio y de las características de los pacientes extranjeros (alto nivel adquisitivo, social...) esta superioridad no es destacable ni se encuentra muy a menudo. Por su parte, el intérprete se presenta como una figura indispensable, ya que constituye un elemento clave para transcurso de la interacción comunicativa (Ibid: 39). Este monopolio adquiere todavía más fuerza si tenemos en cuenta el hecho de que, debido a la reciente profesionalización de la interpretación médica, el personal sanitario no está acostumbrado al trabajo de los intérpretes y tiene escasos conocimientos sobre el funcionamiento del mismo (Cambridge 2004: 49). Así, la situación comunicativa se convierte en “*a dance with three participants of whom only one know the steps*” (Cambridge 2004: 49).

En lo que se refiere a los objetivos de cada uno de los participantes en la situación comunicativa, el paciente pretende encontrar una solución a la situación en la que se encuentra, el médico tiene como objetivo obtener la información necesaria para

resolver esta situación de la forma más adecuada (Abril Martí 2006: 38), mientras que el objetivo del intérprete será servir de enlace entre los interlocutores primarios y acabar con las barreras lingüísticas y culturales, garantizando así la calidad de la consulta. No obstante, pese a esta diferencia de objetivos entre los participantes en la situación comunicativa, Sandra Hale (2007: 46) encuentra una similitud entre los objetivos del médico y los del intérprete, argumentando que ambos tienen como prioridad ayudar a la misma persona: *“It is assumed that in most medical situations, except in medico-legal consultations for the purpose of an insurance claim, the doctor and the interpreter are there to help the same person: the patient.”*

4.1.2. Mensaje

Según Abril Martí (2006: 52-55) las características del mensaje dependerán del emisor del mismo; es decir, cuando el médico sea el emisor del mensaje, este estará caracterizado por el conocimiento médico del facultativo y el lenguaje utilizado será de carácter especializado con una terminología específica del ámbito de la medicina, mientras que cuando el paciente ocupe el puesto del emisor, el lenguaje carecerá de carga terminológica y tendrá un carácter mucho más familiar. Además, en el caso del médico, el mensaje está condicionado en gran medida por las pautas de pregunta-respuesta que deben seguir los profesionales durante el desarrollo de las consultas, mientras que el mensaje del paciente se caracteriza por la espontaneidad y va construyéndose a lo largo de la consulta médica, según vayan formulándose las preguntas por parte del facultativo.

4.1.3. Código

En lo que respecta al código, en las interacciones de estas características distinguiremos entre el idioma mayoritario, utilizado por el facultativo y el personal médico del hospital o centro de salud, y el idioma minoritario, hablado por el paciente. En algunas ocasiones, también es habitual que se recurra al uso de una lengua vehicular; es decir, de un idioma diferente a la lengua materna del usuario. En estos casos existe la posibilidad de que el paciente no posea los conocimientos suficientes sobre la lengua vehicular empleada, lo cual influirá en la comunicación, en la calidad de la consulta y, por ende, en la salud del usuario extranjero (Abril Martí 2006, La Greca 2012).

4.1.4. Canal

El canal de comunicación es, por lo general, el oral, aunque a menudo se emplean documentos escritos tales como informes médicos, recetas, resultados de pruebas médicas, etc. Además, tal y como indica La Greca (2012: 12), en ocasiones se recurre también a dibujos y/o esquemas para facilitar la comprensión por parte del paciente.

A diferencia de otros tipos de interpretación, como la interpretación de conferencias o incluso la interpretación en los juzgados, la interpretación en el ámbito médico se caracteriza por la cercanía física entre el intérprete y los interlocutores, la cual supone un obstáculo cuando se pretende potenciar la invisibilidad del primero, asunto que se tratará más adelante en este estudio. Esta cercanía física entre los participantes de la situación comunicativa, unida a la barrera lingüística existente, hace de la comunicación no verbal un factor muy importante en el proceso comunicativo. El contacto físico o visual, los gestos, las expresiones faciales y la posición en la sala, entre otros factores, influyen en el desarrollo de la situación comunicativa y en los propios participantes de la misma. Por ejemplo, un gesto del paciente puede proporcionar al facultativo información relevante sobre su estado de salud que no había expresado de forma verbal o, por otra parte, el médico transmitirá con su cuerpo, a través de la mirada o expresiones, tranquilidad o gravedad a la hora de comunicar algo al paciente, quizás de forma mucho más efectiva que si lo hace verbalmente.

4.1.5. Contexto

A la hora de analizar el contexto de una situación comunicativa podemos hacerlo desde diferentes puntos de vista (Abril Martí 2006: 51-52 y La Greca 2012: 12-13). Por una parte, podemos hablar de las características situacionales relacionadas con el entorno o con la situación en la que se encuentren los participantes, pero también podemos analizarlo desde el punto de vista de los conocimientos que estos poseen sobre diversos aspectos relevantes para la interacción, como por ejemplo las convenciones sociales, el funcionamiento del sistema sanitario, la intención comunicativa del otro, etc.

Desde un enfoque situacional, podemos decir que en estos casos la situación comunicativa se da en un “entorno profesional especializado”: una consulta médica. Además, el estado emocional y psicológico en el que se encuentren los participantes de

la situación comunicativa juega también un papel importante, ya que un paciente desconfiado y nervioso, o un médico inseguro y dubitativo, influirán en el transcurso de los acontecimientos y en las reacciones del otro interlocutor (La Greca 2012: 13). Finalmente, situaciones relacionadas con el centro en el que tenga lugar la consulta, como por ejemplo límites de tiempo por visita o retrasos también deben tenerse en cuenta a la hora de analizar el contexto desde el enfoque situacional.

Por otra parte, si tenemos en cuenta los conocimientos de los participantes para llevar a cabo el análisis del contexto, debemos tener en cuenta que las limitaciones existentes en este ámbito no sólo son las relacionadas con el idioma o el lenguaje especializado, sino que también puede existir desconocimiento o confusión en lo referente a la forma de concebir la salud, las enfermedades, tratamientos, etc. Este desconocimiento suele ser fruto de las diferencias culturales que a menudo se dan entre el personal sanitario y los pacientes alófonos (La Greca 2012: 13).

4.2. Deontología profesional

Como se ha comentado anteriormente, en España no encontramos asociaciones de intérpretes médicos que proporcionen códigos deontológicos a los que los profesionales puedan recurrir para guiarse en su práctica y resolver dilemas (Baixauli 2014: 198-200). No obstante, sí existe un organismo internacional que proporciona este tipo de asistencia a profesionales: la Asociación internacional de intérpretes médicos (International Medical Interpreters Association, IMIA). Esta asociación, nacida en Estados Unidos en el año 1986, tiene entre sus objetivos el establecimiento de pautas y normas a la hora de llevar a cabo una interpretación médica. En su página web podemos encontrar su código deontológico que, tal y como afirma Baixauli (2014: 199), fue creado con el objetivo de que su aplicación fuera a nivel mundial. Este código queda recogido en unos principios básicos de comportamiento entre los que se encuentran la *confidencialidad*, la *fidelidad*, la *profesionalidad* y la *imparcialidad*. A continuación, realizaremos un breve recorrido por estos principios, a partir de los cuales se llevará a cabo la parte analítica del presente estudio.

Si bien, a primera vista, estos principios pueden resultar fáciles de cumplir, son muchos los factores que entran en juego y las situaciones a las que un intérprete médico puede enfrentarse; así pues, en numerosas ocasiones se darán conflictos entre “lo ético y lo profesional”.

4.2.1. Confidencialidad

“Do not disclose assignment-related information unless with the expressed permission of all parties or if required by law.”

IMIA Guide on Medical Interpreter Ethical Conduct (2010: 3)

En primer lugar, el principio de *confidencialidad* tiene como objetivo respetar el derecho a la privacidad y el anonimato de los pacientes, así como evitar la discriminación y dilemas éticos. El acceso a la información sobre los pacientes debe estar reservado para el personal médico autorizado y sólo debe utilizarse con propósitos médicos. En este sentido, los intérpretes deben conocer sus obligaciones y las leyes relacionadas con la protección de datos para el correcto desarrollo de su labor (IMIA 2010: 3). La IMIA nos presenta dos situaciones en las que romper el código de confidencialidad está justificado: cuando el paciente manifiesta un deseo de dañarse a sí mismo o a los demás, y cuando hay certeza de abuso doméstico, de menores o de ancianos. En circunstancias de este tipo, el personal sanitario, así como los intérpretes, están obligados a informar de la situación. En relación con esto, Sandra Hale (2007: 130), en su obra *Community Interpreting* presenta un cuestionario a intérpretes médicos profesionales sobre conflictos éticos que ponen en peligro el principio de confidencialidad y uno de ellos afirma que *“the life of a human being should be above any confidentiality concerns or clauses”*.

No obstante, el principio de confidencialidad no sólo presentará dilemas al intérprete médico a la hora de guardar el secreto profesional y no transmitir información sobre los datos de los pacientes y lo que tiene lugar en las consultas, sino que su cumplimiento puede estar en peligro cuando el intérprete recibe información “que no debería saber”. En muchas ocasiones, los pacientes extranjeros se encuentran en situaciones complicadas y asocian al intérprete con una persona de confianza, con un “amigo”, dado que es el único que habla su idioma y puede entenderles (Ibid: 129-131). Esto puede llevar a situaciones de tensión y de dilema para el intérprete, que deberá enfrentarse a la situación y tomar una decisión tratando de ser tan profesional como sea posible. Para evitar este tipo de circunstancias, Hale (2007: 130-131) plantea el evitar quedarse a solas con los pacientes, antes y después de las consultas, como una medida que los intérpretes médicos deben tomar para no encontrarse con dichas situaciones.

4.2.2. Fidelidad y precisión

“Interpreters will select the language and mode of interpretation that most accurately conveys the content and spirit of the messages of their clients.

Interpreters will use skillful unobtrusive interventions so as not to interfere with the flow of communication in a triadic medical setting.”

IMIA Guide on Medical Interpreter Ethical Conduct (2010: 5)

La *fidelidad* es una de las cuestiones más presentes en la profesión de los traductores e intérpretes y que más conflicto generan. Los dilemas relacionados con este principio son tan variados y complejos como las soluciones a las que pueden recurrir los intérpretes. Por una parte, cuando se producen situaciones tensas entre los interlocutores y el mensaje comienza a estar fuera de lugar o a suponer una falta de respeto hacia alguno de los participantes, el intérprete deberá tomar una decisión tratando de ser lo más profesional posible. Las decisiones por las que se opta en situaciones de este tipo pueden ser muy variadas, desde aquellos que eligen ser completamente fieles al mensaje original hasta aquellos que optan por la opción paternalista de “maquillarlo” con el objetivo de suavizar la situación y evitar el conflicto. Ante situaciones de este tipo, hay quienes matizan que, como profesionales, los intérpretes tienen derecho a negarse a trabajar bajo condiciones concretas, como puede ser el caso del ejemplo anterior (Cedillo 2014). No obstante, ¿resultaría esa actitud profesional? ¿Hasta qué punto puede un intérprete rechazar un trabajo cuando ya lo está llevando a cabo?

Por otra parte, otra de las circunstancias que pueden plantear dilemas sobre la fidelidad la encontramos cuando un intérprete considera necesario salirse de la traducción exacta y precisa, y hacer alguna aclaración cultural, ya sea al paciente o al médico, para el buen desarrollo de la comunicación. Sobre este aspecto, la IMIA (2010: 5) establece lo siguiente:

“Medical interpreters interpret meaning, and not just words. They are committed to transmitting accurately and completely the content and spirit of the original message into the other language without omitting, modifying, condensing, or adding. In order to do this, occasionally they must step out of the conduit role into the clarifier role.”

De esta forma, según esta afirmación de la IMIA, existen ocasiones en las que surge la necesidad de salirse del mensaje original y pedir aclaraciones con el objetivo de transmitir el mensaje de forma adecuada. No obstante, quizás cabría matizar la necesidad de informar a los interlocutores de estas intervenciones por parte del intérprete.

4.2.3. Profesionalidad

“Interpreters will refrain from accepting assignments beyond their professional skills, language fluency, or level of training.

Interpreters will not engage in interpretations that relate to issues outside the provision of health care services unless qualified to do so.

Interpreters will refrain from using their position to gain favors from clients.”

IMIA Guide on Medical Interpreter Ethical Conduct (2010: 5)

En muchas ocasiones, personas ajenas a la labor interpretativa que desconocen la necesidad de formación específica de los intérpretes solicitan los servicios de un intérprete que no se ha especializado en el ámbito para el que se le requiere, considerando que será “suficiente”. Cuando esto ocurre, el intérprete debe ser honrado y sincero consigo mismo, reconociendo sus limitaciones y valorando su capacidad para aceptar el encargo. Tal y como se argumenta en la guía de la IMIA (2010: 5-6), a la hora de enfrentarse a estos dilemas hay que tener en cuenta que una calidad inadecuada en la interpretación puede afectar de forma significativa al usuario. Además, cabe resaltar que, al aceptar un encargo para el que no estamos cualificados, no sólo estaremos privando al paciente de una interpretación de calidad, sino que estaremos arrebatando oportunidades a otros colegas cualificados para interpretar en ese ámbito de especialidad.

4.2.4. Imparcialidad

“Interpreters will refrain from accepting an assignment when family or close personal relationships affect impartiality.

Interpreters will not interject personal opinions or counsel patients.”

IMIA Guide on Medical Interpreter Ethical Conduct (2010: 6)

Con el objetivo de mantener la precisión en el proceso interpretativo, se debe tener muy presente la imparcialidad y el mantenimiento de la distancia profesional debe convertirse en una prioridad. Es por ello que se debe evitar trabajar con usuarios con los que se exista una relación fuera de lo profesional, ya que esto incumpliría el principio de imparcialidad e interferiría en el buen transcurso de las consultas (IMIA 2010: 6).

Son muchas las ocasiones en las que, sin darse cuenta, un intérprete puede actuar en beneficio de una de las partes. Por ejemplo, tal y como nos muestra Sandra Hale (2007: 50) en *Community Interpreting*, algunos intérpretes se decantan por omitir información, argumentando que pretenden eliminar la información “irrelevante” para no hacer perder el tiempo al médico. De esta forma, estos intérpretes incumplirían el principio de imparcialidad, pues estarían abogando por una de las partes y juzgando la información proporcionada por la otra. Además, con esta omisión puede que se produzca el efecto contrario al deseado, ya que, como afirma Hale (2007: 50): “*a doctor who truly cares about a patient will want to hear what the patient has to say.*”

Otro ejemplo de situación que puede poner en peligro el cumplimiento del principio de imparcialidad y que ocurre de forma frecuente es planteado también por Sandra Hale (2007: 131-132). En algunas ocasiones, los médicos conciben la figura del intérprete no sólo como puente lingüístico y cultural, sino también como consejero. De esta forma, son muchos los facultativos que piden opinión al intérprete sobre cuestiones como el estado mental del paciente o incluso la credibilidad del mismo, apoyándose en la creencia de que esto no puede identificarse si no se tienen los conocimientos culturales que posee el intérprete. Sin embargo, los elementos culturales que un intérprete debe tener en cuenta a la hora de transmitir el mensaje son mucho más generales (normas de cortesía, convenciones sociales, etc.) y, tal y como afirma Hale (2007: 132), atribuir los aspectos más profundos que tienen que ver con cada persona a elementos culturales puede resultar arriesgado, ya que “*generalising will inevitably lead to stereotyping*”.

4.3. Papel del intérprete.

En su tarea de acabar con las barreras comunicativas existentes en una consulta entre un médico y un paciente alófono, un intérprete puede adoptar diferentes posturas en función de las decisiones que tome y la actitud que manifieste. La mayor parte de los estudios realizados sobre la interpretación médica en los últimos años tratan, entre otros

aspectos, la cuestión de los diferentes papeles que puede adoptar un intérprete, ya que es evidente que constituye una de las principales fuentes de controversia en este ámbito.

La visibilidad frente a la invisibilidad o la implicación frente a la no implicación del intérprete, son algunos de los dilemas que se plantean constantemente en la interpretación médica (Hale 2007: 43). En la obra *Community Interpreting*, Sandra Hale expone dos modelos opuestos de propuestas a la hora de llevar a cabo la interacción por parte del intérprete, a cada una de las cuales le corresponde un papel concreto. Por una parte, encontramos la propuesta de mediación durante la interacción (“*mediated interaction*”), mientras que en el lado opuesto se encontraría la interacción con interpretación directa (“*directly interpreted interaction*”). Según Hale (2007: 43) la diferencia entre ambas propuestas radica en la forma de asumir la implicación del intérprete en la interacción médico-paciente y no en la visibilidad o invisibilidad del mismo, ya que “*it is impossible for interpreters to act as machines because they are human, and it is impossible for them to be invisible or uninvolved when they are present in a three-way interaction*” (Hale 2007: 41).

Así pues, según la autora, en la propuesta de mediación durante la interacción (“*mediated interaction*”), el intérprete tiene autoridad para decidir qué información trasladará al otro idioma y aquella que omitirá. Por otra parte, en la interacción con interpretación directa (“*directly interpreted interaction*”), la decisión del intérprete está centrada en cómo trasladar a la lengua meta toda la información que los participantes han decidido comunicar.

La labor de los intérpretes que se decantan por la primera propuesta y adoptan el papel de mediador suele estar caracterizada por el control y la toma de decisiones sobre el mensaje que se está transmitiendo entre los interlocutores, no sólo omitiendo información cuando lo considere necesario, sino también añadiéndola. Por ejemplo, es muy frecuente que los intérpretes que adoptan este papel respondan directamente a preguntas realizadas por uno de los participantes sin transmitirlas previamente al otro interlocutor, habitualmente por el hecho de conocer la respuesta (o creer que la conocen). Por su parte, el intérprete que realiza una interpretación directa, como se indica en la segunda propuesta, transmite todos y cada uno de los mensajes, evitando responder a preguntas, por muy obvias que estas sean o aunque conozca las respuestas (Hale 2007: 44).

Por otra parte, otro de los elementos claramente diferenciados entre los dos roles presentados radica en el uso de la primera o la tercera persona por parte del intérprete. Mientras que un intérprete que adopte el papel de mediador utilizará la tercera persona a la hora de trasladar el mensaje a la lengua meta, añadiendo incluso “Dice que” a principio de las oraciones, el intérprete que se decante por el segundo papel utilizará la primera persona y, como afirma Cambridge (2007: 83), actuará como el “alter ego” del interlocutor al cual está interpretando. Sandra Hale apoya la propuesta de interpretación directa y, por ende, el uso de la primera persona, argumentando que el empleo de la tercera persona a la hora de interpretar *“reinforces the view that two parallel conversations are taking place: one between the doctor and the interpreter, the other between the interpreter and the patient.”*

5. Estudios de caso: análisis de consultas médicas mediadas por intérpretes

5.1. Hipótesis de trabajo

La experiencia propia de la autora en el campo de la interpretación médica, la variedad de opiniones existente sobre la profesión, así como el proceso de estudio bibliográfico llevado a cabo sobre de esta disciplina y los diálogos con intérpretes profesionales motivaron el interés por la realidad en la que se encuentra hoy la práctica profesional de la interpretación en el ámbito de la medicina; concretamente, por el grado en el que dicha práctica se ajusta a las consideraciones teóricas realizadas.

Si bien la interpretación en los servicios públicos y, concretamente, la interpretación médica se ha convertido en un objeto de estudio bastante recurrido en los últimos años, cabe destacar que los acuerdos sobre cómo desarrollar la práctica profesional brillan por su ausencia y, mientras tanto, los intérpretes siguen realizando su trabajo en consultas médicas. Este hecho supone un obstáculo para todos los intérpretes médicos y para el proceso de profesionalización de esta disciplina, ya que genera incertidumbre e impide que todos los profesionales sigan la misma línea de acción.

Para responder a esta hipótesis, se ha llevado a cabo un análisis de encuentros médicos asistidos por intérpretes en el Hospital Internacional Medimar de Alicante. Este análisis ha estado centrado en aspectos relevantes para determinar el grado de implicación del intérprete, el rol adoptado por este, etc.

5.2. Contexto⁴

El hospital Internacional Medimar es un hospital privado fundado en el año 1976 y situado en la ciudad de Alicante, en la Avenida de Denia. Este centro nació del proyecto del reconocido doctor Federico Manero Guardiola de ofrecer a los pacientes una asistencia médica de alta calidad. Así, el Centro Clínico San Carlos (así se denominaba originalmente), fue creciendo e incorporando a sus servicios medios diagnósticos y terapéuticos altamente avanzados.

El hospital cuenta con tres edificios de atención sanitaria: el edificio principal, un edificio destinado a hospitalización y atención quirúrgica, y un tercer edificio, de construcción más reciente, destinado a consultas y especialidades médico quirúrgicas. Las tres plantas de hospitalización cuentan con un total de 66 habitaciones individuales, totalmente acondicionadas. Por su parte, el bloque quirúrgico, situado en la planta baja del edificio de hospitalización, cuenta con 8 quirófanos y un hospital de día en el que se practica la cirugía sin ingreso.

Además de poder presumir de la tecnología más desarrollada, el centro sigue manteniendo el objetivo por el que su creador lo fundó y el personal se preocupa por “cuidar la relación médico-paciente y ofrecer una asistencia personalizada, de calidad y con un alto nivel humano y científico”. Para mantener esta calidad y cercanía con los usuarios, cuentan con servicios como “asesoramiento al paciente” o el servicio de “interpretación” con el objetivo de atender también con la mayor calidad posible a los pacientes extranjeros, los cuales constituyen una parte significativa del total de personas que acuden al centro diariamente. Además, una muestra más de este compromiso humano y moral que caracteriza a este hospital la constituye el Código ético (véase Anexo 1), que contiene los principios morales básicos para guiar el trabajo del personal sanitario⁵.

En lo que se refiere a los pacientes extranjeros (colectivo relevante para el presente estudio), a partir de la información extraída de la memoria de prácticas elaborada por la autora de este estudio sabemos que, aunque existen diferentes perfiles,

⁴ Información sobre historia e instalaciones extraída de la página web del hospital:

www.hospitalmedimar.com

⁵ Este código ético hace alusión solamente a las conductas del personal sanitario y el trato con el paciente, por lo que los intérpretes no pueden tomarlo como guía a la hora de llevar a cabo su trabajo, si bien hay algún principio, como el de *confidencialidad* que también puede aplicarse para ellos.

hay tres de ellos que se repiten a menudo. En primer lugar, coincidiendo con las estadísticas del INE proporcionadas anteriormente, el de los pacientes de edad avanzada (a partir de 60 años) procedentes de países como Inglaterra, Holanda, Alemania y países escandinavos que ya están jubilados y residen parte del año en España, concretamente en ciudades costeras de la provincia de Alicante. Estos pacientes suelen tener una compañía de seguros que les cubre la asistencia médica en este hospital. Por otra parte, destaca la gran afluencia de pacientes de origen argelino, la mayoría de los cuales viene a Alicante exclusivamente para recibir asistencia médica. Esta afluencia se debe a factores como, por ejemplo, la facilidad de transporte entre Argelia y el sudeste de España, tanto por mar como por aire, así como los lazos históricos entre ambos países (Martín Corrales 2012: 47-60). Además, gracias a la información proporcionada por algunos pacientes argelinos, sabemos que los médicos españoles y, en concreto, el hospital objeto de estudio, gozan de notable prestigio en este país. Se trata de un colectivo adinerado que, en muchas ocasiones, adquiere viviendas en España (lo cual les facilita cuestiones de visado) y dedica unos días a asistir a consultas con diferentes especialistas. Estos últimos, por lo general no pertenecen a una compañía aseguradora, sino que abonan la cantidad de todas las consultas y pruebas a las que se someten. Finalmente, también cabe destacar el colectivo de los pacientes rusos, muchos de los cuales residen en las ciudades alicantinas de Torreveja y Altea.

Según los datos proporcionados por el personal administrativo del hospital, los pacientes extranjeros representan alrededor del 35% del grueso total de pacientes, un porcentaje bastante significativo que convierte al servicio de interpretación en una parte del centro fundamental para garantizar la continuidad de esta afluencia de usuarios extranjeros.

5.2.1. Interpretación en el Hospital Internacional Medimar

Actualmente, teniendo en cuenta las personas que realizan labor de interpretación en el hospital Medimar, se cubre un total de 10 idiomas: inglés, alemán, holandés, sueco, danés, noruego, francés, italiano, ruso y árabe. No obstante, no todas las personas ocupan el mismo puesto de trabajo ni poseen formación específica en interpretación. De esta forma, según la información recopilada de la memoria de prácticas de la autora y del trabajo de fin de grado realizado por Cerdán Reina (2014) en

la Universidad de Alicante, podemos encontrar diferentes perfiles de intérprete en el hospital objeto de estudio:

- Intérpretes en plantilla

En primer lugar, el hospital cuenta con dos intérpretes en plantilla. Estas intérpretes están situadas en un espacio específico en la entrada del hospital al que acuden los pacientes extranjeros cuando llegan al mismo. Además, cada una de ellas tiene un teléfono móvil a través del cual los pacientes alófonos pueden contactar con ellas marcando la extensión correspondiente en función del idioma que hablen (estos números aparecen en la página web del hospital). En lo referente a la formación académica, una de ellas cursó Traducción e Interpretación en Holanda y sus lenguas de trabajo son el español, el holandés y el inglés, mientras que la segunda posee estudios de enfermería, pero ninguno relacionado con la traducción y la interpretación, tan sólo conocimientos sobre sus idiomas de trabajo (sueco, danés, noruego, inglés y español) debido a su nacionalidad (sueca). Estas intérpretes están contratadas por el hospital y tienen un horario fijo, una de ellas de lunes a viernes de 8:00h a 13:00h y de 16:00h a 19:00h, y otra de 9:00h a 14:00 y de 17:00 a 20:00. En caso de existir alguna urgencia durante las noches o el fin de semana se recurre a ellas de forma telefónica, si bien esto tan solo ocurre de forma muy ocasional en casos puntuales. Además de la labor de interpretación que llevan a cabo estas dos trabajadoras, cubriendo seis idiomas entre las dos (inglés, alemán, holandés, sueco, danés y noruego), las tareas que tienen asignadas son muy diversas y están relacionadas con la gestión (citas, seguros, pagos...), información al paciente, atención a los pacientes ingresados, etc. En definitiva, la función de las intérpretes en plantilla viene marcada por las necesidades de cada uno de los pacientes extranjeros, pues de ellas depende todo lo que tenga que ver con ellos.

- Intérpretes autónomos

Además de las dos intérpretes en plantilla, para la interpretación de ruso y árabe, el hospital cuenta con dos intérpretes que trabajan de forma independiente, asistiendo únicamente a los pacientes privados de habla rusa o árabe. Estos dos intérpretes también tienen la labor de relaciones públicas; es decir, de difundir información sobre el hospital entre la población rusa y argelina. En cuanto a la formación académica, si bien ambos poseen titulación universitaria, su labor como intérpretes

no tiene que ver con esta titulación, sino con sus conocimientos de las lenguas de trabajo.

- Asesoramiento al paciente

La persona que ocupa actualmente el puesto de asesoramiento al paciente pertenecía hasta hace unos meses al grupo de las intérpretes en plantilla, si bien también ocupaba un puesto en recepción que limitaba su disponibilidad a la hora de asistir consultas. Esta trabajadora habla inglés, francés, alemán e italiano y, aunque ahora mismo no se encuentra en el servicio de interpretación del hospital, presta ayuda como tal cuando es necesario. En cuanto a su formación, al igual que una de las intérpretes en plantilla, no posee titulación oficial en este ámbito, sino que su labor de intérprete viene motivada por la combinación de idiomas que posee; una vez más, debido a su nacionalidad (suiza).

- Estudiantes en prácticas

Gracias al convenio entre el Hospital Medimar y la Universidad de Alicante, los estudiantes del Grado en Traducción e Interpretación pueden realizar sus prácticas externas en este hospital. Las tareas que llevan a cabo son muy similares a las de las intérpretes en plantilla, las cuales se encargan de enseñarles el funcionamiento del hospital y todas las funciones que deberán desempeñar. Habitualmente, el periodo de prácticas comienza con unos días de observación hasta que, una vez adaptados a la dinámica, los estudiantes desempeñan las mismas funciones que sus tutoras, excepto las labores de gestión y administración, sobre las cuales sólo adquieren nociones básicas. La duración es de 120 horas, lo cual equivale, aproximadamente, a un mes de prácticas todas las mañanas de lunes a viernes. Además, el volumen de trabajo es bastante amplio, ya que el hospital recibe una gran afluencia de pacientes extranjeros. A continuación, en la Tabla 2, se muestra el número de estudiantes que han realizado las prácticas externas en el Hospital Internacional Medimar durante el curso 2014-2015, entre octubre de 2014 y agosto de 2015, así como las lenguas con las que han trabajado⁶.

⁶ Información proporcionada por Catalina Iliescu Gheorghiu, profesora de la asignatura optativa Prácticas externas (32598).

	Lengua B: Inglés Lengua C: Francés	Lengua B: Alemán Lengua C: Inglés
Nº de alumnos	7	6

Tabla 2

Como se observa en la tabla, a la hora de realizar las prácticas se tiene en cuenta tanto la lengua B como la lengua C de los alumnos y, habitualmente, estos trabajan con ambos idiomas. De esta forma, en algunas ocasiones, el hecho de interpretar en la lengua C puede verse reflejado en una menor fluidez o en un menor dominio de la terminología en dicha lengua, entre otros aspectos.

En lo referente a la preparación previa de los estudiantes, esta se divide, por una parte, en las clases de interpretación recibidas en la Universidad de Alicante y, por otra parte, el proceso de documentación que cada alumno lleva a cabo por su cuenta (elaboración de glosarios, estudio de términos especializados...). Sin embargo, cabe destacar que estos alumnos suelen comenzar las prácticas sin haber recibido formación específica sobre interpretación médica y, en muchas ocasiones, sin haber recibido todavía clases de la asignatura de interpretación del Grado, ya que la optativa de prácticas externas se ofrece a partir del primer semestre del tercer curso del Grado y la primera asignatura de interpretación, Interpretación lengua B-A, A-B (I): inglés-español/español-inglés⁷, no se empieza a cursar hasta el segundo semestre de este mismo curso. De esta forma, aunque los alumnos aprenden durante el desarrollo de las prácticas y no se les deja solos si no se les ve preparados, este hecho puede quedar reflejado, por ejemplo, en el proceso de adaptación a la labor que deben realizar, en la calidad de la interpretación ofrecida a los pacientes o en la falta de seguridad de algunos alumnos en la interpretación de las consultas.

Así pues, este convenio entre el hospital y la universidad supone un beneficio recíproco, ya que los estudiantes se benefician del aprendizaje y el poder vivir situaciones reales del mundo profesional, y el hospital ve incrementado su equipo de interpretación, pero los factores mencionados anteriormente sobre la preparación previa del alumnado en prácticas deben tenerse en cuenta para garantizar tanto la calidad en la interpretación a los pacientes como la formación adecuada a futuros intérpretes médicos.

⁷ Plan de estudios del Grado en Traducción e Interpretación (Inglés):
<http://cvnet.cpd.ua.es/webcvnet/planestudio/planestudiond.aspx?plan=C010#>

- Personal del hospital con conocimientos sobre algún idioma

En primer lugar, partiendo de que en este hospital se tienen en cuenta los conocimientos sobre idiomas a la hora de conceder los puestos de trabajo, algunos de los médicos y enfermeros, así como trabajadores de la administración poseen conocimientos sobre algunos idiomas, principalmente inglés y francés. No obstante, cabe destacar que, en el caso de los médicos, no todos pasan consulta en otro idioma (aunque tengan nociones sobre el mismo), sino que prefieren solicitar la presencia del intérprete para mayor seguridad.

Por otra parte, tras la reciente incorporación de la trabajadora suiza al puesto de asesoramiento al paciente, se percibe la ausencia de un intérprete de francés, por lo que se recurre habitualmente a dos de las trabajadoras de administración para que hagan de intérpretes en consultas con pacientes francófonos.

- Familiares

A pesar de que el hospital cuenta con servicio de interpretación y que la variedad de lenguas que cubre es muy amplia, en algunas ocasiones llegan pacientes que prefieren recurrir a familiares con conocimientos de español que traen con ellos para que les ayuden a comunicarse durante la consulta médica. En estos casos, como es evidente, las personas que desempeñan la labor interpretativa no tienen formación específica y, en numerosas ocasiones, tampoco tienen un nivel de las dos lenguas lo suficientemente alto como para que la comunicación sea la adecuada. A pesar de ello, estos pacientes prefieren optar por la interpretación de su familiar y rechazar los servicios del intérprete, quizás por motivos culturales o por desconfianza, aunque no se trate de la opción más adecuada para el buen desarrollo del encuentro médico. En lo que se refiere a la posición del hospital ante estas situaciones, este no impone sus servicios, a no ser que, a pesar de la presencia de estos familiares, continúen existiendo dificultades notables en la comunicación y los propios médicos soliciten el servicio.

5.3. Resultados y comparativa con las aportaciones teóricas recogidas

Para llevar a cabo la fase analítica del presente trabajo, se recurrió al Hospital Internacional Medimar y a los intérpretes que desempeñan allí su labor. Con el objetivo enriquecer el análisis, se decidió no limitarlo a las consultas de un solo intérprete, sino

que se llevarían a cabo análisis de la labor de cuatro intérpretes diferentes en dos consultas diferentes cada uno, en el caso de los dos intérpretes profesionales, y en una consulta cada una en el caso de las estudiantes en prácticas.

Para facilitar la recogida de datos durante estos análisis, se recurrió a una plantilla (véase Anexo 2) para tener en cuenta diferentes factores, todos ellos relacionados con la actitud del intérprete, pretendiendo así relacionar estos factores con lo expuesto anteriormente sobre los principios básicos de comportamiento y los diferentes papeles que puede adoptar un intérprete a la hora de realizar su labor. Estos factores son: la *toma de notas*, la *posición en la sala*, la *cercanía con el paciente*, el *contacto visual*, el *contacto físico*, el *trato con el médico*, el *uso de la tercera persona* y *las intervenciones (no traducidas) realizadas por el intérprete*. El método que se siguió para recoger la información fue la toma de notas a partir de dicha plantilla, añadiendo además la información observada que se considerara oportuna, aunque esta no se encontrara entre los campos a analizar previamente establecidos. Cabe matizar que, como ya se ha mencionado anteriormente, a pesar de que se barajó la posibilidad de grabar las consultas, esta opción fue descartada debido a cuestiones relacionadas con la protección de datos, en el caso del vídeo, y al hecho de que grabar el audio no sería de utilidad.

5.3.1. Intérprete 1

La primera intérprete que analizaremos es la intérprete cuyas lenguas de trabajo son el inglés, el holandés y el alemán. Esta lleva trabajando en el Hospital Internacional Medimar cerca de diez años y es la intérprete con más experiencia de la plantilla.

5.3.1.1.Consulta 1

La primera intervención en la que pudimos acompañar a esta intérprete no se trataba de una interpretación bilateral entre médico y paciente, sino que consistía en una entrevista realizada a un paciente británico antes de entrar a una consulta odontológica. Mediante el análisis de esta intervención por parte de la intérprete se pretende mostrar el hecho de que, como se ha afirmado anteriormente, la labor de los intérpretes médicos es muy amplia y, en ocasiones, no está delimitada. Así pues, veremos cómo, en este primer caso, la intérprete ejerce de enfermera a la vez que de enlace lingüístico.

Tal y como se ha comentado, la función de la intérprete consistía en realizar la entrevista previa a la consulta odontológica, a partir del formulario entregado por la enfermera, y rellenarlo (en español) con las respuestas del paciente. Este paciente venía del puerto tras haber sufrido un desprendimiento de un implante molar durante el crucero en el que viajaba. Como hemos explicado anteriormente, entre las funciones de las intérpretes en plantilla se encuentra todo lo relacionado con los pacientes extranjeros. Así pues, unos minutos antes de la hora de la consulta, la intérprete recibió una llamada del puerto avisando de la llegada del paciente en taxi, por lo que esta se dirigió a la entrada del hospital, en el exterior, para esperarlo y guiarlo hasta el lugar correspondiente. Una vez en la sala de espera, la enfermera le entregó la hoja con la entrevista previa que debía realizar. Después de dicha entrevista, su presencia ya no sería necesaria puesto que el odontólogo hablaba inglés y, según le comunicaron a la intérprete, no requerían su ayuda.

En primer lugar, siguiendo el orden en el que se han nombrado los factores a analizar, se puede decir que se produjo *toma de notas* por parte de la intérprete en el sentido de que fue ella quien se encargó de anotar las respuestas que el paciente le iba dando en el formulario donde se encontraban todas las preguntas. En lo que se refiere a la *posición en la sala*, cabe señalar que nos encontrábamos en la sala de espera. Así pues, el paciente estaba sentado en uno de los asientos (junto a su esposa) y la intérprete se arrodilló junto a él para apoyarse en una de las mesas pequeñas para rellenar la hoja de la entrevista. Por otra parte, se percibía cierta *cercanía con el paciente*, basada en una actitud de amabilidad e interés por lo que le ocurría en los momentos previos a la entrevista. Así, tanto a él como a su esposa les preguntó cómo llevaban el viaje y le pidió que contaran lo que le había ocurrido en el diente al paciente. Además, durante la entrevista, la intérprete se permitió hacer alguna que otra broma en lo referente a la buena salud del paciente, lo cual es una muestra también de cercanía con el mismo. En lo que respecta al *contacto físico y visual*, no se produjo contacto físico alguno (tan sólo al bajar del taxi, para ayudar a la esposa del paciente), mientras que el contacto visual sí que tuvo lugar: miradas de entendimiento cuando el paciente hablaba de lo que le había ocurrido, complicidad ante las bromas, etc. En este caso no se produjo *trato con el médico* por parte de la intérprete, ya que esta no llegó a entrar en la sala. Lo mismo ocurre con el *uso de la tercera persona* o las *intervenciones no traducidas*, ya que no hubo oportunidad de que tuvieran lugar. No obstante, cabe destacar que la intérprete

realizó alguna que otra aclaración sobre las preguntas que aparecían en la entrevista, así como varias adaptaciones terminológicas para facilitar la comprensión del paciente, evitando decir el tecnicismo y optando directamente por un término menos especializado.

Si relacionamos todos estos aspectos con los principios de comportamiento extraídos del Código deontológico de la IMIA (2010) y tratados en el presente estudio, podemos observar que, en el caso de esta intervención de la intérprete, el único que puede presentar algún tipo de dilema es el principio de *fidelidad*, en lo referente a las intervenciones por parte de esta a través de las adaptaciones terminológicas. No obstante, no se trata de una intervención de gran envergadura, ni supone un obstáculo a la hora de comunicar el mensaje original.

Por otra parte, en lo que se refiere al papel de la intérprete, teniendo en cuenta que este tipo de entrevistas, en algunas ocasiones, son realizadas por la propia enfermera, la involucración es total, ya que la intérprete adopta los roles de enfermera y enlace lingüístico y cultural al mismo tiempo. De esta forma, pese a que, en teoría, realizar entrevistas a pacientes no se encontraría dentro de las funciones de un intérprete y se debería cuestionar si este está capacitado para llevarlas a cabo, el caso analizado muestra que, en ocasiones, el puesto de intérprete médico en un centro sanitario o en un hospital sí que abarca estas labores. Sin embargo, la pregunta que se debería plantear es: ¿están los intérpretes médicos capacitados para llevar a cabo funciones que se atribuyen a su puesto de trabajo, aunque no hayan recibido formación específica para el desarrollo de las mismas?

5.3.1.2. Consulta 2

Esta segunda consulta tuvo lugar en la especialidad de reumatología, con una paciente de edad avanzada, de nacionalidad holandesa y residente en España durante la mayor parte del año. Esta señora y su marido eran pacientes habituales del hospital, por lo que ya conocían a la intérprete y se produjo una conversación previa a la consulta, en la que le mostraron unas radiografías de su hijo (residente en Holanda) para que las enviara al traumatólogo y este les diera su opinión médica.

En primer lugar, *la toma de notas* por parte de la intérprete en esta consulta fue inexistente. En segundo lugar, respecto a *la posición en la sala* de los participantes, la

reumatóloga se encontraba a un lado de la mesa; al otro lado, en frente de la doctora, se encontraban la paciente y su marido; y en el extremo de la mesa, entre ambas partes, se situó la intérprete, sentada en un taburete. No obstante, cabe matizar que, en un principio, la intérprete ocupó el mismo lugar, pero plantada, ante lo cual la doctora le pidió que tomara asiento. Esta situación en la sala responde al modelo triangular presentado gráficamente por Bischoff, Loutan y García Beyaert (2009: 14) en su *Guía para la consulta médica intercultural*. En lo que se refiere a la *cercanía con el paciente*, en este caso destaca una mayor cercanía que en el anterior, con *contacto físico* en el momento previo a la consulta, así como *contacto visual*. Otro ejemplo de esta cercanía se mostró en un momento en el que la paciente tuvo dificultad a la hora de sacar unos papeles solicitados por la doctora y la intérprete le ayudó a encontrarlos. El *trato con la doctora* era cordial y relajado, sin muchos formalismos, pero tampoco con una confianza excesiva. Es conveniente destacar el comienzo de muchas de las oraciones de la reumatóloga con “Dile que...”, lo cual está relacionado con el *uso de la tercera persona*, por parte de la intérprete, que se decantó por esta opción a lo largo de la consulta. Finalmente, fueron varias las *intervenciones no traducidas* por parte de la intérprete, tanto para dirigirse a la paciente como para dirigirse a la doctora. Por una parte, realizó en más de una ocasión aclaraciones en holandés a la paciente, respondiendo a alguna de las preguntas que esta le planteaba, probablemente relacionadas con el funcionamiento del sistema que consideró oportuno responder ella misma (si bien cabe destacar que cuando se producían intervenciones largas en holandés, realizaba una pequeña aclaración en español de lo que habían hablado). Por otra parte, también se produjeron intervenciones sin traducir en español, cuando la intérprete planteaba alguna pregunta a la doctora que creía relevante sobre información que consideraba que la paciente querría saber. Acto seguido, le proporcionaba la información en holandés si así lo consideraba. Finalmente, también resulta de interés la omisión de alguna broma realizada por parte de la doctora que carecía de datos significativos sobre la salud o el seguimiento médico de la paciente.

En este caso, si aplicamos los principios básicos expuestos por la IMIA, nos encontramos con que se producen dilemas en cuanto a la *fidelidad* y a la *imparcialidad*. Por una parte, al considerar oportuno no interpretar todas y cada una de las intervenciones de los participantes, se entra en conflicto con lo que la IMIA establece

sobre la fidelidad. Además, al realizar intervenciones y omisiones por cuenta propia, se están tomando decisiones por los interlocutores y se está tratando de abogar por ellos.

Finalmente, si tenemos en cuenta los dos roles diferentes que puede adoptar un intérprete presentados por Hale (2007) y las características de la consulta analizada, podemos clasificar esta interacción por parte de la intérprete como una *mediated interaction*, ya que elementos como el uso de la tercera persona, la cercanía con el paciente y las intervenciones no traducidas implican a la intérprete en la interacción comunicativa, propiciando así que se produzcan dos interacciones en lugar de una: paciente-intérprete, médico-intérprete.

5.3.2. Intérprete 2

El segundo intérprete analizado es el intérprete de ruso. Como se ha comentado anteriormente, este no posee estudios relacionados con la traducción e interpretación, pero sí un nivel nativo de español y ruso, y lleva tres años trabajando como intérprete autónomo en el Hospital Internacional Medimar.

5.3.2.1. Consulta 1

Esta consulta tuvo lugar en la primera planta del hospital, en una consulta de traumatología con un paciente de nacionalidad rusa que llevaba un año residiendo en España, pero no tenía conocimiento alguno sobre la lengua española. El tiempo de espera previo a la consulta fue de unos 15 minutos, por lo que el intérprete y el paciente tuvieron tiempo suficiente para hablar y que este explicara el motivo de la visita al médico, ya que era la primera vez que acudía a este hospital. Esta conversación no sólo se limitó a la salud del paciente, sino que estuvieron hablando sobre la zona en la que este vivía, su voluntad de aprender español, etc. Una vez finalizado el tiempo de espera, se pasó a la consulta y cada participante de la situación comunicativa ocupó su *posición en la sala*: el médico, sentado a un lado de la mesa; el paciente, sentado al otro lado; y, en esta ocasión, el intérprete se situó, de pie, a la derecha del paciente, detrás de la silla en la que se sentaría el acompañante. En lo referente a la *toma de notas*, esta fue inexistente. Por otra parte, si bien no se dio un *contacto físico* fuera del apretón de manos al encontrarse y al marcharse, se percibía cierta *cercanía con el paciente* a la hora de comunicarse, quizás favorecida por este durante la conversación previa a la consulta. Respecto al *contacto visual*, cabe destacar este contacto cuando el paciente

hacía algún tipo de pregunta dirigida al doctor, ya que, en lugar de mirar a este, se dirigía al intérprete en todo momento. El *trato con el médico* por parte del intérprete era cordial, lo cual se reflejaba en el uso de “usted” a la hora de dirigirse a él. Al igual que en las consultas analizadas anteriormente, el intérprete hacía uso de la tercera persona a la hora de producir el mensaje, y el médico también recurrió al “dile que”, en lugar de hablar como si se tratara de una interacción entre dos personas. Finalmente, cabe destacar que sí que se produjeron *intervenciones no traducidas* en ambos idiomas. Por una parte, en alguna ocasión, el intérprete respondió a preguntas formuladas por el paciente sin que estas pasaran por el médico y viceversa; y, además, pidió alguna que otra aclaración que consideró que podría resultar útil para el paciente. Finalmente, al terminar la consulta, dado que debían esperar para visitar a otro especialista, el paciente invitó al intérprete a un refresco en el bar del hospital para hacer tiempo.

Si tenemos en cuenta los principios propuestos por la IMIA (2010), la situación recién explicada, pondría en peligro, por una parte el principio de *profesionalidad*, al aceptar que el paciente pagara el refresco y, por otra parte, el de *imparcialidad*, por el hecho de tener relación con este fuera de la consulta. Además, la posición en la sala del intérprete también podría ser interpretada como un elemento amenazante para el principio de imparcialidad, dada la cercanía física al paciente en comparación con la distancia con el doctor. Por otra parte, la realización de intervenciones no traducidas en ambos idiomas pondría en peligro el principio de *fidelidad* al mensaje original.

Por último, el rol adoptado por el intérprete en este caso, al igual que en la consulta anterior, es claramente el propio de la *mediated interaction*, debido al alto nivel de implicación en la interacción, la toma de decisiones sobre qué debe traducirse y qué no, etc.

5.3.2.2. Consulta 2

Esta segunda consulta asistida por el intérprete de ruso tuvo lugar con el médico especialista del aparato digestivo con otro paciente ruso residente en España. En esta ocasión, el tiempo de espera fue de unos cinco minutos y la conversación entre el intérprete y el paciente fue bastante breve, dado que este se encontraba haciendo gestiones con el teléfono móvil; de hecho, en este caso no dio tiempo a hablar sobre la salud del paciente antes de la consulta. Una vez dentro de la consulta, la *posición en la sala* fue la misma forma triangular que en la segunda consulta analizada, la presentada

por Bischoff, Loutan y García Beyaert (2009: 14), ya que el doctor ofreció un taburete al intérprete para que se sentara en el extremo de la mesa, entre los dos interlocutores primarios. Una vez más, en esta consulta no se recurrió a la *toma de notas* y destacó el *trato de cercanía con el doctor*, la cual estuvo propiciada por este, que parecía bastante interesado por el tema de los pacientes extranjeros y quiso enseñarles un libro con frases típicas de consultas en diferentes idiomas. Esto hizo que, durante unos minutos, se creara un ambiente de distensión en el que el médico se permitió bromear y contar alguna anécdota vivida con pacientes extranjeros. Esta situación propició también cierta *cercanía con el paciente*, que también se unió a este ambiente distendido. El único *contacto físico* existente fue el apretón de manos en el encuentro y antes de marcharse, y el *contacto visual* se producía, principalmente, cuando el paciente intervenía, ya que lo hacía mirando al intérprete en lugar de al médico. En esta consulta también predominó el *uso de la tercera persona* y, en numerosas ocasiones, las intervenciones del doctor iban precedidas de “dile que”. También tuvo lugar alguna *intervención no traducida* por parte del intérprete, al hacer preguntas al doctor que creía de interés para el paciente sin que este las formulara. Finalmente, cabe añadir que, durante el momento de conversación distendida, en el que el doctor hizo varias bromas, el intérprete optó por la omisión de algunas de ellas, al no considerar necesaria su producción en ruso.

Así pues, en lo referente a los principios de la IMIA (2010), en esta consulta pudo haber estado en peligro, por una parte, el principio de *fidelidad*, debido a las omisiones y las intervenciones no traducidas, así como al uso de la tercera persona. Además, las omisiones también pueden poner en peligro el principio de *imparcialidad*, ya que se priva al paciente de la información omitida.

Por último, se trataría de una *mediated interaction*, ya que existe una gran implicación por parte del intérprete, que se muestra totalmente visible y toma decisiones sobre la información proporcionada a los interlocutores en más de una ocasión.

5.3.3. Intérpretes 3 y 4

Para el estudio de las dos últimas consultas se ha optado por analizar dos consultas de dos de las estudiantes en prácticas que se encontraban en el hospital los días en los que se acudió al mismo. El objetivo de incorporar al estudio dos consultas asistidas por estudiantes en prácticas es el de examinar las diferencias entre su ejecución de la tarea de interpretación y la de los intérpretes con más experiencia (algunos de ellos

sin formación en el campo de la traducción y la interpretación). La primera de ellas es una alumna de tercer curso del Grado en Traducción e Interpretación de la Universidad de Alicante, con inglés como lengua B y alemán como lengua C. Por otra parte, la segunda alumna cuyo trabajo se analizará es alumna de cuarto curso con inglés como lengua B y francés como lengua C. En lo referente a la formación académica, la alumna de tercer curso no ha cursado al completo ninguna de las asignaturas de interpretación, tan sólo ha recibido parte de la asignatura Interpretación lengua B-A, A-B (I), mientras que la alumna de cuarto ya estudió esta asignatura, además de Interpretación lengua B-A, A-B (II) y, en el momento de las prácticas, se encuentra cursando Interpretación lengua B-A, A-B (III). Finalmente, cabe destacar que, en el caso de la segunda intérprete analizada, la lengua utilizada durante la interpretación es su lengua C, el francés, lo cual se podía observar, como se ha comentado anteriormente, en la fluidez a la hora de interpretar, así como en el dominio de la terminología especializada en dicha lengua.

5.3.3.1. Intérprete 3, consulta 1

Esta primera consulta fue interpretada por la alumna en prácticas de tercer curso y se trataba de una consulta ginecológica para realizar un control rutinario del embarazo. La paciente era de nacionalidad ucraniana, y residía en Alicante. Debido a que dominaba el inglés a la perfección, se recurrió a él como lengua vehicular. En primer lugar, el tiempo de espera previo a la consulta fue de unos 20 minutos durante los cuales la paciente y la intérprete en prácticas conversaron tan sólo durante unos pocos minutos sobre el estado de salud de la misma. Cabe destacar que no era la primera vez que esta paciente acudía al hospital, y que sus últimas consultas habían estado asistidas por la misma intérprete. Una vez dentro de la sala, la *posición* de la intérprete fue, de pie, en un extremo de la mesa con la doctora y la paciente sentadas a los dos lados y, en el momento de la ecografía, de pie al lado de la doctora. Por otra parte, esta intérprete sí recurrió a la *toma de notas* durante la consulta, en el momento de la ecografía, en el que la doctora decía las medidas del feto. En lo que se refiere a la *cercanía con el paciente*, esta no era excesiva y no se produjo *contacto físico* alguno, si bien se percibía cierta simpatía, probablemente propiciada por el hecho de no ser la primera vez que se encontraban. El *contacto visual* entre la intérprete y la paciente era puntual, ya que esta también tenía bastante contacto visual con la doctora. El *trato con la doctora* era relajado, sin muchos formalismos, pero tampoco destacaba por la

cercanía. En esta interpretación también se recurrió al *uso de la tercera persona* y, de forma puntual, al “dile que” por parte de la ginecóloga. A diferencia de las consultas analizadas hasta ahora, no se produjo ninguna *intervención no traducida* por parte de la intérprete en prácticas.

Si tratamos de identificar los principios propuestos por la IMIA (2010) sobre la práctica de la interpretación médica que pudieron estar en peligro en esta consulta, observamos que el único que podríamos mencionar es el de *fidelidad*, debido al uso de la tercera persona. No obstante, es necesario señalar que, a diferencia de los intérpretes con más experiencia, la intérprete en prácticas no realiza ninguna intervención para preguntar algo a la médica que considere necesario ni para realizar aclaraciones a preguntas de la paciente.

Así pues, todo esto nos lleva a concluir que, en este caso, la intérprete se acercaría más a una *directly interpreted interaction*, ya que su tarea se centra en trasladar a la lengua meta el mensaje emitido por las interlocutoras primarias.

5.3.3.2. Intérprete 4, consulta 1

Esta última consulta fue con un paciente de origen argelino en un chequeo con el cardiólogo. Al igual que la mayoría de los pacientes argelinos, este hablaba francés perfectamente, por lo que empleó esta lengua durante la consulta. Al entrar en la sala, el paciente y el doctor tomaron asiento, y ambos pidieron a la intérprete en prácticas que ella también lo hiciera, por lo que esta se sentó y su *posición en la sala* era a uno de los lados de la mesa, junto al paciente. Dada la ausencia de cifras y la brevedad de las intervenciones, en esta ocasión no se recurrió a la *toma de notas*, si bien la intérprete llevaba con ella una libreta y un bolígrafo preparados por si fuera necesario. El *contacto físico* fue inexistente y no se observaba mucha *cercanía con el paciente* más allá de la cordialidad. El *contacto visual* entre la intérprete y el paciente tenía lugar, tanto en los momentos en los que este intervenía, como en los momentos en los que ella reproducía en francés el mensaje emitido por el doctor. El *trato con el médico* por parte de la intérprete era cordial, pero relajada y sin muchos formalismos, ya que se trataba de un doctor que recibía de forma habitual pacientes argelinos y eran varias las ocasiones en las que esta había interpretado en su consulta. En esta consulta también se recurrió al uso de la *tercera persona*, principalmente por parte de la intérprete y por parte del doctor (“dile que”). En lo referente a las *intervenciones no traducidas*, cabe destacar

que, al igual que en la consulta anterior, la intérprete en prácticas no hizo preguntas no formuladas por el paciente, ni pidió información que este no había solicitado. No obstante, cabe destacar que, en un momento puntual de la consulta, la intérprete pidió aclaración al doctor sobre uno de los términos utilizados cuyo significado desconocía.

De los principios presentados en el marco teórico de este estudio, en esta consulta podría ponerse en peligro el de *fidelidad*, al igual que en los casos anteriores, debido al uso de la tercera persona a la hora de reproducir el mensaje. En lo que se refiere a la aclaración solicitada al médico, tal y como establece la IMIA (2010:5), en ciertas ocasiones es necesario que el intérprete abandone por un momento su papel de enlace para asegurar el buen desarrollo del proceso comunicativo.

Finalmente, viendo el grado de implicación por parte de la intérprete en prácticas, podemos decir que su actuación en esta consulta se acercaría a una *directly interpreted interaction*, aunque existen ciertos elementos propios de la *mediated interaction* (Hale 2007), como, por ejemplo, el uso de la tercera persona.

5.4. Estudios de caso: conclusiones

Después de examinar las consultas asistidas por estos cuatro intérpretes, son varias las conclusiones que pueden extraerse del análisis de las mismas. A continuación, la Tabla 3 ofrece un resumen de los resultados obtenidos en las consultas:

	Toma notas	Posición en la sala	Cercanía con paciente	Contacto físico	Contacto visual	Trato con el médico	Uso 3^a pers.	Intervenciones no traducidas
Int.1	No	-	Media	Bajo	Medio	No se produce	-	-
Cons. 1								
Int.1	No	Triangular	Alta	Medio	Alto	Cordial	Sí	Sí
Cons. 2								
Int.2	No	Otra	Alta	Bajo	Alto	Cordial	Sí	Sí
Cons. 1								
Int.2	No	Triangular	Media	Bajo	Medio	Cercano	Sí	Sí
Cons. 2								
Int.3	Sí	Triangular	Baja	Ninguno	Medio	Cordial	Sí	No
Cons. 1								
Int.4	No	Otra	Baja	Ninguno	Alto	Cordial	Sí	Sí (petición de aclaración).
Cons. 1								

Tabla 3

En primer lugar, como podemos observar, la *toma de notas* brilló por su ausencia en todas las consultas excepto en una, lo cual no es de extrañar teniendo en cuenta la brevedad que suele tener el mensaje en este tipo de interacciones. En segundo lugar, la *posición en la sala* de la mayoría de las consultas consistía en el modelo triangular en el que el paciente y el médico se sentaban a ambos lados de la mesa, y el intérprete se situaba en el extremo. Sobre este asunto cabe destacar que, en la mayor parte de los casos, los intérpretes se sentaban tan solo cuando el médico les invitaba a hacerlo y que no se dio esta posición en todas las consultas. Por otra parte, la *cercanía con el paciente* y el *contacto físico* variaba principalmente en función de elementos como la cultura, el diálogo previo a la consulta o el hecho de haber recurrido antes a los servicios de interpretación. En el caso del *contacto visual* entre el paciente y el intérprete, en la mayoría de las consultas era medio o alto, ya que la situación del intérprete hace complicado el hecho de que los interlocutores primarios olviden su presencia y actúen como si la conversación no estuviera siendo asistida. El trato del *intérprete con el médico* venía marcado por la experiencia de trabajo previo entre ambos o, simplemente, por la forma de relacionarse de cada individuo.

El elemento que se ha repetido en todas las interpretaciones ha sido la *utilización de la tercera persona* y, por lo tanto, el principio de *fidelidad* como principio cuyo cumplimiento se encontraba en peligro. Tanto la intérprete con estudios de traducción e interpretación y años de experiencia en la interpretación médica, como el segundo intérprete, sin estudios específicos pero con experiencia, y las intérpretes en prácticas que se encuentran en proceso de formación hicieron uso de la tercera persona en todo momento, lo cual no se debe pasar por alto, pues Hale (2007: 44) lo presenta como un elemento clave para distinguir entre los intérpretes profesionales y los *ad hoc*.

Por otra parte, las *intervenciones no traducidas* constituyen otro aspecto a tener en cuenta, si bien en este caso, tan solo se dio en las consultas asistidas por los intérpretes con más experiencia, mientras que las intérpretes en prácticas se limitaron a reproducir el mensaje emitido por los interlocutores primarios en las lenguas correspondientes. Una explicación a estos resultados podría estar basada simplemente en la experiencia; es decir, los intérpretes con más años en este ámbito conocían las respuestas a las cuestiones de los pacientes relacionadas con el funcionamiento del hospital, así como las preguntas que les podrían surgir a estos a lo largo de la consulta, mientras que las intérpretes, dada su escasa experiencia, no eran capaces de anticiparse a estas

intervenciones. Sin embargo, también podría deberse a cuestiones formativas, y al hecho de que la profesionalización de la interpretación médica sea reciente, ya que la conciencia sobre la importancia de esta labor y su correcto desarrollo no es la misma que unos años atrás. Por un motivo u otro, es evidente que con este tipo de intervenciones el intérprete incumple el principio de *imparcialidad*.

Por último, cabe destacar que, en lo referente al rol de los intérpretes en las consultas, todos ellos mostraban en su conducta elementos de la *mediated interaction* (3º persona, intervenciones, etc.). Sin embargo, en el caso de las intérpretes en prácticas, estos elementos eran compensados por otros propios de las *directly interpreted interaction* (ausencia de intervenciones, etc.).

6. Conclusiones

Después de presentar las conclusiones específicas relativas a los análisis de las consultas, llega el momento de recoger las conclusiones principales alcanzadas tras el desarrollo del presente estudio. En primer lugar y como conclusión principal, cabe afirmar que, según los resultados de los análisis realizados, la hipótesis de la necesidad de llegar a acuerdos en lo referente a la práctica profesional de la interpretación médica queda verificada, puesto que dichos resultados muestran una notable diversidad y un gran desconocimiento en cuanto a la ejecución de la labor interpretativa en el ámbito médico.

Por otra parte, al comparar parte del marco teórico existente sobre la materia y su puesta en práctica, concluimos que la realidad difiere en gran medida de lo que dicen los estudios y de los principios básicos establecidos por algunas instituciones. Ante esta realidad, se hace patente una necesidad de apostar por la investigación en este campo y, sobre todo, por la formación de profesionales cualificados para ofrecer un servicio de calidad y luchar por el reconocimiento que la profesión del intérprete médico se merece. Asimismo, en lo referente a los estudios de Traducción e Interpretación y la realización de prácticas externas, surge la necesidad de replantear estas prácticas, dado que, en la mayoría de las ocasiones, los alumnos se enfrentan a la realización de las mismas sin formación específica, lo cual puede verse reflejado en su labor interpretativa.

Además, este estudio demuestra que la falta de experiencia por parte del personal sanitario en cuanto a encuentros asistidos por intérpretes médicos supone otro

obstáculo para la buena práctica de la profesión. Por ello, es necesario darla a conocer, crear códigos deontológicos y formar al personal sanitario que vaya a participar en este tipo de encuentros para, entre todos, conseguir que todas las personas tengan acceso a una asistencia médica de calidad, sin importar la lengua que se hable y la cultura de la que se provenga. Un buen equipo de intérpretes cualificados, unido a un equipo de personal sanitario con experiencia en consultas asistidas por intérpretes y con nociones sobre el funcionamiento de las mismas, supondría un gran impulso a la hora de lograr los objetivos del clúster sanitario de la provincia de Alicante, pues los centros sanitarios y hospitales podrían ofrecer a sus pacientes extranjeros un servicio de asistencia sanitaria de calidad y sin las carencias derivadas de una comunicación deficiente.

En conclusión, este Trabajo de Fin de Grado no es más que una muestra de todo el trabajo que queda por delante para el reconocimiento de la interpretación médica, tanto en el sector público como en el privado, ya que incluso en el sector en el que parece estar ya establecida, delimitada y reconocida, nos encontramos con que la labor de los intérpretes en estos centros no está del todo clara, el margen de actuación es extremadamente amplio y los intereses económicos superan a la concepción de que la comunicación es un derecho y no un privilegio.

7. Referencias bibliográficas

ABC (2014, 26 de noviembre). “El turismo de salud une a 30 empresas alicantinas en un clúster.” Disponible en: <http://www.abc.es/local-alicante/20141126/abci-turismo-salud-alicante-empresas-201411262047.html> [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2015].

Abril Martí, María Isabel. (2006) *La Interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Granada: Universidad de Granada. Tesis doctoral.

Alicante press (2015, 24 de enero). “El poder de atracción del clúster sanitario de Alicante.” Disponible en: <http://alicantepress.com/2015/01/24/cluster-sanitario-de-alicante-en-el-extranjero/> [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2015].

Baixaoli-Olmos, Lluís. (2014) “Redescubriendo los códigos de conducta para la ISP médica: cultura, dilemas y papel profesional”. *Revista Panacea* 15 (40), pp. 198-217.

Bischoff, Alexander; Loutan, Louis y García-Beyaert, Sofía. (2009) *En otras palabras. Guía para la consulta médica intercultural. Comunicación a través de un intérprete en los servicios de salud*. Barcelona: UniversalDoctor Project.

Bolden, Galina B. (2000) “Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters’ involvement in history taking. *Discourse Studies* 2(4), pp. 387-419.

Cambridge, Jan. (2007) “Public Service Interpreting in Healthcare: There is no such thing as a Routine Conversation”. *Revista Puentes* 7, pp. 79-88.

Cedillo Corrochano, Carmen (Mayo, 2014) “La delgada línea entre lo moral y lo profesionalmente correcto”. Ponencia presentada en el Encuentro Nacional de Estudiantes de Traducción e Interpretación (ENETI), Soria. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=-SXPTvs1YA4> [Fecha de consulta: 2 de abril de 2015]

Cerdán Reina, Raquel. (2014) *Estudio comparativo del papel del intérprete en hospitales públicos y privados de la provincia de Alicante*. Alicante: Universidad de Alicante. Trabajo de Fin de Grado.

Corsellis, Anne. (2008) *Public Service Interpreting. The First Steps*. Basingtone (Reino Unido): Palgrave MacMillan.

El mundo financiero (2015, 1 de mayo). “El turismo de salud en España crece más de un 70% en los últimos cuatro años.” Disponible en: <http://www.elmundofinanciero.com/noticia/41371/Viajar/El-turismo-de-salud-en-Espana-crece-mas-de-un-70-en-los-ultimos-cuatro-anos.html> [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2015].

Hale, Sandra Beatriz. (2007) *Community Interpreting*. Houndmills: Palgrave Macmillan.

ImpulsAlicante, Agencia local de desarrollo (2014, 19 septiembre). “Presentación del proyecto ‘Red Alicante Salud’: una vía para acercar el turismo de salud a nuestra

ciudad.” Disponible en: <http://www.impulsalicante.es/presentacion-del-proyecto-red-alicante-salud-una-via-para-acercar-el-turismo-de-salud-a-nuestra-ciudad/#.VWL6f0byTQd> [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2015].

Instituto Nacional de Estadística, INE. (2014) *Cifras de población y censos demográficos*. Disponible en: http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_resultados.htm [Fecha de consulta: 10 de abril de 2015]

La Greca Saint Esteven, Mariana. (2012) *Interpretación en el ámbito sanitario: preparación previa del personal médico*. Salamanca: Universidad de Salamanca. Trabajo de Fin de Grado.

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

Martin, Anne y Abril Martí, Isabel. (2002) “Los límites difusos del papel del intérprete social en España” En: Valero Garcés, Carmen y Mancho Barés, Guzmán (eds.) 2002. *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: nuevas necesidades para nuevas realidades. Community interpreting and translating: new needs for new realities*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.

Martín Corrales, Eloy. (2012) “La emigración española en Argelia”. *Awraq* 5-6, pp. 47-62. Disponible en: <http://www.awraq.es/blob.aspx?idx=5&nId=75&hash=bed5ab3f0af1161ce2bc9636a6b12e41> [Fecha de consulta: 22 de mayo de 2015]

Nevado Llopis, Almudena. (2013) *La comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. Propuestas de mejora desde la interpretación en los servicios públicos y la mediación lingüística y cultural. Estudio de caso de un hospital aragonés*. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I. Tesis doctoral.

Ozolins, Uldis. (2000) “Communication needs and interpreting in multilingual settings: The international spectrum of response”. En: Roberts, Roda P., Carr, Silvana E., Abraham, Diana y Dufour, Aideen (eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings* (Vancouver, BC, Canadá, 29-23 mayo, 1998). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. 21-33.

Pérez Esteva, Elena. (2014) *Sensibilidad y lenguaje del intérprete médico*. Alicante: Universidad de Alicante. Trabajo de Fin de Grado.

Pöchhacker, Franz. (2009) “The Turns of Interpreting Studies”. En: Hansen, G., Chesterman A. y Gerzymisch-Arbogast, H. (eds.) *Efforts and Models in Interpreting and Translation Research*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, pp. 25-46.

Sales Salvador, Dora. (2006) “Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia”. En: Valero-Garcés, C. y Raga, G. (eds.) *Retos del siglo XXI en comunicación intercultural: Nuevo mapa lingüístico y cultural de España*, número

monográfico de Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA). Castellón de la Plana: Universitat Jaume I, pp. 85-109.

Valero Garcés, Carmen. (2003a) "Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos". En Valero Garcés (ed.), pp. 3-33

8. Anexos

Anexo 1. Código ético para el personal sanitario del Hospital Internacional Medimar

1. Nuestra primera preocupación son los pacientes, que tenemos el privilegio de asistir. Por ello, reafirmamos el valor y dignidad de la vida humana como principio de nuestro que hacer.
2. Nuestros objetivos son curar la enfermedad, reducir el sufrimiento y conseguir una buena calidad de vida.
3. Es nuestra responsabilidad ofrecer soporte, asistencia e información clara y suficiente al paciente y sus familiares que les ayude a tomar las decisiones que afectan al cuidado de su salud.
4. La información de un paciente es confidencial y no puede ser revelada a terceros sin su consentimiento expreso. Toda información clínica debe ser registrada con precisión, manejada con cuidado y comunicada con rigor y humanidad. Es nuestra responsabilidad proteger la privacidad de nuestros pacientes.
5. La prevención de la enfermedad y la educación sanitaria son partes esenciales de nuestra misión. A través de la divulgación y educación médica nos esforzamos en reducir la incidencia de la enfermedad y enseñar hábitos saludables a toda la sociedad, para que sirvan, incluso, a aquellas personas que nunca serán pacientes nuestros.
6. La educación sanitaria es tanto una inversión en un futuro mejor como un tributo a las anteriores generaciones. Nuestra misión educacional abarca a aquellos que acuden a nosotros para aprender, a nuestros pacientes y a nuestros colegas. Nos comprometemos con ellos a intentar progresar en la lucha contra la enfermedad, partiendo del conocimiento, la pericia y los valores éticos que son los fundamentos de esta Institución.
7. Para prevenir y tratar la enfermedad es imprescindible el trabajo en conjunto de un equipo de médicos, enfermeros, auxiliares y personal no sanitario. Individualmente, cada uno de nosotros tiene una obligación moral irrenunciable hacia nuestros pacientes.
8. El diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad es una tarea costosa. Por eso, nos esforzamos en ofrecer siempre a nuestros pacientes las opciones más favorables para su salud con el menor coste económico posible.

Anexo 2. Plantilla utilizada en el análisis de las consultas

INTÉRPRETE 1

	Toma de notas	Contacto visual	Contacto físico	Posición en la sala	Cercanía con el paciente	Trato con el médico	Uso de la 3ª persona	Petición de aclaraciones (no traducidas)
Consulta 1								
Consulta 2								

Observaciones:

INTÉRPRETE 2

	Toma de notas	Contacto visual	Contacto físico	Posición en la sala	Cercanía con el paciente	Trato con el médico	Uso de la 3ª persona	Petición de aclaraciones (no traducidas)
Consulta 1								
Consulta 2								

Observaciones:

INTÉRPRETE 3

	Toma de notas	Contacto visual	Contacto físico	Posición en la sala	Cercanía con el paciente	Trato con el médico	Uso de la 3ª persona	Petición de aclaraciones (no traducidas)
Consulta 1								
Consulta 2								