

# **La interpretación sanitaria en Gran Canaria:** análisis de viabilidad para un servicio público

**Máster Universitario en Investigación en Traducción e Interpretación**  
**Universitat Jaume I (Castelló)**

Autora: Nereida Betancor Sánchez

Supervisores: Ricardo Muñoz Martín (ULPGC) y María Jesús Blasco Mayor (UJI)

Noviembre de 2017



## **Agradecimientos**

Quiero dedicar este trabajo a aquellas personas que han permitido que este proyecto fuera posible:

En primer lugar a **mi familia**, por su apoyo incondicional en todo momento.

A **Ricardo**, por creer en mí, por su paciencia y por recordarme lo importante que es hacer las cosas bien, sobre todo cuando no hay nadie mirando.

A **María Jesús**, por las largas horas al teléfono, por todos sus consejos y por su gran empatía y comprensión.

A **Javier**, por acompañarme tantas madrugadas, por su apoyo y por colaborar con la elaboración y presentación de los datos de la encuesta.

Y finalmente a todas las **instituciones y personal médico-sanitario y administrativo** que han colaborado desinteresadamente durante todo el proceso de obtención de datos y que me han animado a continuar con esta labor.

## SUMARIO

### INTRODUCCIÓN

1. LA POBLACIÓN DE CANARIAS.....	1
1.1 Una región ultraperiférica.....	1
1.2 Características de la población extranjera en Canarias.....	4
1.3 Composición de la población extranjera en Canarias.....	5
1.4 Situación del turismo en Canarias.....	7
1.5 Conclusiones.....	8
2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN SANIDAD EN GRAN CANARIA.....	10
2.1 Situación.....	10
2.2 Metodología para estimar la demanda.....	12
2.2.1 Dificultades en la recogida de datos.....	13
2.3 Análisis de los datos.....	15
2.4 Resultados.....	17
2.4.1 Centros de Salud.....	17
2.4.2 Hospitales.....	19
2.5 Conclusiones preliminares.....	23
3. LA ASISTENCIA LINGÜÍSTICA EN EL SECTOR PRIVADO.....	24
3.1 Situación.....	24
3.2 Análisis de la oferta: encuesta presencial sistematizada.....	26
3.2.1 Objetivos.....	26
3.2.2 Metodología.....	26
3.2.3 Elaboración del cuestionario.....	28
3.2.4 Desarrollo.....	30
3.2.5 Resultados.....	31
3.3 Conclusiones.....	38
4. ANÁLISIS DE VIABILIDAD.....	39
4.1 Marco Legal.....	39
4.2 Prevención de riesgos y costes: hacia la optimización de recursos.....	40
4.3 Gestión pública sin intermediarios.....	43
4.4 Asesoramiento Profesional para la creación del modelo.....	45
4.5 Conclusiones.....	48
5. CONCLUSIONES.....	49
REFERENCIAS.....	51
Apéndice I: Tablas completas de los datos de hospitales y centros de salud.....	1-9
Apéndice II: Encuestas.....	1-3

## INTRODUCCIÓN

*“The oldest form of interpreting in the world, has been the most neglected both by practicing interpreters and by scholars” Roda Roberts (1994:127)*

En una actualidad *hiperintercomunicada* donde de la conexión a Internet nos permite entablar una conversación de forma inmediata sin importar la distancia, aún surgen dificultades para comunicarnos con nuestro entorno más próximo.

El auge de los movimientos migratorios y la libre circulación de ciudadanos como respuesta a la globalización, transforman nuestro entorno en lugares más variados y abiertos al cambio. Sin embargo, la adaptación de las instituciones a esta nueva realidad multicultural y multilingüe se desarrolla a un ritmo mucho más lento de lo deseable.

Nuestro interés por la provisión de asistencia lingüística en los servicios públicos surgió a raíz de la realización del Máster Universitario en Traducción Profesional y Mediación Intercultural de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Tras realizar las prácticas profesionales como intérprete médico-sanitario en un hospital privado en Gran Canaria, realizamos un trabajo de carácter teórico sobre la interpretación remota (IR) – interpretación telefónica y por videoconferencia– en los servicios públicos como solución a la falta de provisión de asistencia lingüística en las instituciones de Gran Canaria (Betancor, 2015).

El presente trabajo es una prolongación más detallada de nuestra investigación inicial y está enfocado a una recopilación de datos cuantitativos que permitan una mejor fundamentación de la oferta y la demanda y de las necesidades del sistema. En este caso nos hemos centrado en la provisión de interpretación presencial (*in situ*) para estudiar posteriormente la aptitud del sistema para la incorporación de las técnicas remotas como apoyo.

Para ello, en primer lugar hemos realizado una recolección exhaustiva de datos demográficos de los últimos cuatro años (2014-2017) para poder establecer la composición de la población extranjera en Canarias y su progreso.

En segundo lugar, hemos establecido el ámbito sanitario como marco por ser el sector con más volumen y urgencia en la demanda. Para estimar la demanda solicitamos las cifras del número de pacientes atendidos en los principales hospitales y centros de salud de la isla.

En tercer lugar, realizamos una encuesta sistematizada a las clínicas privadas de la isla con servicios lingüísticos para obtener más información acerca de las prestaciones del servicio y su valoración del funcionamiento.

Por último, para poder desarrollar a partir de los datos obtenidos un sistema de interpretación sanitaria presencial para los servicios públicos, participamos en un programa de asesoramiento empresarial y nos reunimos con distintas figuras profesionales para pedir consejo.

El proceso de documentación y recogida de datos de este trabajo ha supuesto una gran inversión de tiempo y recursos personales para la autora. En este trabajo hemos querido recoger las dificultades y limitaciones encontradas durante el proceso de documentación y diseño del proyecto para proporcionar todas las referencias posibles para futuras investigaciones.

# 1. LA POBLACIÓN DE CANARIAS

## 1.1 Canarias, región ultraperiférica

Las Islas Canarias son una de las nueve Regiones Ultra Periféricas (RUP) de la UE. La insularidad, su ubicación, su topografía y su clima subtropical condicionan su dependencia económica, por la reducida producción local y la obvia necesidad de transporte. Por ello, Canarias disfruta de un régimen económico especial para compensar los desafíos económicos de las RUP y promover su desarrollo. Sus residentes gozan de todos los derechos y deberes asociados a la pertenencia a la UE, y están sujetos a su legislación.<sup>1</sup> Gracias a su condición europea, su ventajoso clima y su llamativa orografía volcánica, Canarias ha desarrollado un potente sector de servicios, con el turismo como actividad económica eminente de la mano de otras actividades comerciales relativas a su estratégica ubicación intercontinental.

## 1.2 Características de la población extranjera en Canarias

La composición de la inmigración en España varía notablemente por regiones. La de Canarias se caracteriza por incluir también a inmigrantes de ocio, jubilados o con una segunda residencia vacacional. Huete et al. (2008) abordan las diferencias entre *turismo residencial e inmigración residencial* en el archipiélago balear:

[...] se emplea para referirse a los mencionados desplazamiento de jubilados, a partir de la distinción entre una «migración basada en la producción» y una «migración basada en el consumo» diferenciación planteada entre otros por Allan Williams y Michael Hall, que pone en tela de juicio el enfoque tradicional que identifica la migración únicamente con la migración económica o laboral). No obstante, Salvà explica que estos «nuevos inmigrantes» toman la decisión de elegir las Islas Baleares como destino residencial influidos por sus experiencias turísticas previas, si bien deja sin determinar en qué momento las experiencias turísticas dejan de ser turísticas y se convierten en estrictamente residenciales. (Huete et al. 2008:105)

---

<sup>1</sup> [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/es/policy/themes/outermost-regions/#1](http://ec.europa.eu/regional_policy/es/policy/themes/outermost-regions/#1) Página web en español de la Comisión Europea (Política Regional)

Este tipo de inmigración se repite en Canarias donde, a menudo, no hay diferencias notables entre turistas y residentes extranjeros, pues parte del segundo grupo reside de forma habitual en zonas turísticas y frecuenta lugares de ocio destinados a turistas por motivos culturales y lingüísticos. Además, el sector turístico ofrece oportunidades laborales a quienes dominen las lenguas de los turistas, sin necesidad de dominar la lengua local:

[...] los extranjeros que desempeñan empleos de baja cualificación, estarían teniendo un mayor dominio lingüístico que sus homólogos con empleos de alta cualificación; hallazgo este cuando menos sorprendente, y que podría deberse al hecho de que muchas de estas ocupaciones conllevan atención directa a una clientela mayoritariamente autóctona.

(Godenau et al., 2017:120-122)

Según el Observatorio Canario de Empleo y Formación Profesional (OBECAN) el número de contrataciones a extranjeros aumentó en 2016:

El análisis de los datos de contratación permite observar cómo ha habido un aumento del peso de la contratación de personas de nacionalidad extranjera en 2016 con respecto al año 2015, que aumenta en 0,46 puntos porcentuales, situándose en un 15,18 % del total de contratos.

(OBECAN 2017:2)

El sector servicios —principalmente, la hostelería— representa más de un 50 % de contratos de extranjeros:

El análisis de la contratación de los extranjeros según los sectores, permite comprobar que efectivamente, en el año 2016 fue el sector de la hostelería donde mayoritariamente se emplearon con un 54,45 % del total de contratos, sin observarse diferencias significativas con respecto al año 2015.

(OBECAN 2017:4)

En 2016, en la isla de Fuerteventura los contratos a extranjeros oscilan entre el 15 % de Puerto del Rosario y casi el 40 % en La Oliva (OBECAN 2017). En Gran Canaria, los municipios con mayor porcentaje de contratos a extranjeros son San Bartolomé de Tirajana (19,17 %) y Mogán (24,57 %), donde se hallan los principales focos hosteleros de la isla. Por nacionalidades (no hispanoparlantes), destaca Italia, con el 17,89 %, seguida de Marruecos, Reino Unido, Alemania, Rumanía y China:



Gráfico 1. Fuente: SEPE / Elabora: OBECAN

La barrera lingüística es uno de los principales obstáculos para la integración. La falta de conocimientos de la lengua es común a la inmigración de toda España:

En la primera edición del estudio, advertimos con preocupación que solo uno de cada dos residentes extranjeros manifestaba tener un buen conocimiento de por lo menos una de las lenguas oficiales de España; valor este que amonestamos como llamativamente bajo en consideración del hecho de que una tercera parte aproximadamente de la población autóctona procede de países hispanohablantes.

(Godenau et al., 2017: 120)

Este desconocimiento del español se ve acrecentado en los no condicionados por cuestiones laborales o que no necesitan integrarse en la comunidad local (turismo e inmigración residenciales). De nuevo, el fenómeno es más pronunciado en inmigrantes de avanzada edad que se trasladan a España como destino de retiro:

Como posible explicación, vaticinábamos el carácter relativamente reciente de la inmigración con destino a España, así como la importante presencia de un turismo residencial relativamente ensimismado, procedente sobre todo de otros países de la UE (cf. Godenau et al., 2014:144).

(Godenau et al., 2017: 120)

Con la crisis económica, la inmigración por causas laborales se ha estancado o incluso reducido de forma general. A pesar de ello, Canarias es una de las comunidades con mayor incremento relativo de población, según datos del INE (2017:4): «*Illes Balears (1,35 %), Canarias (0,92 %) y Comunidad de Madrid (0,80 %) registraron los mayores incrementos relativos de población durante 2016*». Esto es, de 2016 a 2017 la población residente en Canarias aumentó

en 19.696 personas (0,92 % del total absoluto; íbidem: 5). Canarias y Madrid son dos polos opuestos en los orígenes y características de la inmigración:

Como regla general, las menores disparidades entre las poblaciones española y extranjera se observan en Canarias y las mayores, en la Comunidad de Madrid. [...]

La Comunidad de Madrid obtiene cocientes de integración especialmente favorables y mejorías especialmente notables, mientras que Canarias tiende a una mayor estabilidad; ambas situaciones están relacionadas con efectos de composición (altas proporciones de latinoamericanos y de europeos comunitarios, respectivamente).

(Godenau et al., 2017:164)

Canarias presenta un panorama particular en la relación de población extranjera y autóctona por la alta proporción de inmigración europea y los bajos índices de cualificación laboral de la población propia, una realidad antagónica de la de zonas industrializadas con un alto índice de especialización laboral, como Madrid y el noreste del país, donde la población inmigrante suele tener un perfil laboral no cualificado:

En uno de los extremos de esta clasificación se encuentra Canarias, con desigualdades inusualmente escasas entre población inmigrada y autóctona, posición diferencial causada principalmente por las reducidas diferencias entre ambas poblaciones en los ámbitos de Empleo y Bienestar. En el otro extremo se encuentran las regiones de Nordeste y Madrid, caracterizadas por altos niveles de desigualdad en Empleo y Bienestar e índices de disparidad relativamente reducidos en materia de Relaciones Sociales y Ciudadanía, sobre todo en Madrid.

(Godenau et al., 2017:165)

### **1.3. Composición de la población extranjera en Canarias**

El registro permanente del padrón municipal del Instituto Canario de Estadística (ISTAC) ofrece datos sobre la composición de la población extranjera de Canarias. Siempre que ha sido posible, se hace referencia al quinquenio 2013–2017. Alrededor del 62 % de los residentes extranjeros son europeos, seguidos de americanos (20 %), africanos (11 %) y asiáticos (7 %). Los residentes de Oceanía y los apátridas no superan el 0,05 %.

Procedencia	2016		2017*	
	Total	%	Total	%
<b>Total extranjeros canarias</b>	249.414	100	245.821	100
<b>Resto de europa</b>	153.998	61,74	151.304	61,55
<b>África</b>	28.019	11,23	27.345	11,12
<b>América</b>	49.248	19,75	48.851	19,87
<b>Asia</b>	17.974	7,21	18.130	7,38
<b>Oceanía</b>	110	0,04	127	0,05
<b>Apátridas</b>	65	0,03	64	0,03

Tabla 1. Fuente: ISTAC / Elaboración propia

\*Los datos de 2017 del fichero del Padrón Municipal continuo de Canarias son provisionales.

La tabla 1 muestra que la población extranjera que reside en Canarias es europea en su mayoría. Según el ISTAC, los cinco países no hispanohablantes con mayor número de residentes son Italia, Alemania, Reino Unido, Marruecos y China. Todos los valores descienden en distinto grado entre 2016 y 2017 excepto la población china, que experimenta un ligero aumento, y la italiana que, con un notable incremento, sigue a la cabeza (tabla 2):

	Países	Nº de habitantes	
		2016	2017
<b>1</b>	Italia	37.228	41.102
<b>2</b>	Alemania	28.159	26.134
<b>3</b>	Reino Unido	27.349	25.176
<b>4</b>	Marruecos	16.883	16.462
<b>5</b>	China	9.804	10.033
<b>6</b>	Rumania	8.519	8.226
<b>7</b>	Francia	6.314	6.051

Tabla 2. Fuente: ISTAC / Elaboración propia

El repunte de la inmigración italiana en Canarias y otras fluctuaciones son recientes (tabla 3).

	Países	Nº de habitantes a 1 de enero de cada año					Diferencia
		2013	2014	2015	2016	2017	
<b>1</b>	Italia	32.624	31.741	33.533	37.228	41.102	25,99
<b>2</b>	Alemania	41.616	33.082	30.582	28.159	26.134	-32,34
<b>3</b>	Reino Unido	41.171	32.341	29.233	27.349	25.176	-33,57
<b>4</b>	Marruecos	18.592	17.797	16.914	16.883	16.462	-11,46
<b>5</b>	China	8.753	9.229	9.553	9.804	10.033	14,62
<b>6</b>	Rumania	8.756	8.875	8.789	8.519	8.226	-6,02
<b>7</b>	Francia	8.153	6.905	6.465	6.314	6.051	-25,78

Tabla 3. Fuente: ISTAC / Elaboración propia

En el periodo 2013-2017, los residentes extranjeros de muchos grupos mayoritarios en Canarias descienden. El retroceso más pronunciado se da en alemanes y británicos, que disminuyen en

un 32,34 % y un 33,57 % respectivamente. Los rumanos descienden solo un 6,02 %. La población china crece en un 14,62 % y la italiana, en un 25,99 %. Los resultados para Gran Canaria, con datos solo entre 2013 y 2016, se presentan en la tabla 4:

	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
<b>Total</b>	852.723	100	851.157	100	847.830	100	845.195	100
<b>España</b>	771.488	90,47	776.630	91,24	778.951	91,88	779.755	92,26
<b>Extranjero</b>	81.235	<b>9,53</b>	74.527	<b>8,76</b>	68.879	<b>8,12</b>	65.440	<b>7,74</b>

Tabla 4. Fuente: ISTAC / Elaboración propia

En general, entre 2013 y 2016 la población de la isla disminuye un 0,88 %. La población nacional se incrementa un 1,07 % y la extranjera disminuye un 19,45 % (tabla 4). El número de habitantes extranjeros incluye a los latinoamericanos, que experimentan reducciones significativas por retorno y por adquisición de la nacionalidad española. La tabla 5 detalla los residentes no hispanos más numerosos en Gran Canaria entre 2013 y 2016, por orden decreciente según cifras de 2016.

Origen	2013	2014	2015	2016
Italia	6.703	6.325	6.060	6.621
Alemania	9.932	8.348	7.672	6.601
Marruecos	6.560	6.218	5.912	5.800
China	3.361	3.480	3.572	3.640
Reino unido	3.973	3.794	3.200	2.803
Rumania	3.038	3.137	2.993	2.712
Noruega	2.938	3.319	2.910	2.370
Francia	1.795	1.567	1.353	1.333
Mauritania	1.571	1.349	1.254	1.297
Suecia	1.773	1.527	1.311	1.162
Países bajos	1.495	1.326	1.248	1.140
Filipinas	970	998	1.038	1.075
Senegal	1.052	1.026	1.006	990

Tabla 5. Fuente: ISTAC / Elaboración propia

La composición de la población extranjera en Gran Canaria no se diferencia mucho de las tendencias generales de toda Canarias. Entre 2013 y 2016, Gran Canaria sufre una significativa disminución de alemanes, hasta 2015 los más numerosos. Los italianos, habitualmente los

segundos, toman el relevo en cabecera en 2016. En Gran Canaria, el descenso de los demás grupos en 2013-2016 es pequeño. Chinos y filipinos son los únicos que aumentan, y lo hacen modestamente. Una de las principales diferencias con los datos regionales son Noruega y Suecia, uno de los principales focos de promoción turística de Gran Canaria. De África, además de los marroquíes, destacan mauritanos y senegaleses.

## 1.4 Situación del turismo en Canarias

Con 9.296.466 turistas extranjeros, Canarias es la tercera comunidad autónoma (tras Cataluña y Baleares) con mayor número de turistas en 2017:

### Turistas extranjeros en España. Agosto 2017

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2017	Var. anual	Acumulado 2017	Var. Anual Acumulado
<b>TOTAL</b>	<b>10.426.029</b>	<b>3,97%</b>	<b>57.302.570</b>	<b>9,87%</b>
Andalucía	1.443.501	5,00%	8.018.276	9,34%
Baleares	2.352.365	2,61%	10.248.908	6,32%
Canarias	1.165.967	4,89%	9.296.466	8,32%
Cataluña	2.559.865	2,35%	13.755.716	8,03%
Comunidad Valenciana	1.169.271	4,66%	6.282.069	15,34%
Comunidad de Madrid	532.398	8,42%	4.420.507	18,48%
Resto de CCAA	1.202.662	5,58%	5.280.626	12,60%

Tabla 6. Fuente: INE / Elabora: Patronato de Turismo de Gran Canaria

Según el ISTAC, el turismo extranjero crece un 8,16 % del valor acumulado hasta agosto de 2017, esto es, 706.187 turistas más que en 2016. En Gran Canaria, el alza es del 11,60 %, o 267.691 turistas extranjeros más (datos del Patronato de Turismo de Gran Canaria).<sup>2</sup> El gráfico 2 muestra un aumento progresivo de llegados a Gran Canaria entre 2001 y 2017 durante el mes de agosto.

<sup>2</sup> *Encuesta de movimientos turísticos en fronteras (Frontur)* es la operación estadística de la Subdirección General de Conocimiento y Estudios Turísticos que recoge datos relativos a la entrada en España de visitantes no residentes en España.

Fuente: <http://estadisticas.tourspain.es/es-es/estadisticas/frontur/paginas/default.aspx>

## Evolución pasajeros extranjeros llegados a Gran Canaria. Agosto



Gráfico 2. Fuente: AENA. Elabora: Patronato de Turismo de Gran Canaria

Según AENA, entre agosto de 2016 y agosto de 2017 el número de pasajeros extranjeros en Gran Canaria aumentó un 8,65 %. Por orden decreciente, los orígenes de los grupos mayoritarios son Alemania, Reino Unido, Suecia, Noruega, Países Bajos, Dinamarca, Bélgica y Finlandia. Aumenta notablemente la llegada de pasajeros británicos (+108.686), neerlandeses (+14.095), suecos (+13.441), noruegos (+11.971) e italianos (+11.739)<sup>3</sup>.

### 1.5 Conclusiones

Por su condición de región ultraperiférica de la Unión Europea y por su desarrollo turístico, la inmigración de Canarias es distinta de la de otras regiones de España. Los inmigrantes europeos conforman la mayoría de extranjeros y plantean desafíos en integración y servicios turísticos. Los grupos más numerosos de residentes mantienen sus cifras con descensos ligeros, a excepción de los de británicos y alemanes, más pronunciados. Por otro lado, el número de turistas extranjeros experimenta fuertes ascensos en británicos, neerlandeses, escandinavos y otros europeos. Además de diversificar los beneficios, la suma de una numerosa población

---

<sup>3</sup> Informe sobre la situación del sector Turístico (Agosto 2017) del Patronato de Turismo de Gran Canaria.

extranjera estable no hispanoparlante y la no estacionalidad de un sector turístico en auge propicia una demanda constante de servicios durante todo el año. Como se verá, un sistema público de intérpretes profesionales no sólo supondría una inversión en mejorar la atención turística, sino también una mejora de los servicios públicos y un ahorro para las instituciones no solo pecuniario, sino también en esperas evitables y reclamaciones. La demografía de las islas ofrece las circunstancias perfectas para establecer un servicio rentable para la administración, eficiente para los usuarios y justo para los profesionales.

## 2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN SANIDAD EN GRAN CANARIA

### 2.1 Situación

En esta investigación hemos establecido la isla de Gran Canaria (superficie de 1560,1 km<sup>2</sup>) como muestra representativa ya que es la isla con mayor densidad de población del archipiélago (542 hab./km<sup>2</sup>) y la segunda en número de habitantes (845.195 habitantes<sup>4</sup>) después de Tenerife.

La isla de Gran Canaria cuenta con cuatro hospitales públicos: el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, el Hospital Militar Juan Carlos I y el Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; y 39 centros de salud<sup>5</sup>.

El Servicio Canario de Salud (en adelante SCS) no cuenta con servicio de interpretación en sus centros a pesar de atender grandes volúmenes de población inmigrante y turistas durante todo el año. Gran parte de esta población extranjera no tiene suficiente competencia en la lengua del servicio por lo que los pacientes se ven obligados a acudir acompañados de alguna persona que tenga cierta competencia en ambas lenguas o recurrir a clínicas privadas que presten servicio de interpretación.

En 2009 la Consejería de Sanidad de Canarias anunció una convocatoria para la contratación de servicios de interpretación sanitaria<sup>6</sup>:

[...] la Consejería regional de Sanidad anunció el pasado 13 de mayo en el Boletín Oficial de Canarias (BOC) la convocatoria para la contratación de servicios de traducción para atender a los pacientes del Servicio Canario de la Salud (SCS) que no hablen español, con una ficha financiera que supera los 258.000 euros.

Noticia del 17 mayo 2009, *La Opinión*

Sin embargo, esta convocatoria generó gran rechazo desde los sindicatos médicos debido a las entonces recientes reducciones presupuestarias en los servicios sanitarios. A excepción de la

---

<sup>4</sup> Datos referentes a 2016. Fuente: ISTAC

<sup>5</sup> <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/RegistroCentros/DoSearch> Consulta: 15.10.17

<sup>6</sup> <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2009/090/006.html> Consulta: 15.10.17

convocatoria en el Boletín Oficial de Canarias (BOC) no hemos encontrado ninguna noticia de que se licitara el concurso, se adjudicase a empresa u organización alguna, ni de que haya existido el servicio.

Consciente de las dificultades en la asistencia a pacientes extranjeros, en 2014 el SCS desarrolló la aplicación *off-line* TRADASSAN (Traductor para la Asistencia Sanitaria)<sup>7</sup> ideada por el enfermero Manuel Verdugo Páez. La aplicación permite la búsqueda de términos médicos y 800 frases tipo en español, inglés, francés, alemán, chino y árabe además del acceso desde ambos perfiles (usuario-profesional) y la reproducción en audio de las distintas entradas. A pesar de la relativa utilidad de la aplicación en los centros, en nuestra visita a centros de salud y hospitales preguntamos por su uso y el personal sanitario entrevistado desconocía la existencia de esta aplicación o no tenía constancia de su uso en consultas.

La demanda se hace cada vez más notable, no sólo desde el prisma turístico. En septiembre de 2017, la Coalición por el Derecho a la Salud denunció la situación en Canarias por supuestas disfunciones del sistema sanitario en la atención de pacientes extranjeros promovidas por barreras lingüístico-culturales<sup>8</sup>:

[...] La Coalición por el Derecho a la Salud ha recogido desde 2012 "numerosas realidades de desinformación, información errónea y otras incidencias" entre las personas que atiende sus colectivos.

En su acompañamiento a afectados por situaciones de exclusión sanitaria en el quinquenio, la Coalición constata desinformación de pacientes y personal de administración, dificultades lingüísticas y culturales, incumplimiento de las excepciones protegidas por el Real Decreto, como la negación de atención a embarazadas, menores y urgencias.

5 de septiembre de 2017, La Vanguardia (EFE)

Miembros de este colectivo— Así, Yo Sí Atiendo, Cáritas Diocesana de Canarias, Médicos del Mundo, la Comisión Española de Ayuda al Refugiado, la Asociación Migrando y Cáritas

---

<sup>7</sup> <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7a725d05-b1f0-11e4-9053-9d1690bb437a&idCarpeta=c8af4f4b-eda0-11e4-aa6f-cfdf8d9a72f8> Consulta: 18.05.17

<sup>8</sup> <http://www.lavanguardia.com/vida/20170905/431077297255/la-coalicion-por-derecho-a-la-salud-denuncia-exclusion-sanitaria-en-canarias.html> Consulta: 18.05.17

Diocesana de Tenerife – denuncian además la necesidad de un servicio constante de interpretación y mediación intercultural (de nuevo, se hace referencia a la *teletraducción*):

También exige al Gobierno canario que implante un servicio de teletraducción las 24 horas en todos los centros sanitarios del archipiélago para atender las necesidades lingüísticas de casi 233.300 personas de habla no hispana en Canarias, como existe en Madrid, Andalucía y Aragón, y promover la mediación cultural en el ámbito de la sanidad.

5 de septiembre de 2017, La Vanguardia (EFE)

## **2.2 Metodología para estimar la demanda**

Para poder recabar los datos más representativos de las lenguas más empleadas, examinamos el registro de las nacionalidades de pacientes extranjeros atendidos en los principales complejos sanitarios públicos de la isla. Examinamos los dos complejos hospitalarios principales: el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) y el Complejo Hospitalario Dr. Negrín (CHN); junto con cuatro de los centros de salud (CCSS) con mayor afluencia de extranjeros: C.S. de Maspalomas, C.S. del Doctoral, C.S. de Guanarteme y el C.S. de Arguineguín. Los dos complejos hospitalarios y el C.S. de Guanarteme están ubicados en la capital de la isla (zona norte). Por otro lado, el resto de CCSS se ubican en la zona sur de la isla: el C.S. del Doctoral en el sureste y los CCSS de Maspalomas y Arguineguín dentro de las zonas más turísticas.

Si bien estimamos que el registro de la nacionalidad no es suficiente para estimar de manera exhaustiva el número de pacientes extranjeros que acceden a los servicios sin comunicarse en castellano, sí que nos permite establecer una macroestructura inicial de la demanda. Aunque la condición de ser extranjero no implique necesariamente el desconocimiento de la lengua local, datos del INE (Godenau et al. 2017:120) apuntan a que solo uno de cada dos residentes extranjeros en España afirma tener un buen conocimiento de al menos una de las lenguas oficiales nacionales.

El desconocimiento de la figura del intérprete por parte de las instituciones ha supuesto una dificultad añadida a los trámites burocráticos al solicitar los datos. El hecho de que no haya un reconocimiento de la profesión y sus competencias provocó que fuera necesario en algunas ocasiones hacer referencia a la traducción o especificar las competencias del intérprete para fundamentar el proyecto. No solo se trata de una simple confusión entre términos. El absoluto desconocimiento de la figura del intérprete profesional en este ámbito provocó que hubiera que explicar en qué consiste la función del intérprete médico, y por qué la responsabilidad de transmitir la información que tiene la institución médica no puede delegarse en personas no profesionales como es el caso de los acompañantes de los pacientes. En este subapartado hacemos referencia a algunas de las dificultades con las que nos hemos encontrado durante la recogida de datos para fomentar la transparencia y promover un diálogo más cercano entre las instituciones y los investigadores.

### **2.2.1 Dificultades en la recogida de datos**

En el Servicio Canario de Salud no existen publicaciones o informes de carácter abierto al público donde se reflejen las nacionalidades o el número de pacientes extranjeros atendidos. Al preguntar por teléfono sobre los datos globales del SCS nos remitían directamente a hospitales y CCSS, por lo que desconocemos si estos datos (nacionalidades de los pacientes) están sistematizados en su conjunto.

Debido a esta situación, hemos tenido que solicitar los datos a los distintos responsables de cada centro por separado, lo que supuso un mayor número de trámites burocráticos, esperas y algunas disparidades entre los datos recogidos.

Nuestro objetivo principal era acceder al número de pacientes extranjeros atendidos en los principales centros sanitarios de Gran Canaria durante los últimos cuatro años. No sólo

queríamos observar la progresión de las cifras según nacionalidades, sino además las especialidades en las que habían sido atendidos.

Para obtener una perspectiva más exacta de la distribución de pacientes, solicitamos los datos en estas especialidades: Urgencias, Geriatria (Medicina Interna), Pediatría, Obstetricia y Traumatología. Urgencias porque es el acceso más común a los servicios sanitarios cuando se desconoce el funcionamiento del sistema. El resto de especialidades fueron escogidas por las características demográficas de la población extranjera más proclive a acceder a los servicios sanitarios (población infantil, población de edad avanzada y embarazadas). Los hospitales consultados no disponen de una especialidad de «Geriatria», por lo que se nos remitieron en su lugar los datos de Medicina Interna (con gran número de pacientes de avanzada edad). En el caso de los CCSS, nos limitamos a analizar los datos del número de pacientes extranjeros atendidos en las especialidades de Medicina (Atención Primaria), Urgencias y Pediatría durante el mismo periodo.

Además de estos datos, también solicitamos el número de atenciones (visitas) para poder estimar en futuros análisis la reincidencia de los pacientes. No obstante, debido a los límites de este trabajo, en esta ocasión nos hemos centrado únicamente en el análisis del registro del número de pacientes diferentes.

En marzo de 2017 redactamos una solicitud por correo electrónico a la atención de la Dirección Gerencia del CHUIMI con el objetivo de la investigación y los datos solicitados. Los datos de este centro fueron proporcionados al término de 3 días. Para solicitar los datos del otro hospital (CHN) no fue suficiente con una solicitud por correo electrónico y tuvimos que ponernos en contacto telefónicamente con el Comité Ético de Investigación. Tras semanas para contactar con los responsables, nos recomendaron personarnos en el recinto y tras una consulta nos remitieron al Departamento de Gestión de la Información (GI). La nueva solicitud demoró la recogida otras dos semanas hasta ser aprobada. Una vez nos fueron enviados los datos, desde

GI accedieron a colaborar en todo lo posible en rectificaciones para la unificación con los datos del otro complejo hospitalario.

Con el fin de saber más sobre la atención a los pacientes extranjeros en el ámbito público, nos presentamos personalmente en el Centro de Salud de Maspalomas (principal zona turística) y hablamos con Carlos Ramírez, director del centro. A propósito del proyecto, el director del centro nos habló del trabajo que están realizando desde el centro de salud para la incorporación del perfil del mediador intercultural y de los intérpretes en el sistema debido a la inmigración.

Según los datos de los que disponen, en la isla de Gran Canaria el Centro de Salud de Maspalomas es el centro que más pacientes extranjeros atiende en número con un 25% del total de pacientes extranjeros. En cuanto la proporción, está equiparado con el Centro de Salud del Doctoral en el sureste de la isla. Los otros dos centros con mayor número de pacientes extranjeros son el Centro de Salud de Guanarteme en las Palmas de Gran Canaria (capital) y el Centro de Salud de Arguineguín (zona turística), el cual tiene el índice más elevado en proporción de extranjeros.

Desde el C. S. de Maspalomas fuimos remitidos a la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria (Servicio Canario de Salud) para solicitar los datos referentes a los CCSS. Emitimos de forma presencial una solicitud por escrito para disponer de los datos de los CCSS con más afluencia de pacientes extranjeros y establecimos el mismo criterio que en la recogida de datos anteriores. Esta vez, tras una semana, nuestra solicitud fue aprobada y nos fueron remitidos los datos solicitados.

### **2.3 Análisis de los datos**

Los datos solicitados en los hospitales y CCSS corresponden al periodo entre enero de 2014 y marzo de 2017. Escogimos este espacio temporal para examinar la progresión del número de

pacientes por nacionalidades. Para la contextualización de los datos y la elaboración de las tablas utilizamos los datos de 2016 como referencia, al ser el periodo completo más cercano a la realización del estudio. Añadimos los datos del primer trimestre de 2017 con la intención de observar la continuidad de las tendencias.

Los datos estadísticos expuestos en este trabajo son referentes al número de pacientes diferentes atendidos entre enero de 2014 y el 21 de marzo de 2017. En el caso del CHUIMI, han sido analizadas las especialidades de Urgencias (URG), Medicina Interna (MI), Traumatología (TRA), Obstetricia (OB) y Pediatría (PED). En este hospital, los datos expuestos de urgencias incluyen a su vez todas las urgencias generales, pediátricas y ginecológicas. En el resto de especialidades examinadas, los datos engloban los pacientes en hospitalizaciones, consultas externas y pruebas. En el caso del CHN, no se han obtenido datos de obstetricia ni pediatría ya que no cuentan con esas unidades (el Hospital Materno Infantil cubre toda la demanda insular). Los datos referentes a las unidades de MI y TRA en este hospital sólo engloban el número de ingresos por hospitalizaciones (sin los datos de consultas externas ni pruebas).

En la elaboración de las tablas a partir de los datos proporcionados hemos ordenado el número de pacientes por orden decreciente con referencia a las nacionalidades más representativas en el año 2016. En las tablas hemos mantenido los datos de España para reflejar la gran proporción de pacientes españoles. A excepción de España, en las tablas el resto de nacionalidades hispanohablantes han sido incluidas en el apartado «Otros países» junto con otras nacionalidades menos representativas. Hemos decidido distribuir los datos de esta forma para una presentación más clara.

## 2.4 Resultados

### 2.4.1 Centros de Salud

Durante el periodo seleccionado (2014-2016) observamos un incremento progresivo en el número de pacientes nacionales y extranjeros atendidos en todas las especialidades. Los datos provisionales de 2017 (primer trimestre) demuestran la continuidad de esta tendencia en algunas de las especialidades en el caso de Medicina (Atención Primaria) en los CCSS. En esta especialidad los datos del primer trimestre de 2017 siguen muy de cerca las cifras totales del año 2016 en las principales nacionalidades. Así, en 2016 fueron atendidos un total de 3.790 pacientes marroquíes mientras que las cifras de tan sólo el primer trimestre de 2017 ya ascienden a 3.087 pacientes marroquíes. Esta situación se repite en mayor o menor grado en el resto de nacionalidades principales como se observa en la tabla 7.

MEDICINA CENTROS DE SALUD (Atención Primaria)					
Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	84376	92008	95277	78828	350489
MARRUECOS	3258	3596	3790	3087	13731
ALEMANIA	1507	1584	1670	1367	6128
ITALIA	913	1218	1635	1400	5166
INDIA	865	897	899	803	3464
REINO UNIDO	746	787	887	704	3124
CHINA	689	795	811	592	2887
RUMANIA	439	500	557	444	1940
SENEGAL	369	397	419	350	1535
MAURITANIA	324	378	412	304	1418
PAISES BAJOS	324	367	404	332	1427
NORUEGA	312	333	350	301	1296
SUECIA	301	320	348	270	1239

Tabla 7. Número de pacientes en Medicina en los CCSS. Fuente: Gerencia de Atención Primaria /Elaboración propia  
\*Los datos de 2017 en todas las tablas elaboradas corresponden al primer trimestre del año.

Del número global de pacientes atendidos en Medicina (A.P.) en los CCSS destacan en 2016 principalmente marroquíes con un máximo de 3.790 pacientes atendidos. Le siguen alemanes

(1.670), y muy de cerca italianos (1.635). De forma más moderada se presentan hindúes (899), británicos (887) y chinos (811). El resto de las nacionalidades más numerosas lo componen senegaleses, mauritanos, neerlandeses, noruegos y suecos.

En el caso de Urgencias se repiten las mismas nacionalidades a excepción de los noruegos. Esta vez, los marroquíes encabezan el podio con gran diferencia con respecto al resto:

#### URGENCIAS CENTROS DE SALUD

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	21373	43731	46563	26365	138032
MARRUECOS	1057	1943	2128	1234	6362
ITALIA	214	463	651	387	1715
ALEMANIA	326	472	488	240	1526
INDIA	301	416	407	247	1371
CHINA	235	403	390	213	1241
REINO UNIDO	169	247	289	159	864
RUMANIA	135	251	281	180	847
SENEGAL	67	213	211	135	626
MAURITANIA	65	180	195	114	554
PAISES BAJOS	75	121	132	60	388
SUECIA	86	120	115	53	374

Tabla 8. Número de pacientes en Urgencias en los CCSS. Fuente: Gerencia de Atención Primaria/Elaboración propia

En la especialidad de Pediatría, se mantiene gran parte de las nacionalidades anteriores pero esta vez en distinto orden. Destaca el posicionamiento de chinos y rumanos, más prominente sobre el total que en las especialidades anteriores, tras los marroquíes:

#### PEDIATRÍA

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	18950	19021	19496	15325	72792
MARRUECOS	312	311	319	225	1167
CHINA	151	148	159	103	561
ITALIA	62	93	135	125	415
RUMANIA	41	44	46	27	158
INDIA	40	39	37	30	146
ALEMANIA	43	35	36	25	139
MAURITANIA	36	39	34	20	129
REINO UNIDO	33	23	31	29	116
SENEGAL	31	33	29	19	112
SAHARA OCCIDENTAL	18	18	23	14	73
PAISES BAJOS	18	12	20	6	56

Tabla 9. Número de pacientes en Pediatría en los CCSS. Fuente: Gerencia de Atención Primaria/Elaboración propia

Si examinamos los centros de salud por separado (Tabla 10), las nacionalidades principales varían considerablemente por la distribución de la población según las zonas de la isla. En las zonas turísticas predominan las nacionalidades europeas, mientras que en zonas no turísticas existe una mayor distribución entre población europea, africana y asiática (para más detalle cf el Apéndice 1:4) . Los marroquíes son la nacionalidad no hispanoparlante más recurrente en los CCSS, seguida de italianos. Resalta la presencia de algunas nacionalidades que solo se muestran de forma numerosa en algunas zonas: nigerianos en el CS del Doctoral, coreanos en CS de Guanarteme o nepalíes en el CS de Arguineguín.

#### PRINCIPALES NACIONALIDADES EN LOS CCSS

	CS MASPALOMAS	CS DOCTORAL	CS GUANARTEME	CS ARGUINEGUIN
1º	ALEMANIA	MARRUECOS	MARRUECOS	MARRUECOS
2º	MARRUECOS	RUMANIA	ITALIA	REINO UNIDO
3º	ITALIA	SENEGAL	MAURITANIA	ITALIA
4º	INDIA	ITALIA	SENEGAL	ALEMANIA
5º	CHINA	MAURITANIA	FILIPINAS	NORUEGA
6º	REINO UNIDO	ALEMANIA	CHINA	INDIA
7º	PAISES BAJOS	CHINA	SAHARA OCC.	CHINA
8º	SUECIA	NIGERIA	INDIA	RUMANIA
9º	RUMANIA	REINO UNIDO	ALEMANIA	NEPAL
10º	BULGARIA	BULGARIA	REINO UNIDO	DINAMARCA
11º	POLONIA	BRASIL	COREA DEL SUR	SUECIA
12º	HUNGRIA	PAISES BAJOS	BRASIL	PAISES BAJOS

Tabla 10. Principales nacionalidades por CCSS. Fuente: Gerencia de Atención Primaria/Elaboración propia

#### 2.4.2 Hospitales

En los datos de los hospitales (CHUIMI y CHN) también se observa un incremento general del número de pacientes extranjeros entre 2014 y 2016, pero esta vez hay mucha más diferencia entre los totales de 2016 y las cifras de 2017.

En el caso de Medicina Interna, donde principalmente se atiende a población de edad más avanzada, podemos observar como las nacionalidades más numerosas son de origen europeo. Entre las diez nacionalidades no hispanoparlantes principales todas son de origen europeo a excepción de marroquíes y senegaleses. Destacan en 2016 alemanes, británicos e italianos.

PRINCIPALES NACIONALIDADES EN HOSPITALES EN MEDICINA INTERNA (CHUIMI +CHN)

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	11404	11684	11956	2731	37775
ALEMANIA	16	25	24	7	72
REINO UNIDO	8	15	21	2	46
ITALIA	7	19	16	6	48
PAISES BAJOS	1	1	11	0	13
BRASIL	0	4	10	2	16
MARRUECOS	15	20	10	5	50
FRANCIA	1	0	7	5	13
NORUEGA	9	11	7	2	29
SENEGAL	4	5	6	2	17
SUECIA	9	6	6	4	25

Tabla 11. Principales nacionalidades en MI hospitales Fuente: CHUIMI + CHN /Elaboración propia

En la especialidad de Pediatría (CHUIMI) los datos son más variados en cuanto al origen de los pacientes. Como pensábamos, en este caso desciende el número de nacionalidades de origen europeo y aumentan las nacionalidades africanas y asiáticas. También desciende por primera vez el número de pacientes españoles. Los marroquíes encabezan nuevamente el podio seguidos en esta ocasión de filipinos, italianos, chinos, ecuatoguineanos y afganos.

PRINCIPALES NACIONALIDADES EN HOSPITALES EN PEDIATRIA (CHUIMI)

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	38226	42240	41308	8966	130740
MARRUECOS	484	516	505	117	1622
FILIPINAS	39	42	139	18	238
ITALIA	84	124	130	15	353
CHINA	121	112	114	15	362
GUINEA ECUATORIAL	51	54	113	23	241
AFGANISTAN	15	17	103	34	169
REINO UNIDO	32	36	86	26	180
MAURITANIA	109	86	71	15	281
RUMANIA	53	53	65	15	186
SENEGAL	50	62	58	13	183
INDIA	47	46	50	7	150
ALEMANIA	30	28	35	2	95
NIGERIA	61	55	32	19	167

Tabla 12. Principales nacionalidades en PED hospitales Fuente: CHUIMI + CHN /Elaboración propia

Esta distribución más variada se repite en la especialidad de Obstetricia (CHUIMI) donde esta vez destacan pacientes marroquíes, chinas, mauritanas, senegalesas e italianas (Tabla 13).

#### OBSTETRICIA (CHUIMI)

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	45089	43347	43949	8449	140834
MARRUECOS	829	830	1027	119	2805
CHINA	331	221	229	32	813
MAURITANIA	84	95	151	10	340
SENEGAL	119	169	135	9	432
ITALIA	90	208	133	27	458
RUMANIA	79	101	87	8	275
NIGERIA	85	47	82	29	243
REINO UNIDO	45	71	82	7	205
INDIA	89	120	68	9	286
NEPAL	14	41	67	6	128

Tabla 13. Principales nacionalidades en OB hospitales Fuente: CHUIMI + CHN /Elaboración propia

En traumatología, existe menos diferencia entre la proporción de pacientes marroquíes y el resto de nacionalidades. Predominan las de origen europeo a excepción de marroquíes y chinos. Destacan italianos, alemanes, británicos, noruegos y rumanos.

#### TRAUMATOLOGÍA (CHUIMI+ HCN)

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	65014	60069	59934	12802	197819
MARRUECOS	169	140	173	37	519
ITALIA	97	89	149	23	358
ALEMANIA	92	92	79	27	290
REINO UNIDO	52	55	53	7	167
NORUEGA	21	30	43	7	101
RUMANIA	44	54	39	6	143
FRANCIA	22	15	27	1	65
SUECIA	19	20	23	2	64
PAISES BAJOS	19	15	21	7	62
CHINA	9	16	15	3	43
FINLANDIA	13	16	13	3	45

Tabla 14. Principales nacionalidades en TRA hospitales Fuente: CHUIMI + CHN /Elaboración propia

Urgencias es la especialidad con mayor número de pacientes extranjeros atendidos. En 2016, entre el CHUIMI y el HCN fueron atendidos un total de 11.299 pacientes extranjeros (cf Apéndice I:9). Los marroquíes vuelven a encabezar la lista seguidos de italianos, alemanes, chinos, británicos y mauritanos. Podemos observar como en el fragmento de la tabla 15 se muestra una mayor diversidad en las nacionalidades más numerosas. Aumenta notablemente el número de italianos, alemanes, británicos, franceses, noruegos, ecuatoguineanos y neerlandeses con respecto a 2015.

#### URGENCIAS (CHUIMI +HCN)

Países	2014	2015	2016	2017*	TOTAL
ESPAÑA	187605	187296	194301	44481	613683
MARRUECOS	1171	1296	1307	281	4055
ITALIA	523	610	724	204	2061
ALEMANIA	398	394	521	169	1482
CHINA	466	440	391	93	1390
REINO UNIDO	264	253	381	115	1013
MAURITANIA	284	279	293	67	923
RUMANIA	279	258	230	57	824
SUECIA	172	202	228	86	688
SENEGAL	172	196	188	40	596
FILIPINAS	144	179	186	32	541
FRANCIA	149	127	186	77	539
INDIA	204	186	162	59	611
NORUEGA	109	81	155	58	403
FINLANDIA	101	126	143	70	440
PORTUGAL	97	88	130	38	353
GUINEA ECUATORIAL	67	94	129	34	324
SAHARA OCCIDENTAL	73	116	124	26	339
PAISES BAJOS	68	79	120	34	301
POLONIA	102	103	118	24	347
BRASIL	98	105	105	36	344
NIGERIA	99	111	91	29	330
COREA DEL SUR	57	63	67	18	205

Tabla 15. Principales nacionalidades en URG hospitales Fuente: CHUIMI + CHN /Elaboración propia

## 2.5 Conclusiones preliminares

El número de pacientes extranjeros atendidos en los centros de salud y hospitales de Gran Canaria ha ascendido progresivamente entre 2014 y 2016. Las cifras de 2016 son las más altas en la mayoría de las especialidades consultadas y las de 2017 –sobre todo en los CCS– se corresponden con un posible aumento de la demanda durante este año.

Las nacionalidades varían considerablemente según las especialidades y según las zonas. En los hospitales, en TRA y MI existe un predominio de nacionalidades europeas, mientras que en el resto de especialidades la distribución es menos uniforme. En los CCSS esta distribución también varía según zonas, por lo que en el CS de Maspalomas y el CS de Arguineguín existe una mayor presencia de pacientes europeos mientras que en los de Guanarteme y el Doctoral hay un mayor reparto entre los orígenes de los pacientes.

Marroquíes e italianos encabezan gran parte de las especialidades, en especial tienen mayor presencia en los CCSS y en los hospitales en URG, TRA, PED y OB. Por otro lado, en MI despuntan alemanes y británicos, al igual que en los CCSS de las zonas turísticas.

Los datos presentados apuntan a que la demanda de servicios sanitarios en la sanidad pública en Gran Canaria es constante y estable. Por tanto, dicha demanda podría justificar la implantación de un servicio permanente de intérpretes que garantizase el acceso lingüístico de las personas que no hablan o entienden la lengua vehicular de la atención sanitaria.

### 3. LA ASISTENCIA LINGÜÍSTICA EN EL SECTOR PRIVADO

#### 3.1 Situación

En el capítulo anterior describimos el desapercibimiento de asistencia lingüística de los servicios sanitarios públicos en Gran Canaria. Este capítulo está dedicado a conocer más en profundidad las condiciones en las que el sector privado da respuesta a la demanda de interpretación sanitaria en el ámbito turístico.

Las clínicas privadas ubicadas en las áreas turísticas de Gran Canaria ofertan asistencia lingüística como reclamo para visitantes extranjeros y turistas residenciales. Algunas de estas clínicas están asociadas con turoperadores, seguros de viaje o grupos hoteleros. Su oferta, por tanto, va dirigida principalmente a pacientes extranjeros con seguro médico privado o con los suficientes recursos económicos.

Nuestro interés por la calidad de la interpretación en estas circunstancias surgió a partir de la experiencia personal de la autora de este trabajo como intérprete en prácticas en uno de los hospitales privados del sur de la isla. Durante la realización del Máster Oficial en Traducción Profesional y Mediación Intercultural de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria, la autora realizó en 2015 un periodo de prácticas profesionales como parte de la plantilla de intérpretes de un hospital privado:

[...] Durante el periodo de prácticas, el equipo de intérpretes se componía de 10 intérpretes de distintas combinaciones lingüísticas y experiencia. Todos estaban contratados a una jornada completa y se distribuían el trabajo en distintos turnos para cubrir las necesidades de las distintas secciones del hospital. Las lenguas principales eran el inglés (compartido por todos los intérpretes), el alemán y las lenguas nórdicas (noruego, sueco y danés). No obstante, también dominaban el neerlandés, el francés, el italiano, el ruso, el polaco y el árabe. Estos idiomas menos demandados se ofrecían según los horarios de los intérpretes que dominaban esas lenguas.

(Betancor, 2015:33)

La experiencia personal de trabajar en una plantilla de intérpretes con varias combinaciones lingüísticas nos aportó un mayor conocimiento de las condiciones del mercado y de los perfiles más solicitados por los empleadores.

Con respecto al perfil general de los integrantes, podemos constatar que en la contratación prima la *versatilidad* de los intérpretes frente a la formación especializada. En la plantilla, ninguno de los intérpretes en aquel momento se había formado en Traducción e Interpretación o en filologías. La gran mayoría disponía de un buen conocimiento del castellano y era capaz de “comunicarse” en más de cuatro lenguas. Hacemos hincapié en esta información ya que no tenemos evidencias de que todos dispusieran del conocimiento necesario en cada una de las lenguas para interpretar en condiciones óptimas. Los intérpretes operaban siempre que fuera posible en las lenguas en las que más se especializaban.

Por regla general las empresas que gestionan la sanidad privada no exigen titulación alguna a los intérpretes, ni universitaria ni lingüística, dando por válida una supuesta competencia lingüística que nadie se encarga de comprobar. La desinformación de los proveedores médicos sobre las repercusiones negativas de un servicio sin las garantías de calidad necesarias condiciona que prevalezca un perfil profesional poco cualificado para minimizar los costes económicos. Para garantizar la comunicación interlingüística en un entorno altamente especializado como es el médico-sanitario no es suficiente con ser capaz de comunicarnos en una o varias lenguas. La condición de bilingüe no garantiza la aptitud para ejercer como intérprete ante unas condiciones tan demandantes como las del ámbito médico-sanitario. Se requiere una formación específica como intérprete médico. Gavlovyeh (2017:59) cita el trabajo de Angelelli (2015) en los servicios públicos del área del Levante (Comunidad Valenciana) para hacer referencia a este intrusismo profesional:

En cuanto al intrusismo profesional, según Angelelli (2015:61-62), algunos hospitales y centros de salud cuentan con un servicio lingüístico interno no profesional, con traductores e intérpretes in situ que trabajan con distintas combinaciones lingüísticas, cuyas competencias lingüísticas y la capacidad de interpretar no se han evaluado, así como recepcionistas bilingües o multilingües y operadoras telefónicas.

La formación académica especializada y una remuneración acorde a las competencias solicitadas son esenciales para un funcionamiento impecable del sistema.

## **3.2 Análisis de la oferta: encuesta presencial sistematizada**

### **3.2.1 Objetivos**

Para obtener información sobre la asistencia lingüística que prestan las clínicas y hospitales privados de las áreas turísticas en Gran Canaria hemos realizado un cuestionario sistematizado de respuestas cerradas. La encuesta está dirigida a clínicas privadas que oferten servicio de interpretación y a clínicas con intérpretes ad-hoc (personal bilingüe que realiza funciones de intérprete entre otras tareas). Con el fin de obtener una panorámica más completa y contrastar los datos con el ámbito público, la encuesta también fue realizada a los cuatro CCSS públicos con mayor índice de pacientes extranjeros.

### **3.2.2 Metodología**

Antes de elaborar la encuesta examinamos el entorno y la promoción que se hacía de los servicios de asistencia lingüística de las clínicas y hospitales privados. Para promover el mayor índice de participación estimamos una serie de medidas:

- Encuesta presencial:

Las encuestas fueron llevadas a cabo por la autora de esta investigación de manera presencial. Esta elección, a pesar de suponer una mayor inversión de tiempo y recursos, permitió un mayor índice de respuesta por parte de los encuestados. El contacto personal nos permitió aclarar los objetivos de la investigación y las garantías de confidencialidad para evitar el recelo empresarial a compartir información. Esta modalidad nos permitió además entrevistar de manera informal a los encuestados para obtener información adicional sobre el funcionamiento del servicio.

- Adaptación de la terminología principal:

Tras realizar un primer listado de las clínicas privadas que ofrecían asistencia lingüística en el sur de la isla (más de 25 clínicas según búsquedas en directorios de salud y publicidad),

advertimos que en la promoción de los servicios ninguna de las clínicas seleccionadas utilizaba los términos *intérprete* o *interpretación* para publicitarse. Tanto en los medios de comunicación como en sus portales web y letreros aparecían los términos *traductor* y *traducción* para hacer referencia a la asistencia lingüística. A pesar de que gracias al aumento de cursos formativos en Traducción e Interpretación existe una mayor familiarización con la figura del intérprete de forma independiente, en la encuesta decidimos hacer referencia a *traducción oral* y *traductores orales* para evitar posibles dudas y optimizar la recogida de datos. La reivindicación de la distinción entre ambos términos es esencial para el reconocimiento profesional de la figura del intérprete. Sin embargo, en esta situación el uso del término correcto puede condicionar la comprensión de las preguntas o aumentar las dificultades inherentes en una encuesta de estas características (recelo profesional, disponibilidad horaria del personal entrevistado, permisos de dirección...). Esta apreciación que a primera vista puede resultar presuntuosa fue puesta de manifiesto en varias ocasiones durante el desarrollo de las entrevistas presenciales. En uno de los casos, al preguntar al personal de recepción si conocía si se recurría a intérpretes para la comunicación en otros idiomas, el informante respondió tajantemente que *intérpretes no, que lo que utilizaban era traductores*. Los informantes que empleaban el término *intérprete* lo hacían indistintamente con el término *traductor*, como si fueran sinónimos. En la mayoría de los casos prevalecía el uso del término *traductor*.

- Traducción de la encuesta en inglés:

Debido a la variedad de las clínicas, ambas encuestas fueron traducidas al inglés para evitar problemas de comunicación con los informantes que no hablasen español. Sin embargo, durante el desarrollo de la encuesta no fue necesario recurrir a ellas.

### 3.2.3 Elaboración del cuestionario

Se elaboraron dos tipos de encuestas con 6 preguntas comunes y el resto adaptadas a los dos perfiles principales. La encuesta tipo I (Apéndice II:1) está dirigida al perfil de clínicas que ofrecen servicios a extranjeros pero no disponen de intérprete. En estas clínicas el personal médico-sanitario conoce las distintas lenguas de los pacientes o principalmente trabajan en una lengua extranjera (eg. Consulta médica noruega). La tipo II (Apéndice II:2) se corresponde con el perfil de clínicas en las que la mayoría del personal médico-sanitario habla castellano y una figura (intérprete) interviene para posibilitar la comunicación con los pacientes extranjeros.

La encuesta tipo I está compuesta de un total de 11 preguntas de respuesta cerrada. La tipo II contiene 14 preguntas de respuesta cerrada además de un formulario final para rellenar información sobre las características de los intérpretes: sexo, estacionalidad de los contratos (temporadas turísticas), número de horas contratados y combinación lingüística de los intérpretes. En este apartado solo haremos una breve descripción de las preguntas realizadas. Las preguntas completas con sus correspondientes opciones de respuesta se muestran al final de este trabajo en el Apéndice II. Ambos modelos contienen 5 preguntas introductorias comunes:

1. *Tipo de proveedor de servicios sanitarios:*
2. *Número aproximado total de trabajadores*
3. *Proporción de tipos de pacientes atendidos*
4. *¿Qué idiomas son los más hablados por los pacientes?*  
*Marque con un círculo sobre una escala del 1 al 5 - 5 todos - 4 bastantes - 3 algunos - 2 pocos - 1 nadie*
5. *¿Cómo acceden los pacientes a los servicios?*

El resto de preguntas van dirigidas a valorar la ausencia o la funcionalidad de un servicio de interpretación o a describir el servicio en el caso del modelo II (*las preguntas con el mismo contenido se encuentran marcadas en **negrita***):

### Encuesta tipo I:

6. *¿Por qué no cuenta con un servicio de traducción oral?*
7. *¿Cree que ser atendido en un idioma que se comprende (muy) bien es importante para un correcto diagnóstico y tratamiento?*
8. *¿Cree que los acompañantes del paciente (conocido o familiar) pueden realizar la tarea del traductor?*
9. *¿Cree que sería beneficioso contar con un servicio fijo de traducción oral?*
10. *¿Cree que sería muy costoso mantener un servicio fijo de traducción oral?*
11. *¿Conoce la traducción oral a distancia, por teléfono o videoconferencia?*

### Encuesta tipo II:

6. *¿Cree que ser atendido en un idioma que se comprende (muy) bien es importante para un correcto diagnóstico y tratamiento?*
7. *¿Cree que los acompañantes del paciente (conocido o familiar) pueden realizar la tarea del traductor?*
8. *Funcionamiento del servicio de traducción oral*
9. *Número de traductores del servicio (aprox.)*
10. *Número total de traductores de cada idioma*
11. *¿Cuánto hace que funciona este servicio?*
12. *¿Cree que es beneficioso contar con un servicio fijo de traducción oral?*
13. *¿Cree que resulta muy costoso mantener un servicio fijo de traducción oral?*
14. *¿Conoce la traducción oral a distancia (por teléfono o videoconferencia) o se ha utilizado este medio para la comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero?*

Apartado final de la encuesta tipo II:

A continuación le pedimos que **detalle** un poco el perfil del servicio de traducción oral con una serie de datos que debe rellenar en la tabla inferior. En el apartado *Combinación Lingüística*, **subraye** las lenguas de trabajo de cada traductor.

Nº de traductores	Sexo (H/M)	Todo el año	Sólo en temporada de invierno	Sólo en temporada de verano	Sólo bajo demanda	nº de horas/semana	Combinación lingüística
Ejemplo	M		X			12	<u>español inglés alemán francés holandés</u> noruego sueco danés filandés italiano árabe polaco ruso otro(1):china otro(2): _____
Traductor 1							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés filandés italiano árabe polaco ruso otro(1): _____ otro(2): _____
Traductor 2							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés filandés italiano árabe polaco ruso otro(1): _____ otro(2): _____

### 3.2.4 Desarrollo

Se seleccionó un total de 16 clínicas privadas además de los 4 centros de salud mencionados en el capítulo 2 de este trabajo. Todos los CCSS encuestados respondieron satisfactoriamente el cuestionario (tipo I) y de las 16 clínicas seleccionadas sólo 13 lo completaron (4 del tipo I y 9 del tipo II). Dos de las clínicas visitadas se negaron a compartir ninguna información sin la autorización de sus supervisores. Cuando posteriormente se les reenvió una versión digitalizada de la encuesta por correo electrónico con un formulario de Google, no obtuvimos ninguna respuesta. La tercera clínica aceptó realizar la encuesta y tras observar el cuestionario sólo contestó las dos primeras preguntas y nos entregó el cuestionario inacabado manifestando que esa era la única información que podía proporcionarnos. Una vez más se pone de manifiesto el recelo del sector privado a compartir información sobre sus servicios. En este caso, la falta de transparencia sugiere cierta preocupación por desvelar las condiciones laborales de los trabajadores. Durante las entrevistas, varios de los informantes manifestaron la precariedad de los salarios y distintas irregularidades en el sector en cuanto a contratación.

Prueba de ello es la variedad de perfiles de los intérpretes y sus roles según las clínicas. Según la información aportada por los informantes, únicamente en dos de los centros (en concreto los centros con mayor número de pacientes) él intérprete solo tenía la obligación principal de asistir lingüísticamente entre el personal médico-sanitario y los pacientes. En seis de las clínicas entrevistadas se repetía un mismo perfil híbrido: una persona contratada como recepcionista/secretaria (contrato de 40h semanales) con las obligaciones de atender la recepción, realizar tareas administrativas como remitir facturas y contactar con los seguros médicos, además de interpretar en consulta entre los médicos y los pacientes extranjeros. Este perfil es el más común en las clínicas o consultas médicas y los salarios son acorde a las funciones de un administrativo aunque se anuncie la *traducción* como servicio. Finalmente, queremos resaltar un último perfil en el que la higienista de una clínica dental, además de la

recepción, era la encargada de interpretar entre los dentistas y los pacientes. En este caso, nuevamente la interpretación forma parte de las obligaciones laborales del personal, sin la consiguiente mejora salarial y en detrimento de la calidad del servicio.

### **3.2.5 Resultados**

Se realizaron satisfactoriamente 17 encuestas. Un total de 8 encuestas del tipo I: 4 a clínicas privadas (CCPP) y 4 a los CCSS públicos con mayor índice de pacientes extranjeros. Y 9 encuestas del tipo II que corresponden a CCPP con intérpretes. Las encuestas fueron realizadas por los directores de los centros siempre que fue posible. En el caso de que no estuvieran disponibles o no dispusieran de esa información, nos dirigimos directamente a los encargados del servicio, a los propios intérpretes o en última instancia a personal con conocimiento del funcionamiento del centro.

Los porcentajes que se muestran a continuación corresponden al total de respuestas completadas de cada categoría (Encuesta tipo I CCPP, encuesta tipo I CCSS y encuesta tipo II CCPP). Se han desestimado en el análisis aquellas preguntas que no hayan sido completadas correctamente.

En cuanto a la proporción de pacientes, los resultados muestran que las clínicas privadas con intérprete son las únicas que reciben residentes extranjeros, turistas y pacientes españoles en la misma proporción (55% de las respuestas de esta categoría). El 100% de los CCSS dice recibir principalmente pacientes nacionales y algunos extranjeros, en el caso de las CCPP de tipo I este porcentaje se reduce al 50% y en las CCPP de tipo II al 45%. Las CCPP de tipo I son las únicas que se encuentran a los extremos, un 25% de estas clínicas atiende mayoritariamente a extranjeros y algunos españoles y el otro 25% solo recibe pacientes extranjeros.

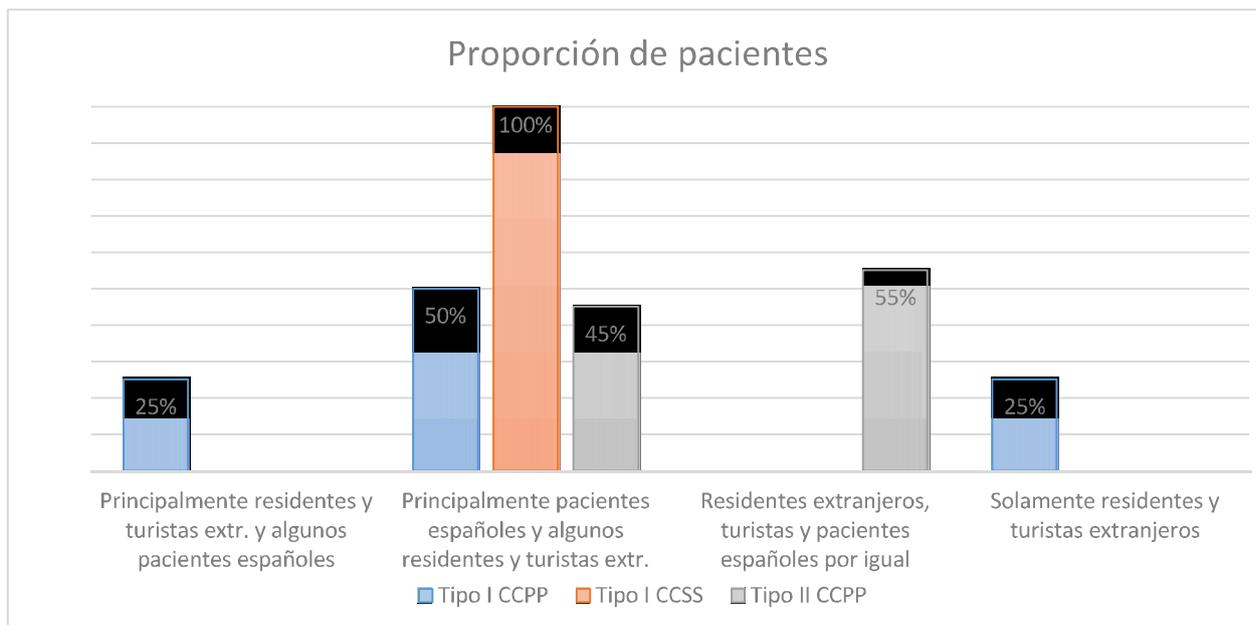


Ilustración 1 Proporción de pacientes / Elaboración propia

En cuanto a los idiomas más hablados por los pacientes predominan el inglés, el alemán y las lenguas escandinavas (sueco, noruego, danés y finés) en las CCPP con y sin intérpretes.



Pregunta n°4: ¿Qué idiomas son los más hablados por los pacientes?

Encuesta n°	10	11	12	13	Media
Inglés	4	3	5	4	4
Alemán	4	3	-	3	3
Francés			-	1	1
Holandés			-	1	1
Noruego			4	5	5
Sueco			3	3	3
Danés			3	3	3
Finés			2	1	2
Italiano			1	1	1
Árabe			-	1	1
Polaco			1	1	1
Ruso			1	1	1

Ilustración 2 Lenguas más habladas por los pacientes / Elaboración propia



Pregunta n°4: ¿Qué idiomas son los más hablados por los pacientes?

Encuesta n°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Media
Inglés	4	4	3	4	3	4	3	5	5	4
Alemán	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4
Francés	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2
Holandés	2	1	2	3	3	1	2	2	2	2
Noruego	3	1	4	4	4	4	5	5	4	4
Sueco	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Danés	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4
Finés	3	1	3	3	4	4	4	4	2	3
Italiano	2	1	3	2	1	1	2	1	4	2
Árabe	1	1	3	1	1	1	1	1	5	2
Polaco	1	1	2	2	3	1	2	1	5	2
Ruso	1	1	2	2	1	1	2	2	5	2

Ilustración 3 Lenguas más habladas por los pacientes / Elaboración propia

En el caso de los CCSS la pregunta 4 no fue contestada correctamente por lo que no pudimos establecer ninguna conclusión en este grupo.

En la pregunta 8 del tipo I—pregunta 7 del tipo II— se aprecia como en los tres perfiles de centros la mayoría de las respuestas afirman la aptitud de los acompañantes para ejercer de intérpretes si disponen de un conocimiento suficiente de ambas lenguas. Las CCPP con intérpretes son las que menos confían en su aptitud y las que más reivindican los riesgos de su intervención sobre la actitud del paciente.

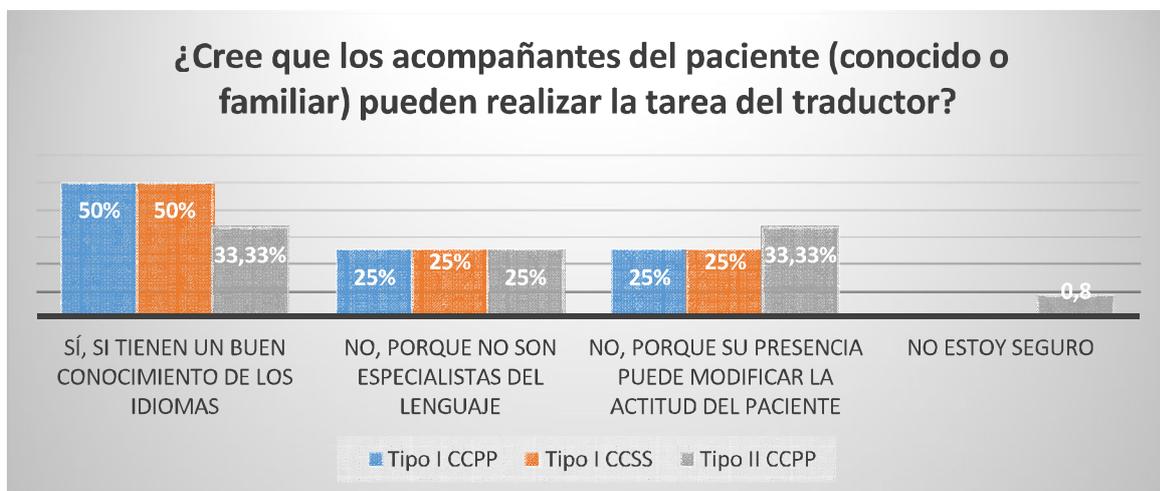


Ilustración 4 Valoración de la aptitud de intérpretes ad-hoc (acompañantes) / Elaboración propia

En cuanto a la importancia de la comunicación en una lengua que nos sea comprensible para la eficacia del diagnóstico y tratamiento, las tres categorías coinciden mayoritariamente en que es una condición imprescindible. Los CCSS son en este caso los que más lo aseveran con un 75% de las respuestas, seguido de las CCPP con intérprete (66%) y las CCPP sin intérprete (50%). Una pequeña parte de los encuestados cree que puede ser de gran ayuda mientras que sólo las CCPP sin intérprete han respondido (25%) que es importante aunque existen otras prioridades.

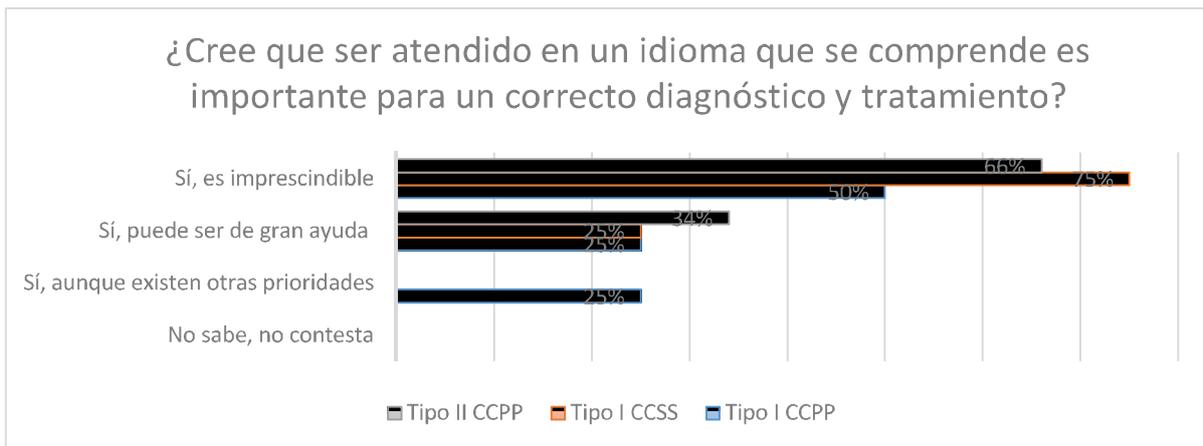


Ilustración 5 Importancia de la comprensión de la lengua para el diagnóstico y tratamiento / Elaboración propia

Acerca de los beneficios de contar con un servicio de interpretación (pregunta 12 del tipo II y 9 del tipo I), la mayoría de categorías están de acuerdo en que supone una mejora para la atención al paciente y algunos en que además agiliza los trámites y las esperas. Solo un pequeño porcentaje de las clínicas privadas sin intérprete cree que podría ralentizar el servicio e incrementar costes.



Ilustración 6 Valoración del beneficio de un servicio de interpretación fijo / Elaboración propia

En el uso de la interpretación remota (telefónica y por videoconferencia), las que más conciencia tienen al respecto son las clínicas privadas con intérprete. La mitad de los CCSS y las CCPP sin intérprete no conocían estos medios.

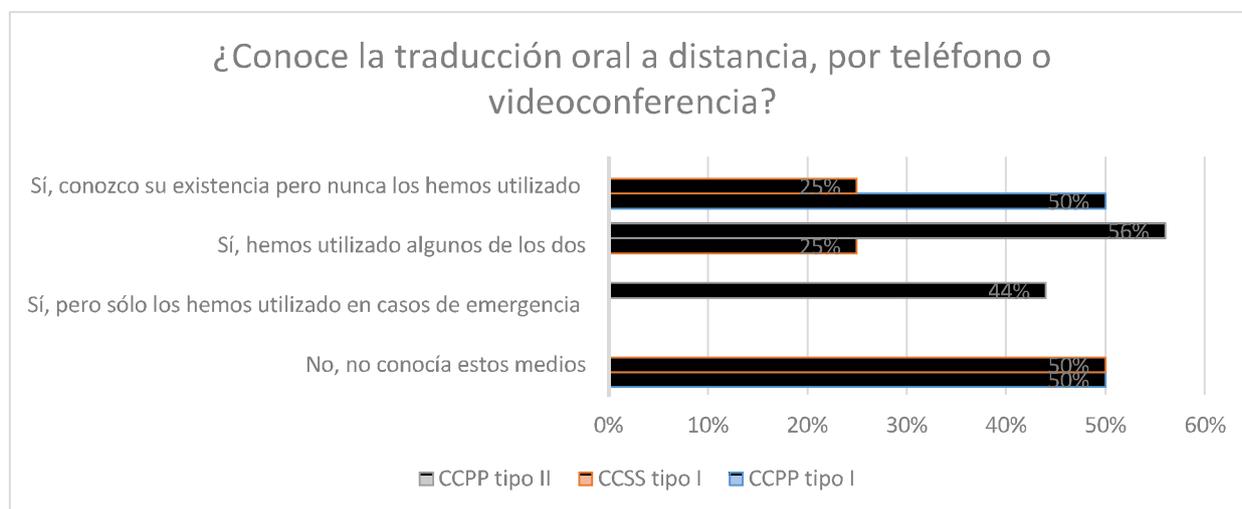
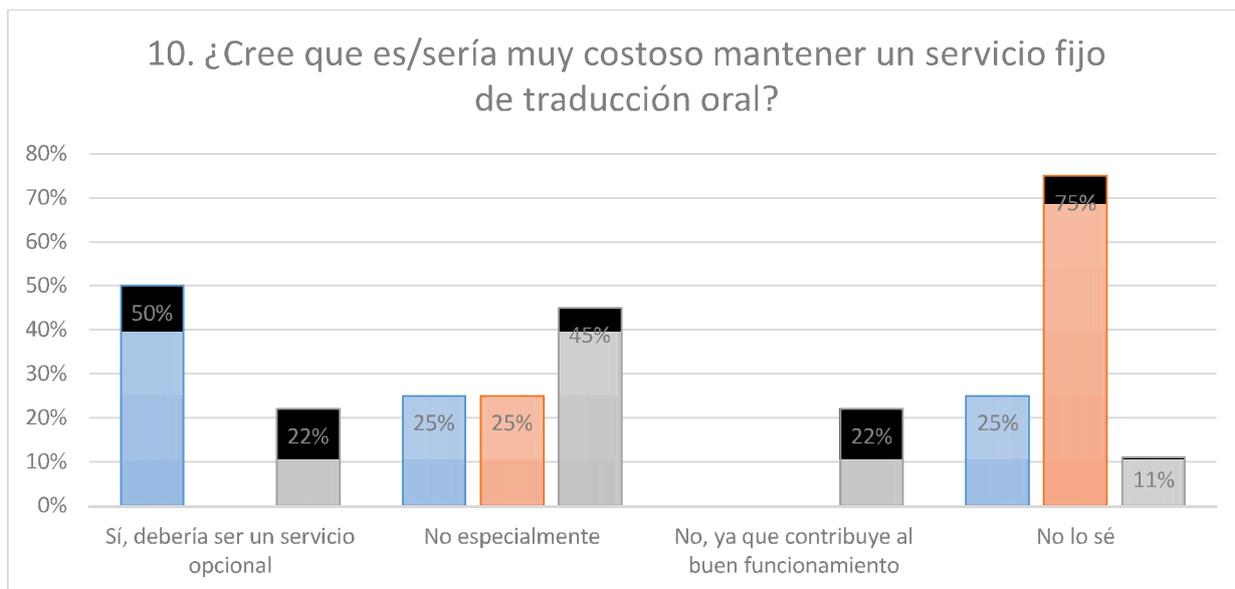


Ilustración 7 Conocimiento sobre la Interpretación Remota/ Elaboración propia

Finalmente, en la última pregunta de la encuesta tipo I (nº 11) sobre los (posibles) costes de tener un servicio de interpretación fijo (pregunta 13 en la encuesta tipo II) las respuestas varían considerablemente según los 3 grupos. La mitad de las CCPP sin intérprete creen que debería ser un servicio opcional adicional. La otra mitad no lo sabe o cree que no especialmente. En cuanto a los CCSS el 75% lo desconoce y el 25% estima que no especialmente. Las CCPP con intérpretes son las que muestran una opinión más variada. El 45% cree que no supone un coste especialmente alto, un 22% cree que debería ser un servicio opcional, otro 22% que no, porque contribuye al funcionamiento y un 11% desconoce esta información.



*Ilustración 8 Valoración del coste del servicio de interpretación / Elaboración propia*

En la encuesta tipo II (pregunta nº8) el 100% de las clínicas entrevistadas respondió que el servicio de interpretación funciona ininterrumpidamente durante todo el año. El número de intérpretes aproximado por clínica es de entre 1 y 6 intérpretes (66,66% de las respuestas) (pregunta nº 9). Tan solo un 11,11% cuenta con 10 o más intérpretes y un 22,22% cuenta con una plantilla entre 7 y 9 intérpretes. La pregunta nº 10 no está planteada de forma clara y entrañó dudas entre los encuestados, por lo que hemos decidido desestimar los resultados. Queríamos conocer cuáles eran los idiomas más hablados por los intérpretes por lo que pedimos un recuento del nº de intérpretes que hablaban cada lengua. De esta forma, si en la plantilla total de 5 intérpretes todos hablaban inglés, y 3 hablaban francés, la respuesta sería 3 intérpretes de francés y 5 de inglés. A pesar de que las respuestas están incompletas, los datos recogidos coinciden bastante con la descripción de las combinaciones lingüísticas del formulario final.

Según la pregunta nº 11 de la encuesta tipo II el 78% de las clínicas ofrece servicio de interpretación desde hace más de 4 años. El 22% restante está dividido entre los que lo desconocen y menos de un año de funcionamiento.

Por último, en el apartado final sobre las características de los intérpretes hemos contabilizado un total de 45 intérpretes: 38 mujeres (84%) y 7 hombres (16%). La inmensa mayoría está

contratada a jornada completa (96% del total) mientras que sólo un 4% lo está a media jornada. El 4% contratado a media jornada corresponde con una pequeña parte de la plantilla de intérpretes de los dos hospitales privados. El total de los intérpretes que tiene un perfil híbrido y también realizan tareas de recepción está contratado a jornada completa. Unas jornadas tan largas y un aumento de tareas pueden ir en detrimento de la calidad del servicio. El cansancio, la fatiga y el estrés pueden interferir en la capacidad de los intérpretes para realizar su trabajo correctamente y poner en peligro la integridad de los pacientes.

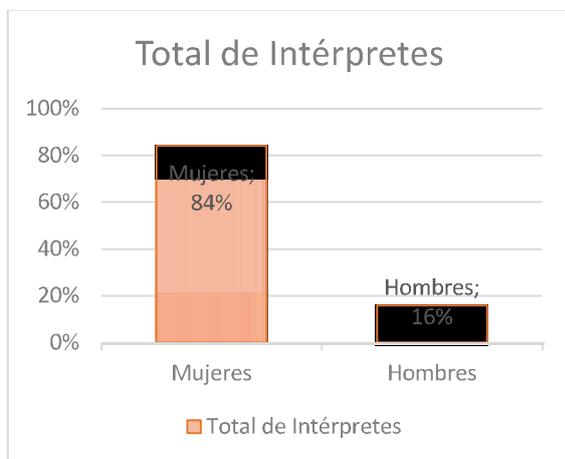


Ilustración 9 y 10 Proporción de intérpretes según sexo y Proporción de jornadas laborales /Elaboración propia

Finalmente las lenguas más habladas por los intérpretes son el inglés (100%) y el español (80%), seguido del alemán, el noruego y el sueco en igual proporción (67%). Luego le sigue el danés (58%), el neerlandés (20%), el francés (18%) y el finés (18%). El italiano es el menos hablado (7%) y ninguno tiene conocimientos de árabe, polaco o ruso.



Ilustración 11. Lenguas más habladas por los intérpretes / Elaboración propia

El promedio de lenguas habladas por cada intérprete según las respuestas de esta apartado es de 5 lenguas por intérprete. Las combinaciones lingüísticas más comunes (por orden) son:

- Español, inglés, noruego, danés y sueco
- Español, inglés, alemán, noruego y sueco
- Español, inglés, alemán, francés y neerlandés

Sólo un 9% del total de los intérpretes hablaba menos de 4 lenguas. Por lo que se confirma nuestra hipótesis acerca de la versatilidad en cuanto a las lenguas como criterio de empleabilidad.

### 3.3 Conclusiones:

El sector sanitario privado ha dado respuesta a la necesidad de comunicación de los turistas (de ocio y residenciales) a través de servicios lingüísticos o de interpretación. La demanda es constante y la oferta en asistencia lingüística es ininterrumpida durante todo el año. El perfil principal de los intérpretes atiende otras obligaciones además de interpretar. Los salarios corresponden a perfiles no cualificados y prevalece la jornada completa en un 96% de los casos. Los intérpretes hablan una media de 5 lenguas y entre las más comunes están el español, el inglés, el alemán y las lenguas escandinavas.

## 4. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

En los capítulos anteriores hemos comprobado que las condiciones demográficas de Gran Canaria son idóneas para el establecimiento de un servicio de interpretación en los servicios públicos. Las condiciones geopolíticas de las islas y el incremento exponencial de la llegada de turistas consolidan la sostenibilidad del servicio gracias a una demanda ininterrumpida durante todo el año. La incorporación en las instituciones de Canarias de un servicio de interpretación no sólo garantiza los derechos de los residentes extranjeros, sino que además repercute en el patrocinio turístico del archipiélago al contribuir en una mejor calidad de atención a los visitantes. En este capítulo hemos realizado un análisis de viabilidad inicial para exponer los principales beneficios y limitaciones del establecimiento de un servicio de interpretación sanitaria en Gran Canaria.

### 4.1 Marco legal

El derecho a la provisión de interpretación en los servicios sanitarios en España, a diferencia del ámbito judicial, no está amparado por la ley. No obstante, la *Ley Orgánica 4/2000* recoge lo siguiente:

[...] los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Ley Orgánica 4/2000

En la asistencia sanitaria a población extranjera no hispanoparlante, para garantizar plenamente dichas condiciones de igualdad es necesaria la intervención de un intérprete lingüístico que establezca la comunicación entre el personal y los pacientes. Sin embargo, a raíz de la recesión económica esta misma ley fue modificada en 2012 para limitar la atención a los inmigrantes en situación irregular y promover así la estabilidad del Sistema Sanitario Nacional:

El 1 de septiembre de 2012 entró en vigor una norma del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria

pública en España, la cual ha dejado sin tarjeta sanitaria a los más de 153.000 inmigrantes que están en situación irregular en España [...]. A partir de ahora, Sanidad sólo garantiza y se hace cargo de la asistencia de urgencia, por enfermedad o accidente, la atención por enfermedades transmisibles, en el embarazo, parto y postparto y la asistencia sanitaria completa si son menores de 18 años.

Europapress.es, 2012 en Pozo Triviño 2013

Por esta razón se aprecia una mayor diversidad de nacionalidades en las cifras de los CCSS y hospitales (*cf. Cap 2*) en relación a las unidades de Urgencias, Obstetricia y Pediatría. Por otro lado en la *Ley 41/2002*, se recogen los derechos inherentes de todos los pacientes de entender su diagnóstico y acceder a la información sobre las posibles implicaciones de los tratamientos:

[...] según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: “El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal,” por lo que se pueda inferir que el paciente deberá ser informado en su propia lengua, si no comprende otra. A pesar de lo que se pueda inferir de las leyes mencionadas, no existe en España ninguna.

(Pozo Triviño 2013:117)

La negación de estos derechos no sólo afecta a la integridad de los pacientes sino que puede repercutir en elevados costes para la Administración debido al desequilibrio en el funcionamiento de los servicios y a los riesgos de ser demandados por negligencias.

## **4.2 Prevención de riesgos y costes: hacia la optimización de recursos**

La prevención de riesgos es crucial para el funcionamiento del sistema sanitario. Un servicio de interpretación debería formar parte de los planes de prevención de riesgos de los servicios sanitarios. Abraham y Fiola (2006:193) reivindican la visión desde el sector sanitario de un servicio de interpretación como parte de las medidas de prevención de costes:

[...] instead of seeing language barriers simply as a human rights issue, the linguistic barriers within the sector may be addressed within the matrix of the organization's risk management responsibilities.

Al recurrir al propio personal bilingüe o a los acompañantes de los pacientes para realizar la tarea del intérprete, aumentamos los riesgos de que se produzcan malentendidos, omisiones o cambios de sentido en el mensaje. Los intérpretes no profesionales carecen de la experiencia

necesaria y no son conscientes de las implicaciones lingüístico-contextuales o de las normas de confidencialidad.

Una comunicación deficiente no solo repercute en el diagnóstico, sino que puede afectar al bienestar del paciente si las indicaciones del tratamiento no se han comprendido correctamente. Las imprecisiones en la interpretación pueden desencadenar en errores médicos e incrementar los gastos hospitalarios (Flores et al. 2003:7). Esta disfuncionalidad no sólo afecta a los pacientes con reducidos conocimientos de la lengua vehicular del sistema, sino a la totalidad de los usuarios:

The less likely limited-English-proficient are to understand providers adequately without professional interpreter services, the more time the examiner will need to spend in helping patients check in, update their medical records, and explain patient's discharge instructions and treatment plans. This ultimately result in a longer time other patients will have to wait for medical treatment.  
(Wang, 2006: 252)

Estos casos pueden desembocar en rehospitalizaciones, repetición de pruebas o complicaciones en la condición del paciente. De igual manera, dicha disfuncionalidad repercute negativamente sobre el funcionamiento global del sistema:

One clinical staff member noted that when family members acting as interpreters have a limited knowledge of English themselves, there are situations where after-care instructions are misunderstood, the patient's condition worsens and the patient has to return to the hospital. This tends to support the hypothesis that unprofessional or faulty interpretation may have a direct financial impact on the healthcare system which could be greater than the cost of employing trained, professional interpreters in the first place.

Abraham y Fiola (2006:194)

La reincidencia de visitas de los pacientes provocada por deficiencias en la comunicación médico-paciente conlleva gastos adicionales y crea un desequilibrio en la distribución de los recursos:

The findings of the literature review suggest that repeat visits to health care providers may add financial pressures to both the already overburdened public healthcare system, and the economy in general.

Abraham y Fiola (2006:194)

Las barreras lingüísticas entre usuarios y proveedores alargan los tiempos de espera y ponen en peligro la integridad de todos los usuarios al ejercer una presión adicional sobre las condiciones laborales del ya sobresaturado personal sanitario:

[...] tal y como señalan Sánchez-Reyes y Martín (*Intérpretes profesionales*): “La intervención de intérpretes cualificados supone un desembolso inmediato del hospital, pero evita el alargamiento innecesario del tiempo de hospitalización o el pago de indemnizaciones judiciales.”

(Pozo Triviño 2013:119)

Durante la entrevista informal realizada en mayo de 2017 al director del CS de Maspalomas, éste hizo mención a la idea errónea que existe sobre el uso real de los extranjeros del sistema sanitario. En muchos casos, se hace especial énfasis en el concepto del turismo sanitario o de la posible saturación del sistema debido a la llegada de inmigrantes. Sin embargo, existen estudios que corroboran que la mayoría de los inmigrantes accede a los servicios sanitarios preferiblemente por Urgencias debido al desconocimiento del funcionamiento del sistema y a los impedimentos relacionados con la comunicación. Así lo muestra el estudio de Abraham y Fiola (2006:192) en Canadá sobre la resistencia del sistema sanitario a la utilización de intérpretes y los riesgos económicos de emplear medidas ad-hoc:

[...] it was recognized that patient populations who have limited proficiency in English or French, and who may be unfamiliar with the healthcare system in general, rely, to a greater extent, on the services provided in hospital emergency departments.

Una persona que no es capaz de dominar la lengua oficial del lugar tarda más en acceder a los servicios por desconocimiento del sistema ajeno o por la necesidad de disponer de una persona que facilite la comunicación entre ella y el personal sanitario. Según el director de este CS, en su mayoría las personas extranjeras que acceden a este centro de salud suele ser población joven en edad de trabajar y generalmente sana. En el caso de las clínicas privadas, por otro lado, suele ser más común un paciente de más edad con una situación económica más cómoda y en muchas ocasiones con un seguro médico privado. En respuesta a la reciente llegada de inmigración italiana a la isla, el director del CS de Maspalomas comentó que desde el centro durante el primer año para facilitar la adaptación de la población extranjera al nuevo entorno se intenta remitir los pacientes italianos a los médicos del centro que hablen esa lengua. Sin embargo, pasado un año, es necesario insistir en la adquisición del español o recurrir a que el paciente

venga acompañado de su propio intérprete para evitar la saturación de trabajo del personal bilingüe y mantener el equilibrio y la eficacia del sistema.

Esta situación de desapercibimiento y del empleo regular de personal no cualificado para la provisión de servicios lingüísticos se muestra a lo largo de todo el estudio de Angelelli (2015) sobre la situación de los servicios lingüísticos en la Comunidad Valenciana. El panorama que describe la autora en la zona del Levante español coincide en gran medida con la situación de las islas, por lo que un estudio comparativo posterior podría examinar las tendencias.

### **4.3 Gestión pública sin intermediarios**

En favor de garantizar la calidad frente a la escasez de presupuesto proponemos un servicio orientado hacia el modelo de Coordinación de intérpretes de los Órganos Judiciales (OOJJ) de la Provincia de las Palmas, único servicio de interpretación judicial en España gestionado por la Administración Pública. Este modelo es un ejemplo de optimización de recursos sin los inconvenientes de relegar el servicio a la subcontratación:

El hecho de que una empresa actúe de intermediaria hace que se reduzcan considerablemente las tarifas que reciben los intérpretes, lo cual a su vez hace que muchos profesionales no acepten las condiciones impuestas por las empresas concesionarias y que estas recurran a contratar a personas sin apenas formación ni experiencia. Este modelo de contrataciones está redundando de forma muy negativa en la calidad de las interpretaciones así como en la percepción social que se tiene de la profesión. (Benhaddou, 2012 en Pozo Triviño, 2013)

La publicidad desde los medios de comunicación y las propias instituciones que recibe la mayoría de empresas adjudicadas en los servicios de interpretación en España no hace referencia al buen funcionamiento y a la óptima calidad del servicio. La profesión del intérprete en los servicios públicos en España sigue sin estar regulada y se encuentra totalmente desprotegida ante el intrusismo profesional. Muchas de las empresas dedicadas a la provisión de servicios de interpretación reducen extremadamente sus tarifas para cumplir con las expectativas de los concursos públicos, con la significativa merma en los beneficios para el

intérprete. Estas tarifas en algunas ocasiones irrisorias reducen el acceso de profesionales cualificados.

Para obtener más información sobre el funcionamiento de este modelo, en mayo de 2017 nos reunimos con Miguel Ángel González Reyes, coordinador del servicio de intérpretes de los OOJJ de las Palmas. Este modelo de contratación sin intermediarios posee gran reconocimiento como referente durante toda su trayectoria:

[...] en la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia en Canarias se viene desarrollando una tercera vía desde principios de los años noventa, basada en la figura del coordinador de intérpretes, que ha sido destacada como referente a seguir en el Libro Blanco de la traducción y la interpretación institucional y que se ajusta a la Directiva 2010/64/UE del Parlamento Europeo y del Consejo [...]

Noticia 19 noviembre de 2012. Portal web del Gobierno de Canarias<sup>9</sup>

Sin embargo, no hay ningún caso de otra provincia o comunidad autónoma en España que esté trabajando en la puesta en funcionamiento de un servicio de estas características o hacia la adaptación por una mayor autonomía del servicio. En nuestra consulta, González nos reiteró la información aportada en la entrevista que le realizamos en octubre 2015 acerca de la creación del servicio (Betancor, 2015:54):

Esto existe aquí porque en su momento la persona responsable del suministro de la Dirección General tuvo sensibilidad con esto, al principio lo llevaba un particular y llegó el momento en el que o lo derivaban a concurso público, o buscaban otra fórmula. Ellos prefirieron que una persona lo llevara, porque lo veían más viable. Antes lo llevaba un señor que era consultor y dominaba varios idiomas y que estableció unas bases sólidas de una prestación del servicio [...] Los responsables de la Dirección General pensaron en mí como persona más inmediata que pudiera seguir una continuidad del servicio, yo, aunque reacio al principio, continué y ya han pasado dieciséis años y aún sigo. Durante todo este tiempo he sentado las bases más firmes del servicio, con los pros y los contras, los puntos fuertes y los débiles para mejorarlo. Y siempre luchando por la dignidad profesional de los intérpretes y por una remuneración acorde a la responsabilidad del intérprete.

La escasa financiación por parte de la Administración Pública hace inviable una prestación de calidad con las suficientes garantías si existe una intervención en el presupuesto por parte de

---

<sup>9</sup> <http://www.gobcan.es/noticias/pii/Justicia/52315/hernandez-spinola-servicio-coordinacion-traductores-intepretes-canarias-referente-europa> Acceso: 29.09.17. Afirmaciones de Hernández Spínola, consejero de Presidencia, Justicia e Igualdad del Gobierno de Canarias.

intermediarios. Ya en 2015 al preguntarle las posibilidades de adaptación del modelo de coordinación de intérpretes de los OOJJ a otros ámbitos de los servicios públicos, González Reyes destacaba el ámbito sanitario como el más urgente (Betancor, 2015:48):

Y en cuanto a si podría utilizarse como modelo para otros ámbitos de los servicios públicos... pues sería ideal ¿no? Yo, dentro de los ámbitos extrajudiciales, al que más posibilidades le veo es al servicio sanitario. [...] El sanitario, digamos, podría ser el siguiente en el que podría aplicarse. Lo que ocurre con la interpretación en ese servicio es que a pesar de que hay comunidades que lo han tenido, o lo tienen, normalmente este servicio dura un tiempo y acaba por suspenderse de nuevo ¿y por qué? Pues por una cuestión económica y de obligatoriedad o no del servicio. En Justicia existe esta condición. [...] La Constitución Española, la ley de Enjuiciamiento Criminal... Es una obligatoriedad de la Administración Pública Española poner un intérprete.

En la consulta de mayo de 2017, González Reyes resaltó principalmente los impedimentos que suponía para la calidad del servicio las duras condiciones a las que se enfrentan los intérpretes profesionales debido a la condición de autónomo. La desproporcionada cuota de autónomo en España sigue siendo un obstáculo para la regularización de la profesión de traductores e intérpretes. Los titulados en Traducción e Interpretación, a menudo se ven obligados a recurrir a otras fuentes de ingresos para poder dedicarse a la traducción o a la interpretación de forma profesional. La fundamentada demanda de servicios de interpretación en el ámbito sanitario con un plan gestionado desde la Administración pública podría permitir la incorporación –como ocurre en el sector privado– de plantillas de intérpretes en los hospitales para subsanar esta deficiencia del sistema y promover unas condiciones laborales más justas.

#### **4.4 Asesoramiento Profesional para la creación del modelo**

Durante el mes de mayo de 2017 participamos en el Programa “Emprende” de la Fundación Universitaria de Las Palmas (FULP) para conocer el proceso de diseño de nuestro proyecto.

Asistimos a 4 sesiones informativas de 2 horas donde con ayuda de una asesora planteamos las necesidades iniciales del proyecto y analizamos la propuesta de valor y los recursos mediante

el método de Lienzo de Modelo de Negocios. Para conocer la provisión de servicios desde el ámbito privado nos pusimos en contacto con un coordinador de proyectos de interpretación en los servicios públicos de una agencia extranjera de traducción e interpretación. Hemos preferido solicitar asesoramiento profesional a una empresa extranjera y no nacional para evitar la falta de transparencia o el recelo empresarial por razones de competitividad. La consulta fue realizada por videoconferencia y planteamos dudas acerca del establecimiento de tarifas, la acreditación de los intérpretes, disponibilidad del servicio, normas ISO a las que se adscriben y la formación interna de la empresa. Esta compañía opera en un país donde la figura del intérprete en los SSPP al igual que en España, sigue sin estar regulada. Todos los intérpretes con los que trabajan están inscritos en un registro y han de estar dados de alta como autónomos. Las condiciones laborales que ofrecen son muy parecidas a las del sistema de coordinación de intérpretes de los OOJJ de las Palmas a razón de la distribución del trabajo. Los intérpretes cobran incondicionalmente la totalidad de la primera hora de interpretación aunque el tiempo final sea menor. En el caso de esperas el intérprete cobra la parte proporcional al tiempo esperado. Sin embargo, en el caso de esta empresa, a pesar de tener los estándares nacionales más altos y operar en un estado con mejores condiciones económicas, la retribución percibida por el intérprete en el ámbito judicial se reduce hasta casi la mitad (36€/h en el caso de los OOJJ de Las Palmas y 18€/h en el caso de la compañía extranjera).

Tras haber reunido suficientes datos sobre la demanda y analizado las condiciones de los competidores a nivel regional, nos encontramos con el obstáculo de definir los clientes potenciales debido a la poca información accesible sobre los recursos y necesidades del Servicio Canario de Salud. En el diseño empresarial, la definición de los posibles clientes es clave para la creación de un plan de negocios efectivo. Para estudiar en más profundidad cuáles son los intereses, necesidades y recursos del SCS con vistas a la elaboración de un plan de negocios real, en junio de 2017 nos pusimos en contacto mediante correo electrónico con el director del

Servicio Canario de Salud, Conrado Domínguez. Tras exponer brevemente nuestro interés en la elaboración de esta investigación sobre la creación de un servicio de asistencia lingüística sanitaria en Gran Canaria, el director del SCS nos solicitó amablemente que le fuera remitido el presente trabajo una vez presentado para proceder a una reunión.

Una vez analizada las condiciones y los recursos de la Administración Pública, también se podrían explorar otros métodos para la creación de un servicio de estas características sin la necesidad de sacar plazas de oposiciones. Dentro de nuestra formación en el Programa Emprende también estimamos las posibilidades de crear el servicio mediante una empresa de fin social o una cooperativa de intérpretes. Debido a las limitaciones de esta investigación y a la espera de la respuesta del SCS no hemos podido documentarnos lo suficiente acerca de estas alternativas pero no desestimamos su aptitud para el proyecto. Una de las medidas que hemos propuesto para la sostenibilidad del servicio es la oferta adicional de los servicios al sector privado para incrementar las fuentes de ingresos y promover una mayor competitividad que mejore los estándares de calidad. En el Reino Unido el servicio de traducción e interpretación de las *Council Offices* de Leicester ha producido un excedente de 53.000 libras el pasado año al ofrecer servicios de traducción e interpretación a organizaciones externas<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> <http://www.leicestermercury.co.uk/news/leicester-news/council-officials-translating-60-different-684065>  
Acceso 30.10.2017

## **4.5 Conclusiones**

En la legislación española no se recoge de forma explícita la obligación de disponer en los servicios sanitarios de un intérprete profesional que garantice la igualdad de condiciones sobre los derechos de los pacientes extranjeros. No obstante, las medidas ad-hoc empleadas para solventar las dificultades de comunicación entre los pacientes y el personal sanitario, provocan una saturación del servicio y mayores riesgos para la integridad de los usuarios. La integración en los servicios sanitarios de un sistema de interpretación profesional gestionado por la Administración Pública se presenta como una solución sostenible comprometida con los derechos de todos los pacientes, la optimización de los recursos, reducción de los riesgos y costes previsibles y la mejora de la calidad de la interpretación.

## 5. CONCLUSIONES

Los datos cuantitativos recopilados en esta investigación nos han permitido ofrecer un panorama actualizado de la necesidad y la provisión de servicios lingüísticos en los servicios sanitarios de Gran Canaria. Los datos demográficos recopilados demuestran una demanda potencial constante por las condiciones de las islas y la combinación de residentes extranjeros y turistas. En esta investigación no hemos podido proporcionar datos acerca de la competencia lingüística de la población extranjera para estimar de forma exhaustiva el volumen de demanda por la falta de referencias.

Los datos analizados en el sector privado sobre la experiencia y prolongación de estos servicios en el tiempo, demuestran la sostenibilidad y ventajas de un servicio de interpretación en el ámbito médico-sanitario.

Al final del trabajo hemos planteado un primer acercamiento según los datos dispuestos hacia un estudio de viabilidad para la incorporación de un servicio de interpretación sanitaria en Gran Canaria. Para poder completar este trabajo, sería necesario un estudio posterior donde se realizara un análisis de la viabilidad de los distintos modelos empresariales propuestos para establecer las medidas más ajustadas a las necesidades de cada centro o ámbito sanitario. Además, para su puesta en funcionamiento sería necesario la realización de un análisis de necesidades y de un estudio económico de la viabilidad de la provisión del servicio y de la no provisión para estimar los costes y presupuestos. Para un estudio de tales características creemos necesaria la intervención de especialistas en economía con conocimiento sobre el funcionamiento de la administración de los servicios públicos.

Queremos destacar la posibilidad de externalizar los servicios a empresas del sector turístico, instituciones regionales y organizaciones para ampliar las posibles fuentes de ingresos y permitir una mayor rentabilidad y autonomía del servicio.

Para concluir, los datos obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de buscar soluciones a la demanda de servicios y hacer uso de los recursos que están a nuestra disposición para frenar la precariedad del mercado laboral.

## REFERENCIAS

- Abraham, D. y M. A. Fiola (2006). Making the case for Community Interpreting in health care: from needs assessment to risk management. Hertog, Erik y Bart Van der Veer (eds.) *Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting*. *Linguistica Antverpiensia* 5, 189-202.
- Angelelli, C. V., y Comisión Europea, Dirección General de Traducción (2015). *Studies on Translation and Multilingualism. Public service translation in cross-border healthcare—summary*. Ciudad de Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Barreiro, A. (2012) “A interpretación nos servicios sanitarios.” *Tradución e interpretación nos servizos públicos e asistenciais de Galicia. Primeiros pasos en investigación*. Eds. M. Del Pozo y E. Gómez. Vigo:Universidade de Vigo, 2012.141-166.
- Benhaddou, E. (2012) “La traducción y la interpretación en el Ministerio del Interior.” *Ensayos sobre la traducción jurídica e institucional*. Eds. I. Alonso, J. Baigorri y H. Campbell. Granada: Comares, 91-107.
- Betancor Sánchez, N. (2015) La interpretación remota: una propuesta de servicio público. Trabajo de fin de máster. Tutor: Ricardo Muñoz Martín. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. [Consulta: 25/10/2017]
- [https://www.academia.edu/28238967/La\\_interpretaci%C3%B3n\\_remota\\_una\\_propuesta\\_de\\_servicio\\_p%C3%BAblico\\_Trabajo\\_de\\_fin\\_de\\_M%C3%A1ster.pdf](https://www.academia.edu/28238967/La_interpretaci%C3%B3n_remota_una_propuesta_de_servicio_p%C3%BAblico_Trabajo_de_fin_de_M%C3%A1ster.pdf)
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (2002). *Ley 41/2002. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.  
<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>  
[Consulta: 15/05/2017]
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (2009). *Ley Orgánica 4/2000, del 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*.  
[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-19949](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-19949)  
[Consulta: 15/05/2017]
- Europapress. (2012) *Los inmigrantes ‘sin papeles’ pierden desde hoy su derecho a tener tarjeta sanitaria*. Diario digital. Noticia del 1 de septiembre de 2012.  
<http://www.europapress.es/sociedad/noticia-inmigrantes-papeles-pierden-hoy-derecho-tener-tarjetasanitaria-20120901081726.html> [Consulta: 15/05/2017]
- Flores, G., M. B. Laws, S.J. Mayo, B. Zuckerman, M. Abreu, L. Medina, y E. J. Hardt. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, *111*(1), 6-14.
- Gavlovych, N. (2017). La calidad de los servicios de traducción e interpretación médico-sanitaria en el contexto del turismo de salud en el área de la Comunidad Valenciana. Trabajo de fin de máster. Tutora: Anabel Borja Albi. Universitat Jaume I (Castelló).

- Godenau, D.; S. Rinken, A. Martínez de Lizarrondo Artola y G. Moreno Márquez. (2017). Publicaciones. N° 31: La integración de los inmigrantes en España: fases, patrones, y dinámicas regionales durante el periodo 2007-2015. Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI). Ministerio de Empleo y Seguridad Social: Subdirección General de Información. [Consulta 18.09.2017]  
[http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/OPI\\_31.pdf](http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/OPI_31.pdf)
- Huete Nieves, R.; A. Mantecón Terán y T. Mazón Martínez. (2008). ¿De qué hablamos cuando hablamos de turismo residencial? *Cuadernos de Turismo*, 22. [Consulta 03.10.2017] <http://revistas.um.es/turismo/article/view/48091>
- Instituto Nacional de Estadística. (2017) Nota de Prensa, 29 junio 2017. *Cifras de Población 1-1-2017 y Estadística Migraciones 2016 (Datos provisionales)* [Consulta 18.09.2017] [http://www.ine.es/prensa/cp\\_2017\\_p.pdf](http://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf)
- OBECAN (2017) Informe sobre la migración laboral en Canarias – Análisis de la contratación 2016. 2017. Observatorio Canario de Empleo y Formación Profesional (OBECAN). Consejería de Empleo, Industria y Comercio; Gobierno de Canarias [Consulta 18.09.17]  
[http://www3.gobiernodecanarias.org/empleo/portal/estaticos\\_portal/online/obecan/temas/estudios/adjuntos/informe\\_migracion2016.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/empleo/portal/estaticos_portal/online/obecan/temas/estudios/adjuntos/informe_migracion2016.pdf)
- Patronato de Turismo de Gran Canaria. (2017). Informe sobre la situación del sector Turístico (Agosto 2017) [Consulta 01.10.17]  
[http://www.grancanaria.com/turismo/fileadmin/PDF/informes/ICT\\_agosto\\_17.pdf](http://www.grancanaria.com/turismo/fileadmin/PDF/informes/ICT_agosto_17.pdf)
- Pozo Triviño, M. del. (2013). El camino hacia la profesionalización de los intérpretes en los servicios públicos y asistenciales españoles en el siglo XXI. *Cuadernos de ALDEEU*, 25, 109-130.
- Roberts, R. (1994) "Community Interpreting Today and Tomorrow," in Peter Krawutschke, ed. *Proceedings of the 35th Annual Conference of the American Translators Association*. Medford, NJ: Learned Information, 127-138.
- Sánchez-Reyes, M. S. y Martín, M. (2005) "Intérpretes profesionales e intérpretes 'ad hoc' en un entorno sanitario." *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. Ed. C. Valero. Madrid: Universidad de Alcalá, 139-147.
- Wang, X. (2006). The impact of using ad hoc interpreters and professional interpreters on hospital cost and patient satisfaction rates of limited-English-proficient patients in the emergency department. *International Journal of Economics, Commerce and Management*, 4, 245-256.

## NÚMERO TOTAL DE PACIENTES DE CCSS SEGÚN UNIDADES

### MEDICINA (Atención Primaria)

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	84376	92008	95277	78828	350489
MARRUECOS	3258	3596	3790	3087	13731
ALEMANIA	1507	1584	1670	1367	6128
ITALIA	913	1218	1635	1400	5166
INDIA	865	897	899	803	3464
REINO UNIDO	746	787	887	704	3124
CHINA	689	795	811	592	2887
RUMANIA	439	500	557	444	1940
SENEGAL	369	397	419	350	1535
MAURITANIA	324	378	412	304	1418
PAISES BAJOS	324	367	404	332	1427
NORUEGA	312	333	350	301	1296
SUECIA	301	320	348	270	1239
FILIPINAS	208	250	257	190	905
FRANCIA	197	217	221	192	827
BRASIL	176	195	213	164	748
SAHARA OCC.	154	170	203	152	679
PORTUGAL	188	191	202	157	738
FINLANDIA	151	177	196	164	688
BULGARIA	156	167	189	131	643
POLONIA	169	185	185	130	669
BELGICA	150	151	169	126	596
DINAMARCA	131	139	153	115	538
NEPAL	69	114	139	116	438
AUSTRIA	137	144	134	105	520
OTROS PAÍSES	10568	11262	11917	9607	43354
Total pacientes	106877	116542	121637	100131	<b>445187</b>

## URGENCIAS

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	21373	43731	46563	26365	138032
MARRUECOS	1057	1943	2128	1234	6362
ITALIA	214	463	651	387	1715
ALEMANIA	326	472	488	240	1526
INDIA	301	416	407	247	1371
CHINA	235	403	390	213	1241
REINO UNIDO	169	247	289	159	864
RUMANIA	135	251	281	180	847
SENEGAL	67	213	211	135	626
MAURITANIA	65	180	195	114	554
PAISES BAJOS	75	121	132	60	388
SUECIA	86	120	115	53	374
FILIPINAS	37	91	109	52	289
BRASIL	36	92	99	42	269
BULGARIA	54	80	95	49	278
PORTUGAL	41	87	86	53	267
NORUEGA	62	97	85	65	309
SAHARA OCCIDENTAL	20	52	81	41	194
POLONIA	59	81	75	45	260
FRANCIA	33	59	67	34	193
FINLANDIA	23	56	66	27	172
NEPAL	15	36	59	31	141
NIGERIA	20	41	57	33	151
OTROS PAÍSES	2361	5087	5648	3152	16248
<b>Total pacientes</b>	<b>26864</b>	<b>54419</b>	<b>58377</b>	<b>33011</b>	<b>172671</b>

## PEDIATRÍA

Países	2014	2015	<b>2016</b>	2017*	Total
ESPAÑA	18950	19021	19496	15325	72792
MARRUECOS	312	311	319	225	1167
CHINA	151	148	159	103	561
ITALIA	62	93	135	125	415
RUMANIA	41	44	46	27	158
INDIA	40	39	37	30	146
ALEMANIA	43	35	36	25	139
MAURITANIA	36	39	34	20	129
REINO UNIDO	33	23	31	29	116
SENEGAL	31	33	29	19	112
SAHARA OCCIDENTAL	18	18	23	14	73
PAISES BAJOS	18	12	20	6	56
BRASIL	5	9	14	6	34
NIGERIA	11	12	14	6	43
NORUEGA	11	11	14	8	44
BULGARIA	16	12	13	11	52
NEPAL	8	12	13	9	42
ESTADOS UNIDOS	13	12	12	13	50
SUECIA	19	16	12	7	54
FILIPINAS	10	13	11	7	41
FRANCIA	10	9	11	5	35
OTROS PAÍSES	654	592	630	418	2294
<b>Total pacientes</b>	<b>20492</b>	<b>20514</b>	<b>21109</b>	<b>16438</b>	<b>78553</b>

## NACIONALIDADES SEGÚN CENTROS DE SALUD

### CENTRO DE SALUD EL DOCTORAL

Países	URGENCIAS				MEDICINA			
	2014	2015	2016	2017*	2014	2015	2016	2017*
ESPAÑA	7174	18950	<b>20571</b>	11535	36213	40184	<b>41687</b>	34357
MARRUECOS	270	723	<b>861</b>	523	1182	1304	<b>1407</b>	1176
RUMANIA	32	118	<b>121</b>	94	171	209	<b>221</b>	179
SENEGAL	31	101	<b>101</b>	66	161	173	<b>193</b>	155
ITALIA	17	61	<b>87</b>	49	129	166	<b>213</b>	195
MAURITANIA	32	71	<b>84</b>	50	127	153	<b>163</b>	110
ALEMANIA	26	67	<b>63</b>	33	147	173	<b>172</b>	153
CHINA	13	52	<b>59</b>	33	73	97	<b>93</b>	79
NIGERIA	15	46	<b>46</b>	28	63	68	<b>69</b>	56
REINO UNIDO	6	16	<b>29</b>	17	51	52	<b>59</b>	53
BULGARIA	8	19	<b>26</b>	10	38	38	<b>52</b>	36
BRASIL	6	25	<b>24</b>	13	52	57	<b>61</b>	46
PAISES BAJOS	3	19	<b>23</b>	6	42	53	<b>51</b>	47
OTROS PAÍSES	861	2349	<b>2743</b>	1496	4915	5295	<b>5578</b>	4471
<b>Total pacientes</b>	<b>8494</b>	<b>22617</b>	<b>24838</b>	<b>13953</b>	<b>43364</b>	<b>48022</b>	<b>50019</b>	<b>41113</b>

### CENTRO DE SALUD DE MASPALOMAS

Países	URGENCIAS				MEDICINA			
	2014	2015	2016	2017*	2014	2015	2016	2017*
ESPAÑA	9078	10579	<b>10676</b>	6194	17531	18789	<b>19257</b>	15791
ALEMANIA	262	326	<b>325</b>	151	1050	1080	<b>1138</b>	921
MARRUECOS	547	648	<b>673</b>	379	983	1069	<b>1097</b>	876
ITALIA	146	277	<b>398</b>	244	476	646	<b>909</b>	760
INDIA	251	292	<b>286</b>	183	589	605	<b>595</b>	539
CHINA	170	202	<b>165</b>	100	313	352	<b>358</b>	264
REINO UNIDO	107	115	<b>130</b>	73	313	301	<b>346</b>	282
PAISES BAJOS	61	81	<b>80</b>	45	213	238	<b>268</b>	220
SUECIA	71	92	<b>77</b>	42	199	210	<b>224</b>	179
RUMANIA	72	95	<b>98</b>	50	146	166	<b>178</b>	139
BULGARIA	45	47	<b>57</b>	34	88	99	<b>100</b>	70
POLONIA	43	52	<b>39</b>	25	100	107	<b>99</b>	69
HUNGRÍA	19	27	<b>38</b>	21	65	75	<b>83</b>	57
OTROS PAÍSES	1121	1354	<b>1420</b>	810	2915	3051	<b>3175</b>	2594
<b>Total pacientes</b>	<b>11993</b>	<b>14187</b>	<b>14462</b>	<b>8351</b>	<b>24981</b>	<b>26788</b>	<b>27827</b>	<b>22761</b>

Apéndice I: Tablas completas de los datos de hospitales y centros de salud

CENTRO DE SALUD DE GUANARTEME

Países	URGENCIAS				MEDICINA			
	2014	2015	2016	2017*	2014	2015	2016	2017*
<b>ESPAÑA</b>	2792	10617	<b>11282</b>	6348	22733	24170	<b>25175</b>	21126
<b>MARRUECOS</b>	67	310	<b>289</b>	157	615	669	<b>703</b>	569
<b>ITALIA</b>	14	66	<b>74</b>	45	145	192	<b>223</b>	199
<b>MAURITANIA</b>	24	102	<b>98</b>	55	174	199	<b>220</b>	170
<b>SENEGAL</b>	20	99	<b>95</b>	57	178	189	<b>187</b>	155
<b>FILIPINAS</b>	23	72	<b>84</b>	44	153	187	<b>192</b>	142
<b>CHINA</b>	15	75	<b>78</b>	34	152	175	<b>181</b>	124
<b>SAHARA OCC.</b>	6	27	<b>45</b>	21	112	125	<b>145</b>	117
<b>INDIA</b>	11	63	<b>49</b>	30	107	106	<b>112</b>	110
<b>ALEMANIA</b>	8	28	<b>40</b>	24	105	110	<b>109</b>	88
<b>REINO UNIDO</b>	7	36	<b>37</b>	26	89	90	<b>90</b>	75
<b>COREA DEL SUR</b>	5	32	<b>40</b>	16	78	79	<b>84</b>	69
<b>BRASIL</b>	8	35	<b>38</b>	13	65	72	<b>83</b>	62
<b>FINLANDIA</b>	2	14	<b>17</b>	7	56	60	<b>65</b>	59
<b>OTROS PAÍSES</b>	302	1251	<b>1346</b>	763	2680	2862	<b>3120</b>	2518
<b>Total pacientes</b>	<b>3304</b>	<b>12827</b>	<b>13612</b>	<b>7640</b>	<b>27442</b>	<b>29285</b>	<b>30689</b>	<b>25583</b>

CENTRO DE SALUD DE ARGUINEGUIN

Países	URGENCIAS				MEDICINA			
	2014	2015	2016	2017*	2014	2015	2016	2017*
<b>ESPAÑA</b>	2329	3585	<b>4034</b>	2288	7899	8865	<b>9158</b>	7554
<b>MARRUECOS</b>	173	262	<b>305</b>	175	478	554	<b>583</b>	466
<b>REINO UNIDO</b>	49	80	<b>93</b>	43	293	344	<b>392</b>	294
<b>ITALIA</b>	37	59	<b>92</b>	49	163	214	<b>290</b>	246
<b>ALEMANIA</b>	30	51	<b>60</b>	32	205	221	<b>251</b>	205
<b>NORUEGA</b>	36	65	<b>53</b>	44	205	233	<b>250</b>	208
<b>INDIA</b>	39	58	<b>67</b>	32	163	177	<b>182</b>	148
<b>CHINA</b>		74	<b>88</b>	46	151	171	<b>179</b>	125
<b>RUMANIA</b>	23	18	<b>42</b>	18	73	76	<b>98</b>	74
<b>NEPAL</b>	12	21	<b>42</b>	18	58	83	<b>93</b>	76
<b>DINAMARCA</b>	10	16	<b>20</b>	8	74	79	<b>91</b>	60
<b>SUECIA</b>	11	11	<b>16</b>	3	49	56	<b>62</b>	42
<b>PAISES BAJOS</b>	10	17	<b>21</b>	9	52	57	<b>60</b>	48
<b>OTROS PAÍSES</b>	314	471	<b>532</b>	302	1227	1317	<b>14013</b>	1128
<b>Total pacientes</b>	<b>3073</b>	<b>4788</b>	<b>5465</b>	<b>3067</b>	<b>11090</b>	<b>12447</b>	<b>25702</b>	<b>10674</b>

## TOTAL HOSPITALES POR ESPECIALIDADES

### OBSTETRICIA (CHUIMI)

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	45089	43347	43949	8449	140834
MARRUECOS	829	830	1027	119	2805
CHINA	331	221	229	32	813
MAURITANIA	84	95	151	10	340
SENEGAL	119	169	135	9	432
ITALIA	90	208	133	27	458
RUMANIA	79	101	87	8	275
NIGERIA	85	47	82	29	243
REINO UNIDO	45	71	82	7	205
INDIA	89	120	68	9	286
NEPAL	14	41	67	6	128
FRANCIA	15	14	50	3	82
BRASIL	16	38	46	0	100
SUECIA	22	24	45	2	93
POLONIA	61	79	39	10	189
PAKISTAN	2	10	28	3	43
FILIPINAS	86	57	27	2	172
UCRANIA	27	22	27	1	77
ALEMANIA	56	39	25	8	128
SAHARA OCCIDENTAL	7	0	24	1	32
REPUBLICA CHECA	15	32	22	0	69
RUSIA, FEDER. DE	8	32	18	0	58
FINLANDIA	11	11	17	2	41
HUNGRIA	8	20	13	0	41
PORTUGAL	11	17	13	1	42
LETONIA	11	19	12	0	42
IRAN	0	9	11	0	20
MOLDAVIA	2	0	11	0	13
PAISES BAJOS	6	12	10	0	28
AFGANISTAN	24	0	9	0	33
GHANA	10	9	9	1	29
NORUEGA	15	6	9	3	33
OTROS PAÍSES	1043	1309	1012	149	3513
Total de pacientes	48310	47009	47487	8891	151697

**TRAUMATOLOGÍA (CHUIMI+ HCN)**

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	65014	60069	59934	12802	197819
MARRUECOS	169	140	173	37	519
ITALIA	97	89	149	23	358
ALEMANIA	92	92	79	27	290
REINO UNIDO	52	55	53	7	167
NORUEGA	21	30	43	7	101
RUMANIA	44	54	39	6	143
FRANCIA	22	15	27	1	65
SUECIA	19	20	23	2	64
PAISES BAJOS	19	15	21	7	62
CHINA	9	16	15	3	43
FINLANDIA	13	16	13	3	45
MAURITANIA	18	17	13	2	50
SENEGAL	16	19	13	1	49
INDIA	32	21	11	4	68
AFGANISTAN	4	3	10	0	17
NIGERIA	13	8	10	2	33
IRAN	0	0	9	0	9
POLONIA	14	9	9	3	35
PORTUGAL	11	6	9	4	30
SIERRA LEONA	2	1	9	0	12
ARGELIA	0	1	7	1	9
BULGARIA	5	3	7	0	15
CABO VERDE	1	9	6	1	17
OTROS PAÍSES	527	493	446	100	1410
Total de pacientes	66214	61201	61128	13043	201430

Apéndice I: Tablas completas de los datos de hospitales y centros de salud

**MEDICINA INTERNA (CHUIMI+ HCN)**

Países	2014	2015	2016	2017*	Total
ESPAÑA	11404	11684	11956	2731	37775
ALEMANIA	16	25	24	7	72
REINO UNIDO	8	15	21	2	46
ITALIA	7	19	16	6	48
PAISES BAJOS	1	1	11	0	13
BRASIL	0	4	10	2	16
MARRUECOS	15	20	10	5	50
FRANCIA	1	0	7	5	13
NORUEGA	9	11	7	2	29
SENEGAL	4	5	6	2	17
SUECIA	9	6	6	4	25
GUINEA ECUATORIAL	2	1	5	1	1
FINLANDIA	7	4	5	1	17
GHANA	1	1	4	1	6
INDIA	3	5	4	3	11
POLONIA	2	0	4	0	6
SUIZA	2	8	4	2	16
MAURITANIA	5	3	2	2	12
PORTUGAL	2	3	2	2	9
RUMANIA	2	0	2	0	4
BELGICA	2	0	1	0	3
CHINA	4	0	1	0	2
DINAMARCA	0	1	1	2	4
OTROS PAÍSES	97	92	109	21	319
<b>Total de pacientes</b>	<b>11506</b>	<b>11816</b>	<b>12109</b>	<b>2780</b>	<b>38195</b>

Apéndice I: Tablas completas de los datos de hospitales y centros de salud

**URGENCIAS (CHUIMI +HCN)**

Países	2014	2015	2016	2017*	TOTAL
ESPAÑA	187605	187296	194301	44481	613683
MARRUECOS	1171	1296	1307	281	4055
ITALIA	523	610	724	204	2061
ALEMANIA	398	394	521	169	1482
CHINA	466	440	391	93	1390
REINO UNIDO	264	253	381	115	1013
MAURITANIA	284	279	293	67	923
RUMANIA	279	258	230	57	824
SUECIA	172	202	228	86	688
SENEGAL	172	196	188	40	596
FILIPINAS	144	179	186	32	541
FRANCIA	149	127	186	77	539
INDIA	204	186	162	59	611
NORUEGA	109	81	155	58	403
FINLANDIA	101	126	143	70	440
PORTUGAL	97	88	130	38	353
GUINEA ECUATORIAL	67	94	129	34	324
SAHARA OCCIDENTAL	73	116	124	26	339
PAISES BAJOS	68	79	120	34	301
POLONIA	102	103	118	24	347
BRASIL	98	105	105	36	344
NIGERIA	99	111	91	29	330
COREA DEL SUR	57	63	67	18	205
BELGICA	41	42	63	14	160
PAKISTAN	46	67	58	19	190
RUSIA, FEDER. DE	48	45	48	10	151
SUIZA	36	26	47	18	127
DINAMARCA	26	24	45	23	118
AFGANISTAN	32	36	32	11	111
ARGELIA	39	34	28	8	109
ESTADOS UNIDOS	36	23	28	14	101
BULGARIA	32	25	27	8	92
REPUBLICA CHECA	14	24	26	8	72
OTROS PAÍSES	5065	4526	4918	1209	15718
Total de pacientes	198117	197554	205600	47470	648741

**1. Tipo de proveedor de servicios sanitarios:**

- Consulta Médica General
- Clínica
- Hospital
- Otros : \_\_\_\_\_

**2. Número aproximado total de trabajadores**

- <20
- 20-50
- 50-100
- >100

**3. Proporción de tipos de pacientes atendidos**

- Principalmente pacientes españoles y algunos residentes y turistas extranjeros
- Residentes extranjeros, turistas y pacientes españoles por igual
- Principalmente residentes y turistas extranjeros y algunos pacientes españoles
- Solamente residentes y turistas extranjeros

**4. ¿Qué idiomas son los más hablados por los pacientes?**

Marque con un círculo sobre una escala del 1 al 5

- |            |           |             |                 |               |             |               |           |
|------------|-----------|-------------|-----------------|---------------|-------------|---------------|-----------|
|            |           | - 5 todos - | - 4 bastantes - | - 3 algunos - | - 2 pocos - | - 1 nadie -   |           |
| ■ Inglés   | 5 4 3 2 1 | ■ Noruego   | 5 4 3 2 1       | ■ Italiano    | 5 4 3 2 1   | ■ Otro: _____ | 5 4 3 2 1 |
| ■ Alemán   | 5 4 3 2 1 | ■ Sueco     | 5 4 3 2 1       | ■ Árabe       | 5 4 3 2 1   | ■ Otro: _____ | 5 4 3 2 1 |
| ■ Francés  | 5 4 3 2 1 | ■ Danés     | 5 4 3 2 1       | ■ Polaco      | 5 4 3 2 1   |               |           |
| ■ Holandés | 5 4 3 2 1 | ■ Finés     | 5 4 3 2 1       | ■ Ruso        | 5 4 3 2 1   |               |           |

**5. ¿Cómo acceden los pacientes a los servicios?**

- Pago directo
- Tarjeta sanitaria de la Seguridad Social
- Seguro privado
- Todos los tipos

**6. ¿Por qué no cuenta con un servicio de traducción oral?**

- No es necesario. En la mayoría de los casos (Seleccione una de las siguientes opciones):
  - el personal sanitario y los pacientes se comunican en una segunda lengua que comparten (inglés por ejemplo)
  - el personal sanitario y los pacientes hablan la misma lengua
  - los pacientes que no hablan español suelen venir acompañados de alguien que le traduzca (conocido, turoperador)
- Contamos con ayuda de forma ocasional (Seleccione una de las siguientes opciones):
  - traductores
  - personal
  - otros
- Otros (detallar): \_\_\_\_\_

**7. ¿Cree que ser atendido en un idioma que se comprende (muy) bien es importante para un correcto diagnóstico y tratamiento?**

- Sí, es imprescindible
- Sí, puede ser de gran ayuda
- Sí, aunque existen otras prioridades
- No sabe, no contesta

**8. ¿Cree que los acompañantes del paciente (conocido o familiar) pueden realizar la tarea del traductor?**

- Sí, si tienen un buen conocimiento de ambos idiomas
- No, porque no son especialistas del lenguaje y la comunicación y podrían omitir información y decir o comprender algo distinto de lo deseado
- No, porque su presencia podría modificar la actitud del paciente (temas comprometidos privados)
- No estoy seguro

**9. ¿Cree que sería beneficioso contar con un servicio fijo de traducción oral?**

- Sí, podría mejorar la atención al paciente
- Sí, podría agilizar los trámites y tiempos de espera
- Sí, todas las anteriores
- No estoy seguro, creo que podría hacerlo todo más lento y aumentar los costes

**10. ¿Cree que sería muy costoso mantener un servicio fijo de traducción oral?**

- Sí
- Es posible
- No lo sé
- No especialmente

¿Por qué?: \_\_\_\_\_

**11. ¿Conoce la traducción oral a distancia, por teléfono o videoconferencia?**

- Sí, conozco su existencia pero nunca hemos utilizado estos métodos
- Sí, hemos utilizado los siguientes métodos (seleccione cuáles):  por teléfono  por videoconferencia
- Sí, pero sólo los hemos utilizado en casos de emergencia (seleccione cuáles):  por teléfono  por videoconferencia
- No, no conocía estos medios

**1. Tipo de proveedor de servicios sanitarios:**

- Consulta Médica General
- Clínica
- Hospital
- Otros : \_\_\_\_\_

**2. Número aproximado total de trabajadores**

- <20
- 20-50
- 50-100
- >100

**3. Proporción de tipos de pacientes atendidos**

- Principalmente pacientes españoles y algunos residentes y turistas extranjeros
- Residentes extranjeros, turistas y pacientes españoles por igual
- Principalmente residentes y turistas extranjeros y algunos pacientes españoles
- Solamente residentes y turistas extranjeros

**4. ¿Qué idiomas son los más hablados por los pacientes?**

Marque con un círculo sobre una escala del 1 al 5

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inglés 5 4 3 2 1</li> <li>■ Alemán 5 4 3 2 1</li> <li>■ Francés 5 4 3 2 1</li> <li>■ Holandés 5 4 3 2 1</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Noruego 5 4 3 2 1</li> <li>■ Sueco 5 4 3 2 1</li> <li>■ Danés 5 4 3 2 1</li> <li>■ Finés 5 4 3 2 1</li> </ul> | <p style="text-align: center;">- 5 todos - 4 bastantes - 3 algunos - 2 pocos - 1 nadie -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Italiano 5 4 3 2 1</li> <li>■ Árabe 5 4 3 2 1</li> <li>■ Polaco 5 4 3 2 1</li> <li>■ Ruso 5 4 3 2 1</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Otro: _____ 5 4 3 2 1</li> <li>■ Otro: _____ 5 4 3 2 1</li> </ul> |
|---|--|--|--|

**5. ¿Cómo acceden los pacientes a los servicios?**

- Pago directo
- Tarjeta sanitaria de la Seguridad Social
- Seguro privado
- Todos los tipos

**6. ¿Cree que ser atendido en un idioma que se comprende (muy) bien es importante para un correcto diagnóstico y tratamiento?**

- Sí, es imprescindible
- Sí, puede ser de gran ayuda
- Sí, aunque existen otras prioridades
- No sabe, no contesta

**7. ¿Cree que los acompañantes del paciente (conocido o familiar) pueden realizar la tarea del traductor?**

- Sí, si tienen un buen conocimiento de ambos idiomas
- No, porque no son especialistas del lenguaje y la comunicación y podrían omitir información y decir o comprender algo distinto de lo deseado
- No, porque su presencia podría modificar la actitud del paciente (temas comprometidos privados)
- No estoy seguro

**8. Funcionamiento del servicio de traducción oral**

- Todo el año
- En temporada turística
- Según demanda

**9. Número de traductores del servicio (aprox.)**

- 1-3
- 4-6
- 7-9
- 10 o más

**10. Número total de traductores de cada idioma**

- |                  |                 |                  |               |
|------------------|-----------------|------------------|---------------|
| ■ Inglés _____   | ■ Noruego _____ | ■ Italiano _____ | ■ Otro: _____ |
| ■ Alemán _____   | ■ Sueco _____   | ■ Árabe _____    | ■ Otro: _____ |
| ■ Francés _____  | ■ Danés _____   | ■ Polaco _____   |               |
| ■ Holandés _____ | ■ finés _____   | ■ Ruso _____     |               |

**11. ¿Cuánto hace que funciona este servicio?**

- Menos de un año
- Entre 1 y 4 años
- Más de 4 años
- No lo sé

**12. ¿Cree que es beneficioso contar con un servicio fijo de traducción oral?**

- Sí, creo que mejora la atención al paciente
- Sí, creo que agiliza los trámites y tiempos de espera
- Sí, todas las anteriores
- No estoy seguro, creo que puede ralentizar el servicio y aumentar los costes

**13. ¿Cree que resulta muy costoso mantener un servicio fijo de traducción oral?**

- Sí, debería ser un servicio opcional
- No especialmente
- No, ya que contribuye al buen funcionamiento de otros servicios
- No lo sé

¿Por qué?: \_\_\_\_\_

**14. ¿Conoce la traducción oral a distancia (por teléfono o videoconferencia) o se ha utilizado este medio para la comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero?**

- Sí, conozco su existencia pero nunca hemos utilizado estos métodos
- Sí, hemos utilizado los siguientes métodos (seleccione cuáles):  por teléfono  por videoconferencia
- Sí, pero sólo los hemos utilizado en casos de emergencia (seleccione cuáles):  por teléfono  por videoconferencia
- No, no conocía estos medios

\*\*\*\*\*

A continuación le pedimos que **detalle** un poco el perfil del servicio de traducción oral con una serie de datos que debe rellenar en la tabla inferior. En el apartado *Combinación Lingüística*, **subraye** las lenguas de trabajo de cada traductor.

						n° de horas/semana	Combinación lingüística
Nº de traductores	Sexo (H/M)	Todo el año	Sólo en temporada de invierno	Sólo en temporada de verano	Sólo bajo demanda		
Ejemplo	M		<b>X</b>			<b>12</b>	<u>español inglés alemán</u> francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso <u>otro (1):chino</u> otro (2): _____
Traductor 1							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 2							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 3							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 4							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 5							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 6							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 7							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 8							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 9							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 10							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 11							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____
Traductor 12							español inglés alemán francés holandés noruego sueco danés finés italiano árabe polaco ruso otro (1):_____ otro (2): _____