

MÁSTER UNIVERSITARIO EN TRADUCCIÓN MÉDICO-SANITARIA



LAS EXPERIENCIAS ACTUALES DE LOS  
PACIENTES NO ANGLOPARLANTES Y LOS  
SANITARIOS EN EL PROCESO  
COMUNICATIVO EN LA ATENCIÓN  
PRIMARIA EN LA ZONA DE  
CHESTERFIELD, REINO UNIDO

AUTOR: CHRISTOPHER DAVID GOULD

TUTOR: PROFESOR FRANCISO RAGA GIMENO

CURSO: 2018-19

**CHESTERFIELD, REINO UNIDO, 2019**

## **RESUMEN**

Todo paciente tiene derecho a recibir una atención médica de excelente calidad y para ello el servicio nacional de salud de Reino Unido (*NHS*) está obligado a asegurar que todos sus servicios de salud son inclusivos, accesibles y apropiados para todos los usuarios, sobre todo los pacientes con pocos conocimientos de inglés que no pueden expresar sus problemas de salud de una forma correcta. Estudios anteriores han indicado que el servicio de interpretación ofrecido por el *NHS* está infrutilizado y carece de controles de calidad. Muchos pacientes han declarado que han contado con la ayuda de un familiar o amigo como intérprete no cualificado. También se ha descrito el uso de servicios de traducción automática como *Google Translate*. Debido a la organización compleja del *NHS* y la gestión privada de cada centro de salud en Reino Unido, este trabajo fin de máster se enfoca en el proceso comunicativo médico-paciente en atención primaria en Chesterfield, un pueblo del norte de Inglaterra. Se entrevistó a profesionales sanitarios de un centro de salud sobre sus experiencias con pacientes no anglófonos y el uso de intérpretes, *Google Translate* e información escrita. Se realizó un cuestionario a estudiantes de inglés como segundo u otro idioma del colegio de formación profesional de Chesterfield sobre sus experiencias comunicativas con profesionales sanitarios de atención primaria en Chesterfield. Los resultados indican que el servicio de interpretación no es anunciado por los centros de salud y, por tanto, los pacientes dependen de los familiares para comunicarse, que los profesionales sanitarios no suelen dar información escrita a los pacientes con pocos conocimientos de inglés y los pacientes suelen usar *Google Translate* para traducir palabras o frases pequeñas y no como un sustituto de un intérprete.

### ***PALABRAS CLAVE:***

Salud; Interpretación; Google Translate; Atención primaria; Reino Unido

## **ABSTRACT**

The right for a patient to express their problems to their medical professionals and be understood is fundamental, and thus the National Health Service in the UK has a duty to ensure that all health services are inclusive, accessible and appropriate for all users, especially those with limited English skills. Previous studies have indicated that the interpretation service offered by the National Health Service is underutilised and is not quality assured. Many patients have reported using a family member or friend as an unqualified interpreter and the use of automatic translation services, such as Google Translate, has also been described in the literature. Due to the complex organisation of the National Health Service, and the independent nature of primary care in the UK, this study focusses on the patient-doctor communication process within primary care in Chesterfield, a mid-sized town in the north of England. Medical professionals from a surgery in Chesterfield were interviewed about their communication experiences with non-native speakers of English regarding the use of interpreters, Google Translate and printed information. English as a Second or Other Language students from the local further education college completed questionnaires about their communication experiences with medical professionals in primary care in Chesterfield. The results indicate that the interpretation service is not widely advertised by surgeries and therefore patients rely on family members to interpret, medical professionals rarely give printed information to patients with limited English and Google Translate tends to be used by patients to translate words or short phrases, rather than as a substitute for an interpreter.

## ***KEYWORDS:***

Health; Interpretation; Google Translate; Primary Care; UK

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	9
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO .....	9
1.2. PREGUNTA DEL ESTUDIO .....	9
1.3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA .....	13
1.4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO .....	13
2. SITUACIÓN ACTUAL.....	14
2.1. CONTEXTO GENERAL .....	14
2.2. EL SISTEMA BRITÁNICO DE SALUD, <i>NHS</i> .....	15
2.2.1. ORGANIZACIÓN DEL <i>NHS ENGLAND</i> .....	16
2.2.2. USO DEL <i>NHS</i> POR LOS NO RESIDENTES EN REINO UNIDO .....	21
2.3. POBLACIÓN NO ANGLOPARLANTE DE INGLATERRA Y GALES .....	23
2.4. LUGAR DEL ESTUDIO: CHESTERFIELD.....	25
2.5. ESTUDIOS PREVIOS SOBRE DE LA INTERPRETACIÓN EN EL <i>NHS</i> .....	27
3. METODOLOGÍA EMPLEADA EN EL PRESENTE ESTUDIO .....	32
3.1. GRUPO DE DISCUSIÓN .....	32
3.2. CUESTIONARIO.....	33
3.3. MÉTODOS DE ANÁLISIS .....	36
3.4. EVALUACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA .....	37
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	39
4.1. RESULTADOS DEL GRUPO DE DISCUSIÓN .....	39
4.1.1. EXPERIENCIAS CON PACIENTES QUE NO HABLAN INGLÉS O TIENEN CONOCIMIENTOS LIMITADOS DEL IDIOMA .....	39
4.1.2. EXPERIENCIAS CON LOS SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN .....	40
4.1.3. USO DE GOOGLE TRANSLATE .....	41
4.1.4. EL USO DE FOLLETOS INFORMATIVOS O INFORMACIÓN ESCRITA PARA LOS PACIENTES.....	41
4.1.5. LA VIABILIDAD DE TENER DOCUMENTACIÓN TRADUCIDA.....	42
4.2. CUESTIONARIO.....	43
4.2.1. EL CONTEXTO LINGÜÍSTICO DE LOS ENCUESTADOS.....	43
4.2.2. RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS .....	47

5. CONCLUSIONES .....	57
6. LIMITACIONES DEL TRABAJO.....	59
7. POSIBLES INVESTIGACIONES FUTURAS .....	61
8. BIBLIOGRAFÍA .....	62
ANEXO: CUESTIONARIO PARA LOS ESTUDIANTES .....	70

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CCG	Clinical Commissioning Group (Grupo de Comisión Clínica)
EEE	Espacio Económico Europeo
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESOL	English as a Second or Other Language (Inglés como segundo u otro idioma)
FINER	Feasibility, Interesting, Novel, Ethical, Relevant (Viabilidad, interesante, novedoso, ético, relevante)
FIV	Fecundación in vitro
MCER	Marco Común Europeo de Referencia para las lenguas
NHS	National Health Service (Servicio nacional de salud)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Instituto nacional para la excelencia en salud y seguridad social)
ONS	Office for National Statistics (Oficina nacional de estadística)
PIB	Producto Interior Bruto
PICO	Population, Intervention, Comparison/Control group, Outcome of interest (población, intervención, grupo de comparación/control, objetivo o resultado de interés)
RQF	Regulated Qualifications Framework (Marco de títulos regulados)
UE	Unión europea

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estructura de *NHS England*

16

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios FINER	9
Tabla 2: Criterios FINER aplicados al estudio de este trabajo	10
Tabla 3: Criterios PICO	11
Tabla 4: Criterios PICO aplicados al estudio de este trabajo	11
Tabla 5: Comparación de las políticas de FIV en dos <i>CCG</i> y <i>NICE</i>	18
Tabla 6: Los niveles de salud en Chesterfield en comparación con los niveles de salud en Inglaterra y Gales	25
Tabla 7: Domino de inglés en Chesterfield	26
Tabla 8: Ejemplos de frases y sus traducciones. Elaboración propia a partir de Patil y Davies (2014: 3)	29
Tabla 9: Comparación entre los niveles <i>RQF</i> , los niveles <i>ESOL</i> y los niveles <i>MCER</i>	43
Tabla 10: Número de encuestados según el nivel de conocimiento de inglés	43
Tabla 11: Resumen de los grupos de análisis	46



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Años de residencia en Reino Unido en comparación con el nivel de inglés de los encuestados.	44
Gráfico 2: Uso de intérprete según los conocimientos de inglés del encuestado	47
Gráfico 3: Uso de intérprete según los años de residencia en Reino Unido del encuestado	48
Gráfico 4: Razones elegidas por los encuestados que no han usado un intérprete	49
Gráfico 5: Uso de servicios de traducción según los conocimientos de inglés	50
Gráfico 6: Uso de servicios de traducción según los años de residencia en Reino Unido	51
Gráfico 7: Entrega de información impresa por el médico de familia según los conocimientos de inglés	52
Gráfico 8: Entrega de Información impresa por el médico de familia según los años de residencia	53
Gráfico 9: Satisfacción con los servicios lingüísticos según los conocimientos de inglés	54

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

Este trabajo nace de las experiencias personales del autor como un paciente extranjero en un centro de salud en España, en una época en la que el autor tenía pocos conocimientos del español. En ninguna de las ocasiones en la que tuvo que consultar con un profesional sanitario en atención primaria se le ofreció un intérprete y el autor desconocía que tenía la oportunidad de pedir un intérprete ya que este servicio no estaba siendo anunciado en el centro de salud. Ningún profesional sanitario recurrió a utilizar otros métodos de comunicación como los servicios de traducción automática y, por tanto, se realizaron las consultas en español, aunque el paciente (el autor del trabajo) carecía de un buen nivel de español para poder mantener una conversación apropiada.

Estas experiencias han inspirado al autor a explorar de manera más profunda el acceso a los servicios de atención primaria en pacientes extranjeros. Debido a que el autor se encuentra en este momento viviendo en Reino Unido, se propuso investigar sobre las experiencias de los usuarios no anglófonos de atención primaria en el sistema británico de salud, el *National Health Service* conocido como *NHS* por sus siglas en inglés. Se analizarán las experiencias de los pacientes no anglófonos durante una cita con el médico de familia u otros profesionales sanitarios que trabajan en atención primaria, y a su vez qué recursos existen para facilitar la comunicación médico-paciente y cómo se emplean. Como se explicará a continuación, es necesario acotar el campo de estudio debido a la complejidad del *NHS*, por lo cual en este trabajo se estudiarán las experiencias ya mencionadas en un pueblo de la zona norte de Inglaterra, llamado Chesterfield.

### **1.2. PREGUNTA DEL ESTUDIO**

Para conseguir datos relevantes es necesario establecer una buena pregunta de investigación. Una pregunta válida de investigación pretende evaluar las intervenciones posibles y tiene que ser muy específica y precisa para guiar el estudio para que merezca la pena investigarla. En este trabajo se han adaptados dos modelos que se asocian con el diseño de una pregunta de investigación para los ensayos clínicos para formar la pregunta de investigación.

Hulley y otros (2007: 13) han recomendado el uso de los criterios FINER a la hora de desarrollar una buena pregunta de investigación. Los criterios FINER destacan los

propósitos importantes que pueden aumentar la posibilidad de producir un proyecto de investigación exitoso. Para ello es necesario indicar la población de interés, ser un tema de interés tanto para la comunidad investigadora como para el público general y tener relevancia en su campo de investigación con el fin de extender los conocimientos actuales sobre el tema. En la tabla siguiente se recogen los criterios FINER con preguntas a considerar relacionadas con el tema de este trabajo.

<b>F</b>	Feasibility (Viabilidad)	¿Existen recursos suficientes en cuanto a la cantidad de pacientes, médico etc. para poder recoger datos? ¿Es la investigación razonable?
<b>I</b>	Interesting (Interesante)	¿Los resultados de la investigación tienen interés científico y para el público general?
<b>N</b>	Novel (Novedoso)	¿Los resultados confirman o no la información encontrada en la revisión bibliográfica? ¿La investigación extiende los conocimientos actuales acerca del tema?
<b>E</b>	Ethical (Ético)	¿La investigación se realizará de forma ética?
<b>R</b>	Relevant (Relevante)	¿Los resultados de la investigación son relevantes para la comunidad investigativa? ¿Los resultados pueden mejorar las políticas sanitarias empleadas en la atención primaria?

Tabla 1: Criterios FINER (elaboración propia a partir de Hulley y otros, 2007: 13)

En este trabajo los criterios FINER serán los siguientes.

<b>F</b>	Existe una población no angloparlante en Chesterfield para poder investigar sobre sus experiencias en la consulta médica.
<b>I</b>	Reino Unido es un país multicultural y los resultados de la investigación pueden mejorar las experiencias de los pacientes no angloparlantes en la consulta médica.
<b>N</b>	Existen algunos estudios previos detallados anteriormente sobre el tema, por tanto será posible comparar los resultados de este estudio con los resultados mencionados en la revisión bibliográfica.
<b>E</b>	Este estudio se hará de forma ética. Se explicarán las razones por las cuales se realiza el estudio y los posibles participantes tendrán la oportunidad de optar por participar o no en cualquier momento.
<b>R</b>	Los resultados pueden mejorar las experiencias de los pacientes no angloparlantes con los profesionales sanitarios mediante un cambio de práctica o normas.

Tabla 2: Criterios FINER aplicados al estudio de este trabajo

Mientras que los criterios FINER indican los aspectos importantes de la pregunta de investigación de forma general, para poder formar la pregunta específica de investigación se pueden emplear los criterios PICO (Sackett y otros, 2000: 22). Los criterios PICO ayudan a generar una pregunta de investigación mediante la organización de un marco de estudio que ayuda a definir los criterios de inclusión y exclusión de sujetos en la investigación. Cuanto más definida sea la población de interés, y por tanto cuanto más estrictos son los criterios de inclusión y exclusión, se aumenta la precisión en la interpretación en los datos además de la posibilidad de aplicar los resultados de este estudio a otros futuros estudios (Farrugia y otros, 2010: 279). La tabla siguiente recoge los criterios PICO que a continuación se aplican a este trabajo.

<b>P</b>	Population (Población)	¿Cuál es la población específica que es de mayor interés para el estudio?
<b>I</b>	Intervention (Intervención)	¿Cuál es la intervención que se investiga?
<b>C</b>	Comparison/Control Group (Grupo de comparación/control)	¿Cuál es el grupo de comparación o de control?
<b>O</b>	Outcome of interest (objetivo o resultado de interés)	¿Cuál es el objetivo o resultado de interés?

Tabla 3: Criterios PICO (elaboración propia a partir de Farrugia y otros (2010: 279))

Para este trabajo los criterios PICO son los siguientes:

<b>Población:</b>	Pacientes de la atención primaria cuyo idioma principal no es inglés en la zona de Chesterfield en Reino Unido.
<b>Intervención:</b>	Las experiencias de la comunicación paciente-sanitario según los pacientes cuyo idioma principal no es inglés.
<b>Grupo de Comparación:</b>	Las experiencias de la comunicación paciente-sanitario según los sanitarios cuando comunican con pacientes cuyo idioma principal no es inglés.
<b>Objetivo de interés:</b>	La situación actual en el proceso comunicativo descrito en la intervención y en el grupo de comparación.

Tabla 4: Criterios PICO aplicados al estudio de este trabajo

Por tanto, el estudio se enfocará en la siguiente pregunta:

- ¿Cuáles son las experiencias actuales de los pacientes no angloparlantes y los sanitarios en el proceso comunicativo en la atención primaria en la zona de Chesterfield, Reino Unido?

Después de haber elegido la pregunta de investigación es necesario definir los objetivos y las hipótesis pertinentes al trabajo.

### **1.3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA**

El objetivo principal de este trabajo fin de máster es investigar las experiencias de los pacientes no angloparlantes y los sanitarios en el proceso comunicativo en la atención primaria en la zona de Chesterfield, Reino Unido.

En cuanto al proceso comunicativo, se refiere tanto a la comunicación oral como a la escrita, por lo cual se investigarán el uso de los intérpretes, el uso de servicios de traducción como *Google Translate* y el uso de la información impresa (como los folletos). Por lo cual, se formularán tres hipótesis para poder estudiar estos tres procesos comunicativos basado en la revisión bibliográfica realizada.

#### ***Hipótesis 1 – Uso del intérprete***

La mayoría de los pacientes necesitan a un familiar que actúe como intérprete debido a que no han tenido acceso a los servicios de interpretación profesional en las consultas con el médico de familia.

#### ***Hipótesis 2 – Uso de servicios como Google Translate***

Cuanto más domina el paciente el inglés, menos se emplean estos tipos de servicios como medio de interpretación durante la consulta con el médico de familia

#### ***Hipótesis 3 – Uso de información impresa***

Los médicos solo dan información impresa en inglés a los pacientes que presentan mayores conocimientos del idioma.

Para poder recoger los datos adecuados sobre el proceso comunicativo médico-paciente, se realizará un grupo de discusión formado por sanitarios de atención primaria. Además, se recogerán las experiencias de los pacientes no anglófonos mediante la realización de un cuestionario, lo que se detallará más adelante en el apartado 3.

### **1.4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO**

Este trabajo fin de máster está formado por 6 secciones: una introducción sobre la situación actual, donde se explicará la estructura del sistema británico de salud y la población no anglófona en Reino Unido, la metodología del estudio, los resultados, las conclusiones, las limitaciones del estudio y las posibles investigaciones futuras.

## 2. SITUACIÓN ACTUAL

### 2.1. CONTEXTO GENERAL

El Reino Unido tiene unas características demográficas muy variadas en cuanto a la diversidad cultural, religiosa, étnica y lingüística (El Ansari y otros, 2009: 636, 644). Por ejemplo, se estima que se hablan más de 300 idiomas en Londres cada día, y aproximadamente hay 300.000 personas que viven en Reino Unido sin conocimientos básicos de inglés (Gill y otros, 2009: 12). La información sobre la migración de las distintas poblaciones dentro del Reino Unido es escasa y rara vez está actualizada para poder informarnos sobre el país de origen de los habitantes de una región (Phillimore, 2015: 570). Tampoco existía información precisa sobre la etnicidad o la lengua materna de las personas residentes en Reino Unido (APHO, 2005: 12), hasta que se realizó el censo nacional de 2011 (ONS 2013, ONS 2015).

La guía de buena práctica del *General Medical Council* de Reino Unido (equivalente del Colegio Oficial de Médicos de España) expone que los médicos deben escuchar a sus pacientes, tener en cuenta los diferentes puntos de vista de los pacientes, y responder a sus preguntas con sinceridad (GMC, 2013). También existen varias leyes que abogan por el acceso igualitario a los servicios sanitarios como el *Race Relations Act* de 1976 (la ley sobre las relaciones entre las razas) y la versión modificada de 2000 (Home Office, 2000), además del *Human Rights Act* (1998) (la ley sobre los derechos humanos) (Gov.uk, 1998) y el *Macpherson Report* (Macpherson, 1999).

Varios investigadores (Fiscella y otros 2000; Feder y otros 2002: 515; Smedley y otros 2003: 35) encontraron que las comunidades formadas por las minorías étnicas no suelen ser desfavorecidas en cuanto al acceso a los servicios de salud, pero existen varias desigualdades. Por ejemplo, en el Reino Unido la tasa de hipertensión en adultos fue más alta entre la población de raza negra tras el control de las variables como la edad, el índice de masa corporal, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la clase social (Primatesta y otros, 2000: 143). Tampoco las mejorías en la tasa de control de la diabetes son iguales ni en todos los grupos socioeconómicos ni en todas las etnias, y los grupos negros demostraron menos control de la presión arterial en comparación con el grupo de blancos británicos (Millett y otros, 2007: 416).

Estas desigualdades se relacionan con varios factores, como la situación socioeconómica, la integración social, las diferencias culturales, el idioma y la predisposición genética. Estos factores presentan varias dificultades tanto para el sistema británico de salud como para los usuarios de estos servicios que no hablan inglés.

Para poder comprender el contexto en el que se desarrolla este trabajo, en primer lugar, es importante conocer y entender el sistema británico de salud antes de poder proseguir con un análisis más profundo del tema.

## **2.2. EL SISTEMA BRITÁNICO DE SALUD, *NHS***

El *NHS* es el nombre utilizado para los servicios públicos de salud en cada país constituyente del Reino Unido, además de ser el nombre empleado para hablar de los cuatro servicios conjuntamente (Chang y otros, 2011: 3-11). En cada país reciben un nombre distinto, siendo *NHS England* (Servicio Nacional de Salud de Inglaterra), *NHS Scotland* (Servicio Nacional de Salud de Escocia), *NHS Wales* (Servicio Nacional de Salud de Gales) y *Health and Social Care in Northern Ireland* (Salud y Seguridad Social en Irlanda de Norte). Se fundaron como un único servicio en el año 1948, como parte de las importantes reformas sociales después de la Segunda Guerra Mundial con las premisas iniciales de que los servicios debían abarcar las necesidades sanitarias del pueblo, dar un servicio equitativo e igualitario además de ser gratuitos para los usuarios (NHS, 2018).

Cada servicio se gestiona de forma independiente y es responsable ante el correspondiente gobierno, es decir, el Gobierno de Escocia, el Gobierno de Gales y el Ejecutivo de Irlanda de Norte, mientras que el *NHS England* rinde cuentas al Gobierno del Reino Unido. Los servicios proporcionan una gama amplia de servicios de salud para los residentes habituales del Reino Unido de forma gratuita, salvo las atenciones odontológicas y ópticas que solo son parcialmente subvencionadas por el Estado. Dado que cada servicio está supeditado a un gobierno distinto, existen variaciones importantes en la organización de cada servicio y en los servicios ofrecidos (Chang y otros., 2011: 3-11). Por ejemplo, a diferencia de los otros tres servicios de salud en Reino Unido, la mayoría de los pacientes en Inglaterra tiene que pagar un importe fijo por cada medicamento recetado independientemente del coste de este, aunque si el paciente cumple ciertos criterios, como encontrarse desempleado o tener ciertas enfermedades crónicas como diabetes, este está exento de pagar importe alguno en todos los medicamentos (NHS, 2016a). Debido a que



el presente trabajo se basa en Inglaterra, se considerará la organización del *NHS England* más adelante.

En su conjunto, en 2015-16 los cuatro servicios contaban con alrededor de 1,6 millones de empleados, con un presupuesto conjunto de 136,7 mil millones de libras esterlinas (aproximadamente 153 mil millones de euros), lo que equivale a aproximadamente al 10 % del producto interior bruto (PIB) del Reino Unido (Cowper, 2016). El 98,8 % del sistema se financia por los impuestos y las contribuciones de la Seguridad Social, además de las tasas pagadas por los pacientes por algunos servicios (The King's Fund, 2017a). Esto hace que el *NHS* sea la quinta empresa pública más grande del mundo (Nuffield Trust, 2018).

De este presupuesto se estima que el 60 % se destina a los salarios de los empleados, el 20% se emplea para comprar medicamentos y el resto se divide entre el mantenimiento de edificios, equipamiento, gastos de formación y otros servicios como el servicio de comida o el servicio de limpieza (Cowper, 2016).

### **2.2.1. ORGANIZACIÓN DEL *NHS ENGLAND***

Debido a los diversos cambios políticos que ha sufrido durante sus 70 años de funcionamiento, la estructura del *NHS England* es bastante compleja. La figura 1 elaborada por *The King's Fund* (2017b), una organización sin ánimo de lucro que trabaja en el campo de la salud en Inglaterra, explica el modelo de financiación de *NHS England*.

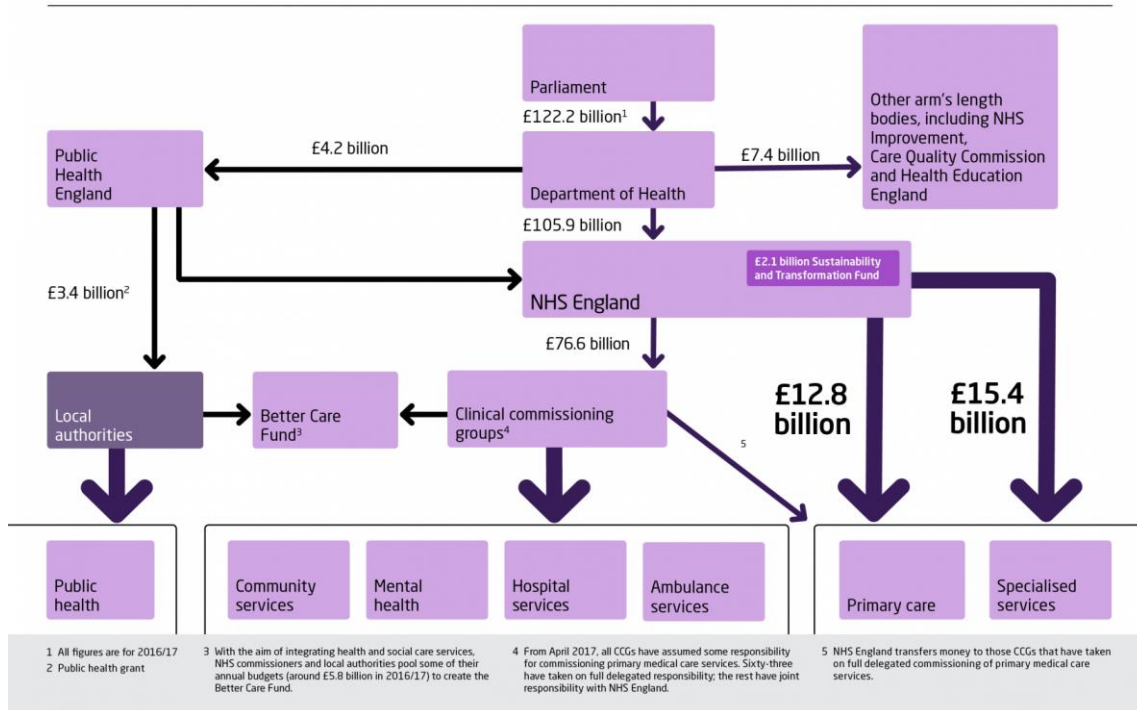


Figura 1: Estructura de *NHS England*. (The King’s Fund, 2017b)

Para este trabajo es importante definir la atención primaria y especializada, además de entender el papel del *Clinical Commissioning Group* (Grupo de Comisión Clínica, conocido como CCG por sus siglas en inglés).

Los servicios del *NHS* se pueden dividir en dos campos distintos: atención primaria y atención especializada.

- La atención primaria (*Primary Care* en la figura 1) consiste en los servicios del médico de familia, las farmacias, las enfermeras comunitarias, las matronas comunitarias, la planificación familiar, las clínicas de salud sexual, los servicios de médico de guardia, los dentistas y los ópticos. Muchos de estos servicios se encuentran en un mismo centro de salud (Health Talk, 2019a).
- La atención especializada (*Secondary Care* en la figura 1) es donde acude el paciente cuando el cuidado necesario es más especializado que el que puede ofrecer el médico de familia, y normalmente este tiene lugar en un servicio especializado de un hospital. Para asegurar que el paciente accede al servicio especializado adecuado a sus necesidades, es necesario que el médico de familia realice una derivación a un servicio específico (Health Talk, 2019b).

Los *CCG* son los responsables de organizar y contratar a los servicios hospitalarios además de algunos de los servicios comunitarios en su área local. El país se divide en 195 *CCG* y cada *CCG* es responsable de una media de 226.000 pacientes. Cada *CCG* decide qué servicios son necesarios para la población local y es responsable de organizar y operar estos servicios (NHS Clinical Commissioners, 2018). El hecho de que cada *CCG* pueda elegir los servicios que ofrece, resulta en lo que se conoce como *Postcode Lottery* (La lotería del código postal) (Nuffield Trust, 2015). Un ejemplo de dicho fenómeno es el acceso a las técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro (FIV). El *National Institute for Health and Care Excellence* (Instituto nacional para la excelencia en salud y seguridad social, *NICE* por sus siglas en inglés) recomienda que el *NHS* ofrezca a las mujeres menores de 40 años 3 ciclos de FIV de forma gratuita si no se quedan embarazadas después de dos años (NICE, 2017). Sin embargo, la provisión de FIV depende de la política de cada *CCG* y oscila entre no ofrecer el tratamiento hasta seguir las recomendaciones de *NICE*. En la tabla 5, tomamos como ejemplo las diferencias en la política para las mujeres menores de 40 años que viven en Chesterfield, un pueblo de aproximadamente 100.000 habitantes que se encuentra en el *CCG* de North Derbyshire (North Derbyshire CCG, 2014), y la de Sheffield, una ciudad de aproximadamente 520.000 habitantes que se encuentra en el *CCG* de Sheffield (NHS Sheffield CCG, 2017). Hay que resaltar que solo existe una diferencia de 20 km entre Chesterfield y Sheffield.

Como se puede observar en la tabla 5, las políticas de *CCG North Derbyshire* y *CCG Sheffield* son más limitantes que la política de *NICE*, y se puede observar la diferencia respecto a cómo es posible conseguir la FIV en Sheffield siendo fumador, mientras que en Chesterfield, que solo está a 20 kilómetros, los fumadores no pueden acceder a este servicio.

<b>Criterios</b>	<b>Política de NICE</b>	<b>de Política de CCG North Derbyshire</b>	<b>Política de CCG Sheffield</b>
<b>Años intentando quedarse embarazada sin éxito</b>	2	2	2
<b>Ciclos de FIV financiados por el NHS</b>	3	1	1
<b>Sexualidad de la pareja</b>	No procede	La pareja tiene que ser heterosexual	La pareja tiene que ser heterosexual
<b>Hijos anteriores</b>	No procede	La pareja no puede tener hijos juntos o de una relación previa por ambos partes. Esto también incluye a los hijos adoptados.	La pareja no puede tener hijos juntos o de una relación previa por ambos partes. Esto también incluye a los hijos adoptados.
<b>Estado de salud – peso</b>	No procede	El índice de masa corporal de la mujer tiene que estar entre 19 y 30.	El índice de masa corporal de la mujer tiene que estar entre 19 y 30.
<b>Consumo de tabaco</b>	No procede	La pareja tiene que dejar de fumar al menos 28 días antes de empezar el tratamiento	No procede
<b>Años de cohabitación</b>	No procede	No procede	La pareja tiene que vivir juntos por lo menos desde hace 2 años

Tabla 5: Comparación de las políticas de FIV en dos CCG y NICE (elaboración propia)

Aunque los *CCG* son mayormente responsables de la atención especializada, también toman importantes decisiones que afectan a la atención primaria, como por ejemplo el cuidado de un paciente con diabetes. Todos los centros de salud pertenecen a un *CCG*, como se puede ver en la figura 1. Por razones históricas, que se explicarán a continuación, la atención primaria y la atención especializada han sido organizaciones que han permanecido separadas y, por tanto, *NHS England* es responsable de financiar los centros de salud. Sin embargo, existen cada vez más centros de salud donde la responsabilidad financiera se divide entre *NHS England* y el *CCG* local (The King's Fund, 2017b).

Las características principales de la atención primaria en Reino Unido han sido constantes desde la creación del *NHS* en 1948. Cada centro de salud presta sus servicios a una zona concreta, que, por lo general, puede cubrir desde algunos barrios de una ciudad hasta varios pueblos, llamada la *catchment area* (zona geográfica de actividad). Las *catchment areas* de los centros de salud se pueden solapar, por tanto, cada paciente puede inscribirse en un único centro de salud de su elección basado en las *catchment areas* en las que se encuentre su domicilio habitual. La atención primaria se proporciona principalmente a través de consultas cara a cara en el centro de salud, con visitas domiciliarias disponibles para aquellos que no pueden viajar. Los médicos de familia actúan como punto de control entre los pacientes y los especialistas, incluida la asistencia al departamento de urgencias y al servicio de salud sexual (Roland y otros, 2012: 56).

Un equipo de centro de salud típico podría consistir en 5 o 6 médicos de familia, un equipo de 3 o 4 enfermeros (avanzados y comunitarios) y entre 6 y 10 recepcionistas / personal administrativo (Roland y otros, 2012: 57). Entre los médicos de familia existen dos tipos. En la mayoría de los centros de salud existen entre 4 a 6 médicos socios (*partners*) que son accionistas tras la inversión de su dinero propio en el centro de salud, ya que *NHS* no suele cubrir estos gastos en la mayoría de los casos. Los *partners* son responsables del desarrollo estratégico del centro de salud como empresa independiente. El 75 % de los médicos de familia ejercen como *partner*, pero también existen médicos asalariados que reciben un salario inferior al de los socios, pero no ponen capital alguno, en lugar de asumir nuevos socios de participación (BMA, 2013). Los centros de salud obtienen la gran mayoría de sus ingresos mediante el cumplimiento de objetivos fijados en contratos por el *NHS*, que aseguran una óptima atención al paciente del *NHS* y, por tanto, los

*partners* pueden emplear personal en cualquier configuración que deseen (Roland y otros, 2012: 57).

Debido a la falta de médicos de familia en Reino Unido se ha producido un continuo aumento de contrataciones por parte de los centros de salud de enfermeros con conocimientos avanzados (*Advanced Nurse Practitioners*) que pueden recetar y diagnosticar patologías agudas como amigdalitis e infecciones del tracto respiratorio entre otras. A su vez los enfermeros de atención primaria también se pueden especializar en una o más áreas de patología crónica como diabetes, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) mediante diplomas universitarios. Estos asumen como expertos la responsabilidad de tratar estas enfermedades y pueden sustituir a los médicos de familia sin incurrir en la pérdida de calidad en la atención, aliviando así la falta de médicos de familia (BMA, 2013).

Además, un centro de salud trabaja estrechamente con un equipo de atención primaria de salud más amplio, a menudo compartido entre varios centros de salud, que es empleado directamente por el *NHS*. Este equipo más amplio puede incluir enfermeras de visita domiciliaria (*District Nurses*), que proporcionan atención de enfermería domiciliaria; los *Health Visitors* que son una figura que no existe en España y son profesionales que se preocupan por la promoción del bienestar y de la salud de los niños y asumen parte del programa del niño sano que en España se lleva a cabo por enfermeros de atención primaria; y a veces matronas y enfermeras psiquiátricas comunitarias. Rara vez, los centros de salud tienen trabajadores sociales integrados en su equipo (Roland y otros, 2012: 57).

### **2.2.2. USO DEL *NHS* POR LOS NO RESIDENTES EN REINO UNIDO**

En 1952, el ministro de salud encargado de la creación y expansión del *NHS*, Aneurin Bevan, respecto al uso del *NHS* por los no residentes en Reino Unido (Bevan, 1952: 85), dijo que:

[it would be] unwise as well as mean to withhold the free service from the visitor to Britain. How do we distinguish a visitor from anybody else? Are British citizens to carry means of identification everywhere to prove that they are not visitors? For if the sheep are to be separated from the goats both must be classified. What began as an attempt to keep the Health Service for ourselves would end by being a nuisance to everybody.

[Sería] imprudente además de cruel, negar el servicio gratuito al visitante de Gran Bretaña. ¿Cómo distinguimos a un visitante de alguien más? ¿Los ciudadanos británicos deben llevar consigo medios de identificación en todas partes para demostrar que no son visitantes? Porque si las ovejas deben separarse de las cabras, ambas deben clasificarse. Lo que comenzó como un intento de mantener el Servicio de Salud para nosotros terminaría siendo una molestia para todos.

Hasta 2015, el uso del *NHS* por extranjeros no residentes era gratuito, acorde con la opinión expresada por Aneurin Bevan en 1952. Actualmente el *NHS* solo ofrece de forma gratuita al paciente extranjero no residente las atenciones realizadas en atención primaria y las realizadas en los servicios de urgencias, desde el momento que el paciente ingresa en el hospital, este deja de ser gratuito (Gov.uk, 2018). Aquellos ciudadanos que tienen derecho a asistir a los servicios médicos en uno de los países del Espacio Económico Europeo (EEE), también pueden usar los servicios del *NHS* de forma gratuita con la Tarjeta Sanitaria Europea. También existen algunos países y territorios fuera del EEE que tienen un acuerdo recíproco con los servicios de salud (NHS, 2016b):

- Anguilla
- Australia
- Bosnia y Herzegovina
- Gibraltar
- Isla de Man
- Islas Malvinas
- Islas Turcas y Caicos
- Islas Vírgenes Británicas
- Jersey
- Kosovo
- Montenegro
- Montserrat
- República de Macedonia
- Santa Elena

- Serbia

El acuerdo entre el Reino Unido y estos países/territorios es distinto para cada país/territorio, oscilando entre tener los mismos derechos que los residentes del Reino Unido y tener que pagar por algunos tratamientos no urgentes (NHS, 2016b).

Desde el 6 de abril de 2015, los residentes de los países no EEE que estén sujetos a los controles de inmigración tienen que ser titulares de un permiso de residencia indefinido para acceder a los servicios del *NHS* como residentes, salvo si el paciente es un refugiado, caso en el que tienen derecho a usar los servicios de forma gratuita. Los que no suelen residir en Reino Unido, por ejemplo, los turistas de países fuera del EEE o los británicos que suelen vivir en el extranjero no tiene derecho a percibir atención gratuita en los hospitales ingleses. Es posible que estos pacientes tengan que realizar una entrevista para establecer si tienen derecho a acceder a los servicios no urgentes, antes de acceder a tratamiento alguno. Si el paciente no cumple los requisitos para el tratamiento gratuito, tienen dos opciones: pagar por adelantado o firmar un compromiso escrito para pagar más adelante (Home Office, 2015).

Aquellos ciudadanos que vienen al Reino Unido procedentes de un país fuera del EEE para una estancia temporal de más de 6 meses, tienen que pagar una tasa específica para inmigrantes en el momento de realizar su solicitud de visado. Esta tasa, que en 2018 era de 400 £ para trabajadores (aproximadamente 450 €) y 300 £ (aproximadamente 340 €) para estudiantes universitarios, les da los mismos derechos de acceso a los servicios de *NHS* que a un residente (Gov.uk, sin fecha).

Actualmente no se sabe cómo va a afectar el acceso al *NHS* la salida del Reino Unido de la UE (*brexit*), programada para el 31 de octubre de 2019, pero la *British Medical Association* (Asociación Médica Británica, BMA) propone un sistema de acuerdos bilaterales parecidos a la Tarjeta Sanitaria Europea (British Medical Association, 2017). Sin embargo, el *Department of Health and Social Care* (2018) (Departamento de Salud) asegura que los acuerdos existentes seguirán hasta 2020.

### **2.3. POBLACIÓN NO ANGLOPARLANTE DE INGLATERRA Y GALES**

El presente trabajo analizará la accesibilidad de los pacientes no angloparlantes a recursos médicos en la atención primaria ofrecida por el *NHS*, por tanto, es necesario informarnos sobre la población extranjera y su dominio del idioma inglés.



En el Reino Unido se han realizado censos de población cada 10 años desde 1801, siendo el último censo en 2011, que se realizó el 27 de marzo de 2011. Cada residencia recibió un formulario de 32 páginas que preguntó sobre lo siguiente:

- Los habitantes de la casa y la relación entre ellos
- El tipo de residencia, si pertenece a los habitantes o es de alquiler
- Los datos personales como edad, sexo, estado civil, estado de salud, país de origen, nacionalidad, etnia, nivel de educación y estado laboral.

También por primera vez en la historia del censo británico se preguntó por la lengua materna y los conocimientos de la lengua inglesa (ONS, 2013).

Al analizar los datos recogidos del censo, la *Office for National Statistics* (ONS, Oficina Nacional de Estadística) divide el país en tres: Inglaterra y Gales, Escocia e Irlanda del Norte. Se divide así debido a que los gobiernos escocés y norirlandés tienen más derechos delegados y, por tanto, tienen más responsabilidades que el gobierno galés (ONS, 2013).

En Inglaterra y Gales el 92% de la población (50 millones de personas mayores de 3 años) usaban el inglés (o inglés y galés en Gales) como su idioma principal. El 8% de la población (4.2 millones de personas) usaban otro idioma como su idioma principal. El censo de 2011 encontró 88 idiomas principales en lugar del inglés, y los 10 idiomas extranjeros empleados como idioma principal fueron (ONS, 2015):

- Polaco (el 1% de la población, o 546.000 de personas)
- Punyabí (273.000)
- Urdu (269.000)
- Bengalí (221.000)
- Gujarati (213.000)
- Árabe (159.000)
- Francés (147.000)
- Chino mandarín y cantonés (141.000)
- Portugués (133.000)
- Español (120.000)

864.000 de personas (el 1,6% de la población mayor de 3 años) o tenían serias dificultades para comunicarse en inglés (1,3%, 726.000) o tenían conocimientos limitados del idioma

(0,3%, 138.000). En la mayoría de los 377 *Local Authorities* (las organizaciones que se asemejan a los ayuntamientos en España) el porcentaje de habitantes que no pueden comunicarse en inglés fue inferior al 1%. Sin embargo, había zonas de Londres, como Newham, Brent y Tower Hamlets (conocidos por sus altos índices de inmigración) donde entre el 8 y el 9% de la población no hablaban inglés (ONS 2013, ONS 2015).

Curiosamente la *ONS* ha realizado un estudio estadístico sobre la salud de los no angloparlantes o los que tienen conocimientos básicos. Se encontró que solo el 65% de esa población goza de buena salud en comparación con el 88% de la población angloparlante (ONS, 2015). La ONS sugiere que, al tener un menor dominio del inglés, es más difícil acceder a los servicios de salud adecuados, lo que puede tener un impacto negativo a largo plazo. Además, se encontró un empeoramiento más drástico de la salud con la edad entre las personas con pocos conocimientos del inglés (ONS, 2015).

#### **2.4. LUGAR DEL ESTUDIO: CHESTERFIELD**

Debido a la compleja estructura del *NHS* y las diferencias que existen entre los *CCG*, es necesario acotar el lugar de estudio. En cuanto a la zona en cuestión, Chesterfield es un pueblo con aproximadamente 104.000 habitantes que se encuentra en la zona norte de Inglaterra (Chesterfield.gov, 2018). Se ha elegido este pueblo como base del estudio debido a que el autor de este trabajo actualmente vive allí. El censo de 2011 recogió mucha información sobre la población tanto a nivel nacional como a nivel local y para este trabajo nos interesa las estadísticas relacionadas con la salud, los idiomas hablados en la zona y el dominio del inglés.

En el censo, se preguntó sobre la salud y las opciones a elegir fueron las siguientes: muy buena salud, buena salud, salud normal, salud mala, salud muy mala. La tabla siguiente recoge los resultados tanto en Chesterfield como en Inglaterra y Gales.

Nivel de salud	Chesterfield	Inglaterra y Gales
<b>Muy buena salud</b>	42 %	47 %
<b>Buena salud</b>	34 %	34 %
<b>Salud normal</b>	16 %	13 %
<b>Salud mala</b>	6 %	4 %
<b>Salud muy mala</b>	2 %	2 %

Tabla 6: Los niveles de salud en Chesterfield en comparación con los niveles de salud en Inglaterra y Gales. Elaboración propia a partir de UK Census Data (2018)

La calificación personal sobre el estado de salud fue mediante una autoevaluación y no había ningunos criterios expuestos en el formulario para explicar lo que significa cada opción, por tanto la evaluación de la salud es muy subjetiva. Sin embargo, se puede observar que los niveles de salud para la población de Chesterfield son muy parecidos a los de Inglaterra y Gales.

En cuanto a los idiomas hablados en Chesterfield, en el censo de 2011 el 98,4 % de la población habla inglés. Los siguientes idiomas más hablados son polaco (0,3 %), los idiomas chinos (0,1 %), italiano (0,1 %), urdu (0,1 %), punyabí (0,1 %), bengalí (0,1 %), alemán (0,1 %) y eslovaco (0,1 %) (Local Stats, 2018). El ayuntamiento de Chesterfield tiene mucha información en su página web además de producir folletos informativos en inglés sobre sus servicios, pero es posible solicitar información en 6 idiomas adicionales: italiano, chino cantonés, chino mandarín, urdu, punjabi y polaco, debido a que estos son los idiomas más hablados entre los inmigrantes de este pueblo (NE Derbyshire.gov, 2009).

Como se explicó previamente en la sección “Población no angloparlante de Inglaterra y Gales”, el 92 % de la población en Inglaterra y Gales usaban el inglés como su idioma principal, mientras que el 98 % de los habitantes de Chesterfield lo usaban como idioma principal (UK Census Data, 2018). El censo de 2011 también recogió información sobre el dominio del idioma, lo que se expone en la siguiente tabla.

<b>Dominio de inglés</b>	<b>% habitantes Chesterfield</b>
<b>Idioma principal es inglés</b>	98 %
<b>Puede hablar inglés muy bien</b>	0,8 %
<b>Puede hablar inglés bien</b>	0,7 %
<b>No puede hablar inglés bien</b>	0,4 %
<b>No puede hablar inglés</b>	0,1 %

Tabla 7: Dominio de inglés en Chesterfield. Elaboración propia a partir de UK Census Data (2018)

Es decir que existe aproximadamente un 0,5 % de la población de Chesterfield que necesitarán ayuda lingüística a la hora de acceder a los servicios de atención primaria.

## **2.5. ESTUDIOS PREVIOS SOBRE DE LA INTERPRETACIÓN EN EL *NHS***

Para mejorar la accesibilidad de los pacientes que no hablan inglés a los servicios de salud, se puede usar un intérprete para facilitar la conversación entre el sanitario y el paciente. Ziguras y otros (2003) encontraron que el uso de los intérpretes mejora el acceso a los servicios de salud y la calidad del tratamiento recibido por el paciente. Además, varios investigadores (Manson, 1988; Ramírez, 2003: 53) hallaron que los pacientes entendieron mejor la situación médica y las opciones de tratamiento con la ayuda de un intérprete. También se asocia una mejoría en el cumplimiento terapéutico del paciente al uso de los servicios de interpretación.

Sin embargo, a las autoridades sanitarias en Reino Unido les faltan los datos concretos sobre los idiomas hablados en sus zonas y, por tanto, el alcance de la necesidad de los servicios de interpretación (Jones y Gill, 1998: 1476). Free y otros (2003: 534) también encontraron que los servicios de interpretación no se revisan en materia de calidad de la traducción o la formación de los intérpretes ni para la utilización de estos. También hallaron que un familiar, un amigo o un conocido que se ponga en el papel de intérprete es una práctica muy extendida. Varios investigadores (Wilson, 1993; Tabassum y otros, 2000) han criticado el uso de un intérprete no formado por el hecho de que se relaciona con una tendencia creciente en la tasa de diagnóstico erróneo.

Phillimore (2015: 573) realizó un estudio sobre el uso de los servicios de interpretación en las consultas de 18 matronas y sus pacientes en la ciudad de Birmingham, que se

encuentra en la zona céntrica de Inglaterra. La ciudad de Birmingham es la segunda zona urbana más grande del Reino Unido, y en el censo más reciente de 2011 se observó un aumento en el porcentaje de la población que nació en el extranjero (el 14,3 % en 2001 en comparación con 22 % en 2011) (Phillimore, 2015: 570). Este aumento en el número de extranjeros se puede apreciar en los datos de registro de los centros de salud de Birmingham, los cuales demuestran que se mudaron 41.318 migrantes desde 187 países distintos entre 2007 y 2010 (Phillimore, 2015: 570). La inmigración de los años 60 y 70 se caracterizó por la inmigración de comunidades en números grandes desde algunos países de la Mancomunidad de Naciones como la India o Pakistán. Actualmente la inmigración se puede caracterizar por el movimiento de grupos pequeños o individuos (Travers y otros, 2007: 11). En el caso de la migración a Birmingham, había 92 países de origen que contaban con menos de 10 migrantes (Phillimore, 2015: 570).

Phillimore (2015: 574) descubrió que, por lo general, fue difícil planear los servicios de interpretación y a veces fue imposible encontrar un intérprete para los idiomas menos comunes. Las matronas también reportaron que a veces los intérpretes no asistieron a las consultas o no entendieron la terminología médica. Phillimore (2015: 574) también notó que a veces las matronas no solicitaron un intérprete. Los sanitarios no tienen formación en cómo y cuándo se debe usar un intérprete, y esto es una de las barreras para el acceso a los servicios de salud (Phillimore, 2015: 574). Bischoff y otros (2003: 541) encontraron que los pacientes que no hablan el idioma inglés percibieron una mejoría en su tratamiento cuando su médico de familia había asistido a un curso de formación sobre el uso de los intérpretes. En el centro de salud es imprescindible que tanto los médicos y los enfermeros, como los recepcionistas tengan acceso a los intérpretes (Tribe y Tunariu, 2008: 76-78). Sin embargo, este servicio presenta limitaciones ya que solo funciona durante horas laborales, es decir, de 7 a 19. Este servicio no se revisa de manera exhaustiva ni se controla su calidad, lo que provoca que el servicio no se use lo suficientemente (Jones y Gill, 1998: 1476; Jones, 2007: 399; Phillimore, 2015: 574). En un estudio citado en Jones (2007: 399) se encontró que muchos médicos de familia no usan los servicios de interpretación debido a las limitaciones asociadas mencionadas con anterioridad y dependen de familiares, tanto adultos como niños, que actúan como intérpretes además de recepcionistas bilingües. Sin embargo, se halló que aquellos médicos de familia que usaban el servicio de interpretación lo usaban a menudo.

En el estudio de Phillimore (2015: 576-7) se encontró que la mayoría de la información escrita, por ejemplo, los folletos que las matronas proporcionaban a las pacientes en su consulta solo estaba disponible en inglés, y en algunas ocasiones estos recursos se encontraban disponibles en algunos de los idiomas de aquellas comunidades migrantes más establecidas. Independientemente del idioma en el que se encontrara la información escrita, se encontró que todos los recursos telefónicos de ayuda que se mencionaban en los folletos solo se podían acceder en inglés.

El *NHS* no publica información en otros idiomas, pero algunas áreas sanitarias (*Trusts* en inglés) disponen de información traducida para mejorar la accesibilidad de sus servicios a las personas no angloparlantes. La página web *NHS Choices* informa a los pacientes sobre la salud, empleando términos cotidianos. Tiene una sección con enlaces a información en otros idiomas, siendo mucha de esta información traducida por organizaciones sin ánimo de lucro, o información en otros idiomas que hace referencia a otros sistemas de salud internacionales. Esta página web también expone que se puede usar la herramienta *Google Translate* para poder traducir cualquier página, pero explica que las traducciones están realizadas por una máquina y puede haber errores (*NHS Choices*, 2017).

Actualmente no existe ningún estudio sobre la fidelidad de las traducciones de *Google Translate* sobre la información disponible en la página de *NHS Choices*, Patil y Davies (2014: 1-3) publicaron un estudio sobre el uso de esta herramienta para facilitar una conversación entre un médico y el paciente cuando no hay intérprete disponible. Escogieron 10 frases que se usan a menudo en las consultas y se tradujeron a 26 idiomas con *Google Translate*. Posteriormente, las frases ya traducidas se mandaron a traductores profesionales para realizar la traducción de las frases al inglés. Se categorizaron las frases como bien traducidas si el significado fue el mismo, o mal traducida si la traducción fue factualmente incorrecta. De las 260 frases, solo 150 fueron traducidas correctamente, con mucha variación entre los idiomas, por ejemplo, el 90% de las frases se tradujeron bien al portugués, mientras que el 10% de las frases en suajili fueron correctas. En algunos casos, la traducción cambió mucho el significado como se puede observar en la siguiente tabla.

Frase Original	Traducción al español	Idioma destino	Retraducción al inglés	Traducción al español
Your husband has the opportunity to donate his organs.	Su marido tiene la oportunidad de donar sus órganos.	Polaco	Your husband can donate his tools.	Su marido puede donar sus herramientas.
Your husband had a cardiac arrest.	Su marido ha tenido una parada cardíaca.	Maratí	Your husband had an imprisonment of heart.	Su marido ha tenido una encarcelación del corazón.

Tabla 8: Ejemplos de frases y sus traducciones. Elaboración propia a partir de Patil y Davies (2014: 3)

Este estudio llega a las mismas conclusiones que estudios anteriores (Paluzzi y otros, 2010; Börner y otros, 2013: 413) sobre el uso de *Google Translate* en las consultas médicas, que esta herramienta tiene un uso limitado para facilitar la comunicación entre el médico y el paciente. Debido a que usa una metodología de traducción basada en estadísticas, puede que las traducciones resultantes carezcan de sentido (Gomes, 2010; Balk y otros, 2013: 21).

Debido a las limitaciones de esta tecnología hoy en día, la mejor manera de producir folletos o páginas web informativos es con un traductor con conocimientos médicos. Para comunicar con los pacientes que no hablan el idioma es imprescindible usar un intérprete con formación médica en lugar de recurrir a la familia o las herramientas como *Google Translate*. Estas dos medidas podrían mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para los que no hablan inglés.

La accesibilidad a los servicios no solo depende de factores lingüísticos sino socioculturales. Varios investigadores (Rowe y García, 2003: 113; Ali y Burchett, 2004: 4, 10; Culley y otros, 2004: 37) encontraron que las personas no angloparlantes usaron los servicios de salud con menos frecuencia debido a que no entendían o sabían sobre los servicios ofrecidos. Además, cuando los pacientes de minorías étnicas acudieron a las consultas, algunos experimentaron una falta de sensibilidad sobre las necesidades culturales (Jayaweera y otros, 2005: 86).

El Ansari y otros (2009: 636, 641) promueven la idea de un mediador intercultural (*Bilingual Advocate*). El mediador intercultural en este caso tiene la responsabilidad de interpretar la información comunicada entre el paciente y el sanitario, además de explicar diferencias culturales a ambos. El ministerio de salud británico reconoció que el uso de los mediadores interculturales ayuda a los pacientes a transmitir sus ideas y necesidades de una mejor manera (Department of Health, 2004). La mejoría en comunicación reduce la necesidad de usar la familia para interpretar, y aumenta la precisión de la comprensión de información, mejor seguimiento del tratamiento y asistencia a las citas (Kravitz y otros, 2000; Sarver y Baker, 2000: 261; Hampers y McNulty, 2002).

Varios investigadores han encontrado que se necesita mejorar los servicios de interpretación, la educación de los pacientes y la formación de los sanitarios (Szczepura, 2005: 146; Phillimore, 2015: 574). Los servicios de mediador intercultural por el NHS han sido desarrollados de manera improvisada (Heer, 2004: 2), y El Ansari y otros (2009: 644) proponen que la mejor manera de efectuar estas mejorías es la implementación de un servicio de mediadores interculturales formados.



### **3. METODOLOGÍA EMPLEADA EN EL PRESENTE ESTUDIO**

Para poder contestar la pregunta de investigación ha sido necesario recoger datos sobre las experiencias del proceso comunicativo de los sanitarios de atención primaria y los pacientes no angloparlantes de la zona de Chesterfield. Así, se emplearon dos métodos para conseguir la información necesaria. En primer lugar, se creó un grupo de discusión formado por sanitarios de un centro de salud de Chesterfield, con el fin de entender la situación actual desde el punto de vista de los sanitarios de forma cualitativa. En cuanto a los pacientes no anglófonos se recogieron los datos necesarios a través de un cuestionario para analizar si fuera posible comparar y encontrar patrones en sus experiencias del proceso comunicativo de forma cuantitativa. A continuación, se describirá cómo se realizó la recogida de datos.

#### **3.1. GRUPO DE DISCUSIÓN**

El grupo de discusión estuvo formado por 4 profesionales sanitarios que ejercen en la zona de Chesterfield. El participante 1 es un conocido del autor de este trabajo, y le ayudó al autor a contactar con los demás participantes. En primer lugar, se contactó con los médicos de familia, las enfermeras avanzadas (*Advanced Nurse Practitioners*) y las enfermeras comunitarias de los 7 centros de salud de Chesterfield por correo electrónico. En el correo, se presentó el autor y una breve descripción del estudio y los temas a tratar en el grupo de discusión, además de explicar que el estudio forma parte de un máster universitario. También se explicó que los sanitarios que quisieran formar parte del grupo de discusión podrían permanecer en el anonimato si lo deseaban.

En principio, 6 participantes expresaron interés en participar en los grupos de discusión, pero debido a la disponibilidad de los sanitarios y razones logísticas, solo pudieron participar 4 de los 6.

El participante 1 es un médico de familia español que lleva 2 años ejerciendo en la zona. El participante 2 es el director de un centro de salud y médico de familia que lleva 35 años ejerciendo, 30 de los cuales en el mismo centro de salud. La participante 3 es enfermera avanzada y ha trabajado en varios centros de salud en la zona norte de Inglaterra, sobre todo en ciudades grandes. Por último, la participante 4 es médico de familia que lleva 8 años ejerciendo en la zona de Chesterfield. Actualmente, los 4 participantes trabajan en el mismo centro de salud en Chesterfield. En cuanto a la

coordinación de la discusión, solo hay un coordinador que también fue responsable de anotar los datos pertinentes. No se grabó debido a que uno de los participantes no dio permiso para ser grabado, por lo que se optó por no grabar la conversación.

El grupo de discusión se reunió en la sala de reuniones del centro de salud el miércoles 18 de abril de 2018 a las 2 de la tarde. Se eligió este día en concreto debido a que había mayor disponibilidad de los participantes interesados. Los miércoles por la tarde no hay citas, que hay un médico de familia de guardia y, por tanto, los demás médicos tienen tiempo para realizar cursos de formación o gestiones relacionadas con el trabajo. La discusión duró aproximadamente una hora.

En la discusión se consideraron los siguientes temas: las experiencias de los 4 profesionales con pacientes que no hablan inglés o tienen conocimientos lingüísticos básicos, el uso de los servicios de interpretación y servicios de traducción como *Google Translate*, el uso de folletos informativos o información escrita para los pacientes y la viabilidad de tener documentación traducida. La discusión fue bastante natural y el coordinador solo tuvo que realizar algunas preguntas para facilitar la discusión.

### **3.2. CUESTIONARIO**

Para poder recoger los datos necesarios sobre las experiencias de los pacientes no nativos de inglés, se creó un cuestionario de 10 preguntas, las cuales se describirán más adelante. En primer lugar, el autor quiso entregar el cuestionario a los 7 centros de salud de Chesterfield y recoger datos de todos los pacientes no anglófonos durante un periodo de 4 a 6 meses. Sin embargo, al describir esta idea a los participantes del grupo de discusión, comentaron que sería difícil realizar el estudio de esta manera debido a la restricción del tiempo que tiene el médico con el paciente en cada cita y tendría que pasar por el comité de ética pertinente al área con posibles demoras de hasta un año. Por tanto, fue necesario buscar un método alternativo para recoger los datos adecuados.

El autor del trabajo trabaja actualmente en el colegio de formación profesional de Chesterfield y este colegio ofrece cursos de inglés como lengua extranjera con el fin de ayudar la inserción sociocultural y laboral de los extranjeros que viven en Chesterfield y en sus alrededores. Se puso en contacto con la profesora de estos cursos por correo electrónico para explicarle las razones por las cuales se estaba realizando el estudio; y consecuentemente se organizaron fechas y horas adecuadas para realizar el cuestionario.

Los estudiantes de estos cursos vienen dos veces a la semana para atender una clase de 3 horas, por lo cual el autor organizó dos citas por curso con la ayuda de la profesora para poder contactar con la mayor cantidad de participantes posibles. Se realizaron los cuestionarios en mayo de 2019 durante un periodo de 3 semanas.

En cada cita, el autor se presentó a los estudiantes y explicó en qué consiste el cuestionario y el motivo del cuestionario. Se explicó que el estudio era solo para aquellos que viven en Chesterfield y que han acudido al menos una vez a un centro de salud de la zona, y que la participación en el estudio era opcional. Se dedicó unos minutos a posibles preguntas que los estudiantes tuvieran previamente a la toma de decisión de si participar o no. Debido a la importancia de que estos estudiantes no perdieran tiempo durante la clase, el autor procuró no tardar más de diez minutos en presentar el proyecto y los estudiantes emplearon de media unos 10 minutos en contestar el cuestionario, dependiendo del nivel de inglés. Aunque se intentó realizar un cuestionario básico con un inglés escrito fácil de entender, algunos participantes con conocimientos limitados de inglés necesitaron la ayuda del autor o de la profesora para contestar algunas preguntas.

Todos los estudiantes en este estudio son mayores de edad y se procedió a la clasificación de estos, acorde al nivel de inglés que se encontraban estudiando. De los 74 estudiantes matriculados a estos cursos, 61 de ellos viven en Chesterfield. De estos 61 estudiantes, 58 han acudido a su centro de salud por lo menos una vez, y 37 de ellos contestaron al cuestionario, lo que supone un índice de respuesta del 64 %.

El cuestionario consistió en 10 preguntas cuyo objetivo es recoger información sobre el estudiante y sus experiencias comunicativas durante una cita con el médico de familia. Véase el anexo 1 para ver una copia del cuestionario en inglés. A continuación, se explicará de forma detallada el objetivo de cada pregunta que se encontraba en el cuestionario.

En primer lugar, se preguntó por el nivel de inglés del encuestado, empleando una pregunta de opción múltiple, donde las opciones posibles reflejaban los distintos niveles de estudio de inglés tanto en el colegio de formación, como a nivel nacional en Inglaterra y Gales, con el fin de saber si existían diferencias en los métodos de comunicación según los conocimientos de inglés. En la sección de análisis de resultados, se explicará cómo estos niveles se relacionan con los del Marco Común Europeo de Referencia para las lenguas (MCER).

A continuación, se preguntó por los años de residencia en Reino Unido empleando una pregunta de opción múltiple, donde las opciones fueron distintas franjas de años de residencia. Se preguntó por los años de residencia para ver si existía una relación entre los años de residencia y los métodos de comunicación empleados con el médico de familia. También se quiso saber si existía una relación entre los años de residencia y el conocimiento del idioma.

Se incluyó la tercera pregunta que intenta hallar si el encuestado había acudido al médico de familia en Chesterfield al menos una vez con las opciones “Sí” y “No” para asegurar que todos los encuestados habían tenido contacto con los servicios de atención primaria en la zona de estudio. A esta pregunta, todos los encuestados contestaron que sí.

La cuarta pregunta intenta explorar el uso de los servicios de interpretación por parte de los encuestados. Se preguntó si habían empleado un intérprete durante alguna cita médica en Chesterfield y en el caso de que el encuestado contestara que no había empleado un intérprete, se le proporcionó la oportunidad de explicar la razón por la cual no lo había empleado, siendo esta la quinta pregunta del cuestionario. Se incluyeron cuatro opciones.

- La primera era que el encuestado no necesitó un intérprete. Se incluyó esta opción para aquellos estudiantes con un conocimiento medio-alto del idioma y, por tanto, fue posible que no les hiciera falta un intérprete.
- El estudio de Phillimore (2015: 574) encontró que no había intérpretes disponibles para algunos idiomas extranjeros menos comunes, por lo cual se puso una opción de “No había intérprete disponible en mi lengua materna” como segunda opción.
- La tercera opción “No me han ofrecido este servicio” se incluyó debido a que algunos participantes del grupo de discusión indicaron que no se suelen anunciar los servicios de interpretación en los centros de salud.
- Finalmente, varios autores (Free y otros, 2003: 534; Jones, 2007: 399) indicaron que el uso de un familiar, un amigo o un conocido de su comunidad sociocultural y lingüística actuando como intérprete está muy extendido entre los pacientes que tienen conocimientos básicos del inglés, por lo cual se incluyó esta opción como cuarta opción.

Con los datos obtenidos de las respuestas a estas dos preguntas, se realizó un análisis sobre el uso del intérprete y las razones por las que no se usan según el nivel del idioma.

Las tres preguntas siguientes indagaron en el uso de servicios de traducción automática como *Google Translate* y la entrega de información impresa como folletos, tanto en inglés como en su idioma nativo, con las opciones de indicar “Sí” o “No”. El uso de *Google Translate* ha sido descrito por varios autores (Paluzzi y otros, 2010; Börner y otros, 2013: 413; Patil y Davies, 2014: 1-3) como herramienta en el discurso médico-paciente, y se quiso explorar si existía una relación entre su uso y el conocimiento del idioma. Los sanitarios del grupo de discusión indicaron que la información escrita, como la página web de *NHS Choices*, o folletos forman una parte importante del proceso comunicativo con el paciente, y por esta razón se incluyeron dos preguntas sobre este método de comunicación.

La siguiente pregunta se utilizó para investigar si los encuestados están contentos con los servicios lingüísticos ofrecidos en su centro de salud. Tenían que elegir una opción (“Sí” o “No”) y dejar un comentario breve explicando el motivo de su respuesta.

Finalmente, la última pregunta era una pregunta abierta que dio la oportunidad a los encuestados a comentar algo más pertinente al estudio si querían.

### **3.3. MÉTODOS DE ANÁLISIS**

En primer lugar, se analizarán los datos obtenidos del grupo de discusión. Estos se analizaron de forma cualitativa debido a que se trató de un discurso no estructurado entre profesionales sanitarios y un mediador. Para facilitar el uso de los datos, se procedió a agrupar estos según su contenido y posteriormente se compararán los comentarios de los participantes, siendo los temas más importantes los siguientes:

- Las experiencias de los sanitarios con los pacientes no anglófonos
- Las experiencias con los servicios de interpretación
- El uso de servicios de traducción automática como *Google Translate*
- El uso de información escrita para pacientes

A continuación, se analizarán los datos recogidos del cuestionario. Para ello, se agrupó la información obtenida de cada cuestionario en una hoja de Excel. La mayoría de las preguntas eran de opción múltiple así que fue simple introducir estas respuestas. Para las preguntas 9 y 10 donde el encuestado podría dejar un comentario, se clasificaron los comentarios según su contenido para poder analizarlos.

Debido a la variedad de nivel de inglés de los encuestados dependiendo del nivel del curso al que estaban atendiendo, se formaron dos grupos basados en los conocimientos del idioma; el grupo de conocimientos básicos y el grupo de conocimientos intermedios-avanzados. Así se han podido analizar las tendencias de forma más sencilla. Se detallará en la sección de análisis de resultados cómo se han formado los dos grupos.

Gran parte del análisis se realizó mediante el cálculo de porcentajes, debido a que estos se pueden comparar de forma sencilla. También se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson en aquellos casos que fuera apropiado. Además, se usaron gráficos como el diagrama de barras, el gráfico de sectores o el diagrama de dispersión para presentar los datos de forma visual al lector.

#### **3.4. EVALUACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA**

El uso de un grupo de discusión junto con el cuestionario para los pacientes no anglófonos ha sido adecuado para investigar el objetivo y las hipótesis detalladas en la sección del enfoque del estudio.

Aunque las discusiones con poca estructura normalmente producen resultados que no se pueden aplicar a ningún otro escenario salvo la situación de los participantes, o en este caso, resultados que no se pueden aplicar a otro centro de salud, proporcionan un conocimiento más profundo de las percepciones de los sanitarios involucrados en la discusión. Debido a que solo participaron 4 sanitarios en el grupo de discusión, podría haber sido mejor recoger datos mediante un cuestionario por correo electrónico a todos los sanitarios de la zona de Chesterfield, pero esto también hubiera requerido ser aprobado por un comité de ética. Sin embargo, durante la discusión por parte de los sanitarios, se habló de temas interesantes que sirvieron como guía para producir los cuestionarios a los pacientes. Un ejemplo, fue el hecho de que los centros de salud no suelen anunciar los servicios de interpretación.

Como se explicó en la introducción, la población no nativa de inglés de Chesterfield representó aproximadamente el 2 % en el censo más actual de 2011 (UK Census Data, 2018), por lo cual la posibilidad de utilizar centros de salud como centros de reclutamiento de pacientes no nativos es muy laboriosa ya que depende de muchos factores, como la frecuencia con la que un paciente no anglófono acude al médico, la participación de los médicos para entregar los cuestionarios a los pacientes adecuados y la necesidad de tener

que realizar una aplicación a un comité ético que apruebe el estudio, lo que puede tardar más tiempo que el que ha sido asignado a realizar este trabajo. Como se explicó con anterioridad, se ha recurrido a utilizar estudiantes de inglés como lengua extranjera a pesar de no ser el método preferido, debido a la falta de tiempo y recursos. Se procedió a explorar las experiencias de estos estudiantes mediante la realización de una encuesta debido a la facilidad de acceso a estos estudiantes y el acceso a estos estudiantes mediante una encuesta fue la opción más fácil y rápida. Esto es debido a que estos se encuentran en un mismo lugar a unas horas fijas, por lo cual ha sido el método más apropiado para recoger los datos necesarios.

## **4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **4.1. RESULTADOS DEL GRUPO DE DISCUSIÓN**

#### **4.1.1. EXPERIENCIAS CON PACIENTES QUE NO HABLAN INGLÉS O TIENEN CONOCIMIENTOS LIMITADOS DEL IDIOMA**

El participante 2 explicó que las características demográficas de la zona han cambiado bastante en los 35 años que lleva como médico de familia en la zona de Chesterfield. Tradicionalmente la zona de Chesterfield era bastante rural, y muchas familias trabajaban en las minas o en el campo. Con el cierre de las minas en los años 80, se produjeron altos niveles de desempleo, y debido a la falta relativa de formación de los mineros, no pudieron encontrar otro puesto de trabajo, por tanto, esas familias vivían de las ayudas del gobierno. También explicó que hay familias que ya van por la tercera generación de desempleo y siguen viviendo de las ayudas. Así que la zona se caracteriza por ser bastante homogénea (una población británica blanca que lleva varias generaciones en la misma zona), aunque el participante 2 también explicó que existen varias familias de descendencia italiana en la zona, y los miembros mayores de estas familias llegaron a la zona como adultos en el periodo después de la segunda guerra mundial. Normalmente los miembros mayores de estas familias hablan algo de inglés, y, por tanto, el participante 2 pensó que no es difícil tratar a estos pacientes.

Aunque las condiciones socioeconómicas han mejorado desde los años 90, la zona sigue siendo pobre. El participante 2 ha notado un aumento en la inmigración a la zona con el crecimiento de la Unión Europea, sobre todo cuando Polonia se hizo miembro de la UE.

El participante 1 comentó que en el centro de salud donde trabajó anteriormente, si un paciente quería una consulta en español, podía solicitarla con el participante 1. Ha realizado solamente una consulta en español en el periodo que lleva trabajando en Chesterfield.

Por lo general, los 4 participantes no recordaban las experiencias con los pacientes con pocos conocimientos del inglés como consultas difíciles, y tenían la sensación de que no fue difícil comunicarse de forma básica con el paciente, aunque han tenido que usar los servicios de interpretación para hablar con algunos pacientes.



#### **4.1.2. EXPERIENCIAS CON LOS SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN**

Ninguno de los participantes habló positivamente de los servicios de interpretación. Estos reportaron que los servicios son difíciles de organizar, y muchas veces se cita al paciente en una cita doble (20 minutos) para poder usar el servicio de interpretación y el intérprete de la lengua deseada no asiste a la cita, por tanto, a veces es necesario citar al paciente de nuevo. Y cuando se usan los servicios telefónicos de interpretación, los tiempos de espera son elevados, lo que provoca que el paciente no tenga suficiente tiempo para hablar de su problema de salud. El hecho de que el paciente necesite una cita doble hace que haya menos citas disponibles ese día. Además, si el paciente o el intérprete faltan a la cita, no solo es difícil citar ambos de nuevo, significa una pérdida de dinero para el centro de salud ya que es posible que dos pacientes hubieran podido usar estas citas. Todos los participantes explicaron que cada cita perdida significa un gasto innecesario en tiempo y dinero para el centro de salud.

También explicaron que en su centro de salud el servicio de interpretación no es anunciado con ningún tipo de cartel informativo. Afirmaron que el hecho de no anunciar el servicio de interpretación es lo normal en los centros de salud, aunque el participante 1 expuso que en una reciente inspección por el *Care Quality Commission Team*, grupo independiente que inspecciona los centros de salud de forma continua para que estos proporcionen la mejor atención sanitaria posible, estos criticaron al centro de salud por no ofertar de forma activa el servicio de intérpretes. Además, explicaron que las administrativas no tienen la costumbre de preguntar a los pacientes extranjeros que tienen dificultades de comunicación en inglés, si necesitan un intérprete, por lo cual es responsabilidad del paciente pedir un intérprete. A su vez, la mayoría de las citas para pacientes con poco nivel de inglés son pedidas por amigos o familiares que tienen un mejor nivel de inglés, por lo que las administrativas no creen que sea oportuno ofertar un intérprete a menos que la persona lo pida. También el servicio de interpretación involucra un coste adicional para el centro de salud en una era en la que los presupuestos están siendo recortados para los centros de salud, es por ello por lo que el control de los costes adicionales es importante.

La participante 3 tampoco confía en los servicios de interpretación debido a que no se controla la calidad o precisión de la traducción. Contó que cuando trabajó en Birmingham, la segunda ciudad más grande en Reino Unido que presenta altos índices de inmigración

vino una mujer mayor que no hablaba inglés a su consulta con su nieta mayor de edad que era estudiante de medicina. Usaron el servicio de interpretación para el idioma necesario (esta no recordaba qué idioma era). Al finalizar la consulta, la nieta comentó a la participante 3 que la interpretación no fue del todo precisa, por tanto, intervino ella para que la comunicación fuera más precisa.

En el caso de que no existan servicios de interpretación, 3 de los participantes han intentado realizar la consulta con la ayuda de un familiar. El participante 2 nunca ha usado un familiar como intérprete debido a que piensa que no es muy ético. Sin embargo, los 4 participantes comentaron que el uso de un familiar, un amigo o un conocido de la comunidad lingüística del paciente como intérprete es muy extendido y comentaron que este hecho se debe a que no se anuncia el servicio de interpretación en los centros de salud.

#### **4.1.3. USO DE GOOGLE TRANSLATE**

Relacionado con el tema anterior, la participante 4 ha recurrido al uso de *Google Translate* para realizar una consulta debido a que el intérprete faltó dos veces. La participante 4 pensó que *Google Translate* fue adecuado en esta situación y fue bastante preciso.

El participante 2 no estaba de acuerdo, y no usaría *Google Translate* en la consulta, porque piensa que esta herramienta no es adecuada para interpretar las conversaciones, aunque suele ser más preciso con los textos escritos, como la página web de *NHS Choices*. Esta página web proporciona información al paciente sobre las enfermedades y los tratamientos, y emplea *Google Translate* para traducir la información.

#### **4.1.4. EL USO DE FOLLETOS INFORMATIVOS O INFORMACIÓN ESCRITA PARA LOS PACIENTES**

Todos los participantes comentaron que los folletos informativos forman una parte importante en el tratamiento del paciente. En la sala de espera de su centro de salud hay muchos folletos disponibles sobre las enfermedades más comunes. Los 4 participantes pensaron que el hecho de proporcionar información escrita al paciente le ayuda a seguir las recomendaciones del profesional sanitario. Todos los participantes también han impreso información de *NHS Choices* para sus pacientes.

Los participantes también comentaron que a los pacientes les gusta recibir información impresa porque les ayuda a entender lo que el sanitario ha dicho en la consulta.

Para los pacientes que no hablan inglés había opiniones distintas sobre la mejor manera de darles esta información. El participante 1 prefiere imprimir la información ya traducida de *NHS Choices* y adjuntarlo con la versión original. Explica al paciente que la información en su idioma ha sido traducida por una máquina y por lo cual es posible que haya secciones que no tengan mucho sentido, por lo cual adjunta la versión original y si le hace falta al paciente, puede preguntar a un conocido con mejores conocimientos del idioma que le pueda explicar mejor.

Las participantes 3 y 4 suelen dar los folletos informativos y no usan la página web de *NHS Choices*. A los pacientes que no hablan inglés, les suelen dar la información escrita en inglés con la idea de que puedan preguntar a un conocido si quieren entender algo en el folleto.

El participante 1 no proporciona los folletos informativos en inglés a los pacientes con conocimientos muy básicos del inglés. Piensa que recibir la información en inglés confunde al paciente, y prefiere explicar a los pacientes que pueden encontrar la información necesaria en la página web de *NHS Choices*.

#### **4.1.5. LA VIABILIDAD DE TENER DOCUMENTACIÓN TRADUCIDA**

A los participantes 1, 3 y 4 les gustaría tener información traducida sobre las enfermedades más comunes en los idiomas más comunes de la zona. Estipulan que esta información debe ser traducida por traductores con conocimientos médicos o por médicos con formación en la traducción. El participante 2 era el único que opinaba que el uso de *Google Translate* es suficiente.

La participante 3 dijo que en el centro de salud donde trabajó en Birmingham, había algunos folletos disponibles en otros idiomas. El problema principal de estos documentos era que no se actualizaban o revisaban y, por tanto, había veces que la información en el folleto no concordaba con la práctica actual. La participante 3 explicó que si se producen folletos informativos en otros idiomas, es necesario que se revisen al mismo tiempo que se revisen los folletos en inglés lo que se supone un gasto adicional. En su experiencia, es mejor no tener los folletos informativos en otros idiomas si no se sabe si la información está actualizada.

El participante 1 opinó que en un mundo ideal todos los folletos se podrían guardar digitalmente en todos los idiomas en una base de datos centralizados para poder imprimirlo cuando sea necesario. Sin embargo, esto supone un gasto enorme para tener información para pocos pacientes.

En cuanto a tener solo la información en los idiomas hablados en la zona de Chesterfield, los 4 participantes pensaron que es difícil saber cuántos pacientes hablan cada idioma y cuántos de estos realmente necesitan la información en su idioma. Además, los 4 participantes pensaron que los folletos traducidos serían más útiles en otras zonas con mayores niveles de inmigración.

## **4.2. CUESTIONARIO**

Como se ha explicado en la sección sobre el método de recogida de datos, se ha proporcionado el cuestionario a los estudiantes de inglés como lengua extranjera del colegio de formación profesional de Chesterfield (véase el anexo 1 para ver una copia del cuestionario) y 37 de ellos contestaron al cuestionario.

Los datos recogidos de los cuestionarios se analizarán en cinco secciones: el contexto lingüístico de los encuestados, el uso de un intérprete, el uso de servicios de traducción como *Google Translate*, la entrega de información sanitaria impresa (por ejemplo, folletos) en inglés y la entrega de información sanitaria impresa en el idioma del paciente. Finalmente, se incluirá una sección sobre la opinión de los encuestados sobre los recursos lingüísticos ofrecidos por sus centros de salud.

### **4.2.1. EL CONTEXTO LINGÜÍSTICO DE LOS ENCUESTADOS**

Los 37 encuestados son estudiantes del programa *ESOL (English as a Second or Other Language)*, inglés como segundo u otro idioma) de un colegio de formación profesional de Chesterfield donde trabaja actualmente el autor de este trabajo. El autor no trabaja directamente con los estudiantes de este curso y por tanto no existe ningún conflicto de interés sobre la recogida de estos datos.

Los estudiantes del curso *ESOL* se separan por el nivel de conocimiento actual del inglés al principio del curso académico en septiembre. Estudian durante un curso académico para intentar conseguir un título denominado *ESOL Skills for Life* (inglés como segundo u otro idioma: competencias para la vida) (City and Guilds, 2018) otorgado por *City and*

*Guilds*, una organización educativa británica que se dedica a ofrecer títulos de las destrezas básicas como la lengua inglesa y las matemáticas adaptadas a la vida cotidiana, como para cursos técnicos, desde la peluquería o la mecánica automovilística (City and Guilds, 2019). *City and Guilds* denominan los niveles de estudio de inglés como lengua extranjera según los *National Standards for Adult Literacy* (Normativas nacionales para la alfabetización de adultos) y los niveles de *Regulated Qualifications Framework (RQF*, Marcos de títulos regulados) (City and Guilds, 2018). La manera de clasificar los distintos niveles y sus siglas están ampliamente reconocidas en Reino Unido y existe una conversión directa para cada nivel al MCER que se detallará en la siguiente tabla.

Nivel <i>RQF</i>	Nivel <i>ESOL</i>		Nivel MCER
<b>Entry Levels</b> (Niveles básicos)	Entry Level 1	E1	A1
	Entry Level 2	E2	A2
	Entry Level 3	E3	B1
<b>Level 1</b>	Level 1	L1	B2
<b>Level 2</b>	Level 2	L2	C1

Tabla 9: Comparación entre los niveles *RQF*, los niveles *ESOL* y los niveles MCER (elaboración propia a partir de British Council (s.f.))

En el colegio de formación profesional de Chesterfield había 74 estudiantes matriculados en los cursos *ESOL*, con mayor número de matriculados en los niveles más básicos (A1 y A2) que en los niveles más avanzados (B2 y C1). Esto también se refleja en los niveles de los encuestados que se detallará en la siguiente tabla.

Nivel <i>ESOL</i>	Nivel MCER	Número de encuestados
<b>E1</b>	A1	13
<b>E2</b>	A2	7
<b>E3</b>	B1	13
<b>L1</b>	B2	2
<b>L2</b>	C1	2

Tabla 10: Número de encuestados según el nivel de conocimiento de inglés

También se ha preguntado sobre el tiempo de residencia de los encuestados en Reino Unido. Para ver si existiera una relación estadísticamente significativa entre los años de residencia, se calculó el coeficiente de determinación,  $R^2$ . Este coeficiente puede tener un valor entre 0 y 1, y cuanto más cerca se sitúe su valor de la cifra 1, mayor será el ajuste del modelo a la variable que se quiere investigar (Economipedia, s.f.). Como se puede apreciar en el gráfico siguiente, el valor del coeficiente  $R^2$  es 0.144, por lo cual se puede concluir que no existe ninguna relación entre los años de residencia en Reino Unido de los encuestados y su nivel de inglés.

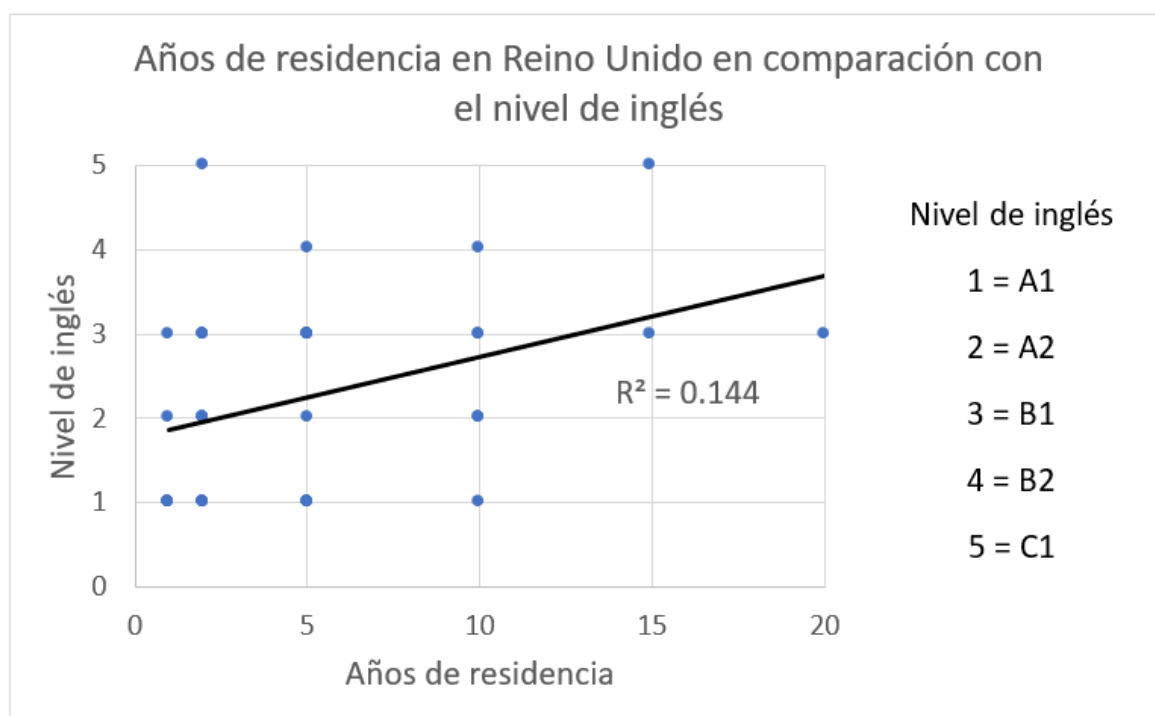


Gráfico 1: Años de residencia en Reino Unido en comparación con el nivel de inglés de los encuestados.

Este resultado se puede atribuir al perfil típico de un estudiante *ESOL*. Un estudio realizado por el *Department for Business, Innovation and Skills* (2013: 115-6) (Departamento de empresas, innovación y habilidades) evaluó el impacto de ciertos cursos académicos para adultos (normalmente, matemáticas, lengua inglesa para nativos, y *ESOL*) y los cursos de formación profesional para adultos (similares a los módulos de formación profesional en España en términos generales) estudiado a un nivel *RQF* inferior al *Level 2* (nivel equivalente a 4º de la ESO en España). Este estudio encontró datos interesantes sobre el perfil de un estudiante *ESOL* como por ejemplo el hecho de que estos presentan un perfil más variado en cuanto a la posesión de cualificaciones

previas comparado con el perfil típico de un estudiante que cursa un nivel por debajo de *Level 2*. Se halló que los estudiantes *ESOL* tenían un perfil más polarizado ya que o no tenían ningún título de estudio previo, o estos poseían títulos universitarios mientras que los típicos estudiantes no *ESOL* presentaban una posesión homogénea de cualificaciones previas. Sin embargo, era más probable que un estudiante *ESOL* no tuviera ningún título de estudio que los estudiantes no *ESOL*. También se encontró que fue más probable que el típico estudiante *ESOL* no se encontrara en posesión de un trabajo en el momento de la realización del estudio y que este nunca hubiera trabajado fuera de casa.

Al analizar los datos sobre el conocimiento de inglés y el nivel de educación del censo de 2011, la *ONS* (2014) encontró que el 46,2 % de las personas con pocos conocimientos de inglés no tenía ningún título educativo. En cuanto a la participación en el mercado laboral, se encontró que solo el 48,3 % de las personas con pocos conocimientos de inglés trabajaba en comparación con el 71,9 % de la población autóctona, y estos solían trabajar como operadores de máquinas y montadores, en la construcción o en trabajos no cualificados.

De forma anecdótica, la profesora de los estudiantes involucrados en este trabajo fin de máster explicó que muchos de los estudiantes que trabajan suelen hacerlo en fábricas o almacenes donde desarrollan su labor en equipos donde todos hablan el mismo idioma y el jefe del equipo es aquel trabajador con mejor dominio del inglés. Por ejemplo, Goodley (2015) en su artículo para el periódico *The Guardian* explicó que en el almacén de *Sports Direct* (tienda de deporte similar a Decathlon), que se encuentra a unos 20 km de Chesterfield, todos los carteles y los anuncios por megafonía se realizaban en inglés y polaco. Sin embargo, también indicó que la mayoría de sus estudiantes son madres y son amas de casa que nunca han trabajado fuera de casa.

El 30 % de los estudiantes *ESOL* era de origen europeo pero la mayor parte de los estudiantes eran de origen *Asian* (asiático), que en inglés británico se refiere a aquellas poblaciones del subcontinente indio. Además, el 70 % de los estudiantes *ESOL* eran mujeres.

*The Casey Review Report* (2016: 94) investigó sobre la inserción laboral y sociocultural de todos los inmigrantes en Reino Unido y no solo de los estudiantes *ESOL*, aunque los resultados de esta investigación se pueden aplicar a los estudiantes *ESOL*. Se encontró que por lo general las mujeres inmigrantes de origen *Asian* tenían conocimientos muy

inferiores de inglés en comparación con los inmigrantes masculinos del mismo origen. Por ejemplo, el 43,8 % de las bangladeshís tenían pocos conocimientos de inglés en comparación con el 19,6 % de los bangladeshís. También se encontró que el 24,6 % de las mujeres de origen polaco tienen pocos conocimientos de inglés, lo que representa el mayor porcentaje entre las poblaciones europeas.

Debido a que el estudiante *ESOL* prototipo es una mujer de origen *Asian* que no tiene ningún título de estudio y es ama de casa o tiene un trabajo no cualificado, es posible entender que no existe ninguna relación entre el nivel del idioma y los años de residencia en Reino Unido.

#### 4.2.2. RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS

En el cuestionario se preguntó si el encuestado había usado un intérprete en la consulta con el médico de familia. Si el encuestado no había usado el servicio de interpretación, tuvo que elegir la razón por la cual no habían usado un intérprete.

Antes de profundizar en las razones por las cuales los encuestados no habían usado un intérprete, es prudente analizar si existen una relación entre los años de residencia y el uso del servicio de interpretación.

Para facilitar el análisis de los datos más adelante se formarán dos grupos de estudiantes con número de miembros parecidos basados en los conocimientos de inglés. El primer grupo se denomina “Conocimientos básicos de inglés” está formado por los encuestados de los niveles A1 y A2, mientras que el otro grupo “Conocimientos intermedios-avanzados de inglés” agrupa los encuestados de los niveles B1 a C1.

Nombre de grupo	Nivel y número de encuestados		Total
<b>Conocimientos básicos de inglés</b>	A1	13	20
	A2	7	
<b>Conocimientos intermedios-avanzados de inglés</b>	B1	13	17
	B2	2	
	C1	2	

Tabla 11: Resumen de los grupos de análisis



#### 4.2.2.1. EL USO DE UN INTÉRPRETE EN LA CONSULTA CON EL MÉDICO DE FAMILIA

En el cuestionario se preguntó si el encuestado había usado un intérprete en la consulta con el médico de familia. Si el encuestado no había contado con el servicio de interpretación, tuvo que elegir la razón por la cual no ha usado un intérprete.

De los encuestados el 65 % nunca ha contado con la ayuda de un intérprete en la consulta con el médico de familia, mientras que el 35 % ha usado un intérprete al menos una vez lo que parece que está de acuerdo con la hipótesis planteada sobre el uso de un intérprete.

Antes de profundizar en las razones por las cuales los encuestados no han usado un intérprete, es prudente analizar si existen una relación entre los conocimientos del idioma y el uso del servicio de interpretación. El siguiente gráfico demuestra que de hecho ninguno de los encuestados con conocimientos básicos de inglés ha contado con el servicio de interpretación en una consulta con el médico de familia. Sin embargo, el 76 % de los encuestados con conocimientos intermedios-avanzados de inglés ha usado un intérprete durante una consulta médica por lo menos una vez.

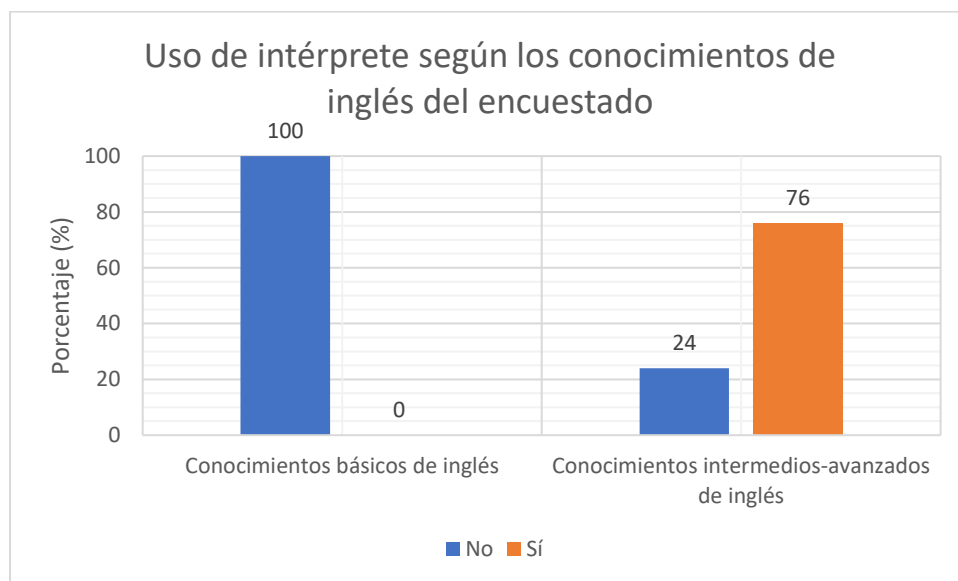


Gráfico 2: Uso de intérprete según los conocimientos de inglés del encuestado

Otro aspecto que se puede analizar es si existe una relación entre los años de residencia en Reino Unido de los encuestados y si han usado un intérprete una vez. Como se ha comentado, no se suelen promocionar los servicios de interpretación por lo cual es posible que un extranjero que lleva más tiempo en Reino Unido sabe que este servicio está a su disposición y por tanto pide cita con intérprete. Al analizar los datos recogidos, la tendencia es que cuanto más tiempo lleva el encuestado en Reino Unido, más probable es

que haya contado con el servicio de interpretación por lo menos una vez, como se puede observar en el gráfico siguiente.

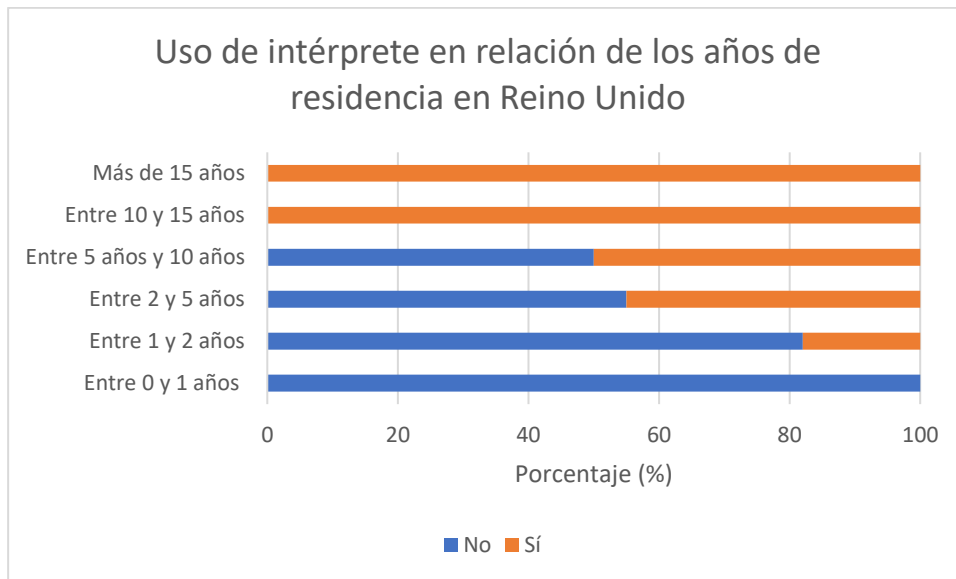


Gráfico 3: Uso de intérprete según los años de residencia en Reino Unido del encuestado

A pesar de que hay una tendencia notable, es importante reconocer que de los 37 encuestados, 28 de ellos (76 %) llevan viviendo menos de 5 años en Reino Unido. Es por ello que es difícil saber si la relación entre los años de residencia y el uso de un intérprete es fiable debido al escaso número de encuestados que han residido periodos más largos en el país.

La mayoría de los encuestados (65 %) nunca ha contado con un intérprete proporcionado por su centro de salud y tuvieron que elegir una razón entre tres opciones por la cual no han usado este servicio. De estos encuestados, la mayoría explicaron que la razón para no usar un intérprete fue que un familiar, un amigo o alguien de su comunidad ha actuado como intérprete (75 %) lo que está de acuerdo con la primera hipótesis. El 17 % respondió que ha intentado usar un intérprete, pero no acudió telefónicamente a la consulta, mientras que el 8 % contestó que su centro de salud no les ha ofrecido este servicio.

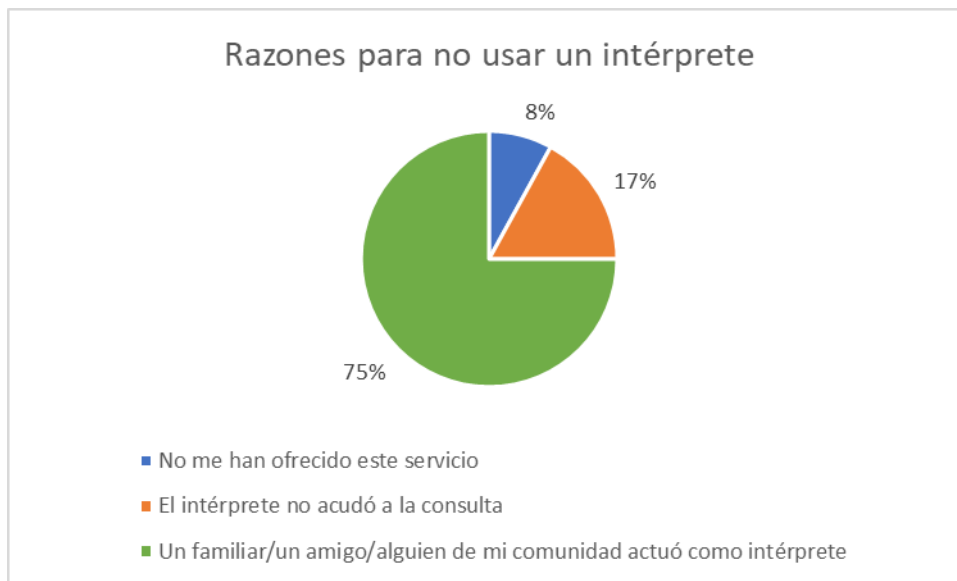


Gráfico 4: Razones elegidas por los encuestados que no han usado un intérprete

Si el encuestado eligió la opción “un familiar/un amigo/alguien de mi comunidad actuó como intérprete”, el autor pidió que el encuestado especificara quién suele actuar como intérprete. Dos tercios de los encuestados que eligieron esta opción indicaron que un familiar actuó como intérprete. El 22 % de los encuestados indicó que un amigo actuó como intérprete, mientras que alguien de su comunidad actuó como intérprete para el 11 % restante.

#### 4.2.2.2. EL USO DE LOS SERVICIOS DE TRADUCCIÓN COMO *GOOGLE TRANSLATE*

En el cuestionario se preguntó si el encuestado ha usado un servicio de traducción automática como *Google Translate* a la hora de comunicarse con el médico de familia.

De los encuestados el 35 % nunca ha usado este tipo de servicio en la consulta con el médico de familia, mientras que el 65 % ha usado este tipo de servicio al menos una vez, lo que equivale a 24 de los 37 encuestados. Al final del cuestionario, los encuestados tuvieron la posibilidad de dejar comentarios acerca de las preguntas anteriores. En relación con los servicios de traducción, 16 de los 24 encuestados que han empleado un servicio de traducción por lo menos una vez en una consulta médica comentaron sobre el uso de este tipo de servicio. Según los comentarios, el comentario más común entre los encuestados era que el 56 % de ellos emplea los servicios de traducción automática para buscar términos médico-sanitarios que desconocen en inglés. Los siguientes comentarios más comunes eran que el encuestado no sabía que existía un servicio de traducción (19 %) y que el intérprete no acudió a la consulta (13 %).

Debido a que la razón más común para usar los servicios de traducción era para buscar términos médico-sanitarios, se ha intentado probar si existe una relación entre los conocimientos de inglés y el uso de estos servicios entre los encuestados. La hipótesis 2 expuso que aquellos pacientes con mejor dominio del inglés, emplean menos estos tipos de servicios. Para poder estudiar esta hipótesis se han analizado las respuestas de los encuestados sobre el uso de los servicios de traducción y su dominio del inglés según los dos grupos de conocimientos previamente descritos. El siguiente gráfico demuestra los resultados de este análisis.

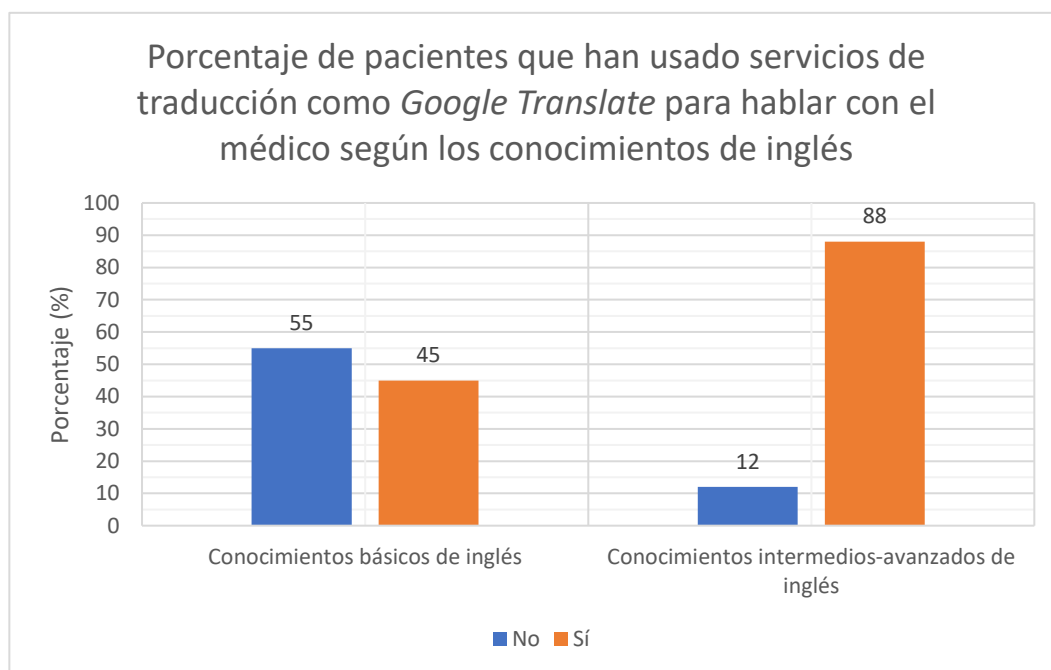


Gráfico 5: Uso de servicios de traducción según los conocimientos de inglés

Los resultados demuestran que el 45 % de los encuestados con conocimientos básicos de inglés ha usado los servicios de traducción, mientras que el 88 % de los encuestados con conocimientos intermedios-avanzados de inglés ha empleado estos servicios. Estos resultados rechazan la hipótesis número 2, debido a que los encuestados que presentaron un mejor dominio del idioma usan los servicios de traducción automático.

Cuando se formuló esta hipótesis se basó en el uso de estos servicios descrito en la revisión bibliográfica, donde se encontró que el uso de *Google Translate* es más común que el uso de un intérprete. Sin embargo, en este estudio la mayoría de los encuestados han usado estos servicios como un diccionario online para traducir una palabra o una parte de una frase en lugar de frases enteras. El uso de estos servicios en lugar de un intérprete solo fue descrito por 6 de los 37 encuestados, debido a que 3 de ellos no sabían que podían

usar un intérprete, y en el caso de los otros 3 encuestados, el intérprete no acudió a la consulta médica.

En cuanto a la relación entre los años de residencia en Reino Unido con el uso de los servicios de traducción online, no existe ninguna tendencia. Como se puede observar en el siguiente gráfico, tanto todos los encuestados que llevan menos de un año en Reino Unido como todos de los que llevan entre 10 y 15 años o más de 15 años han usado los servicios de traducción online.

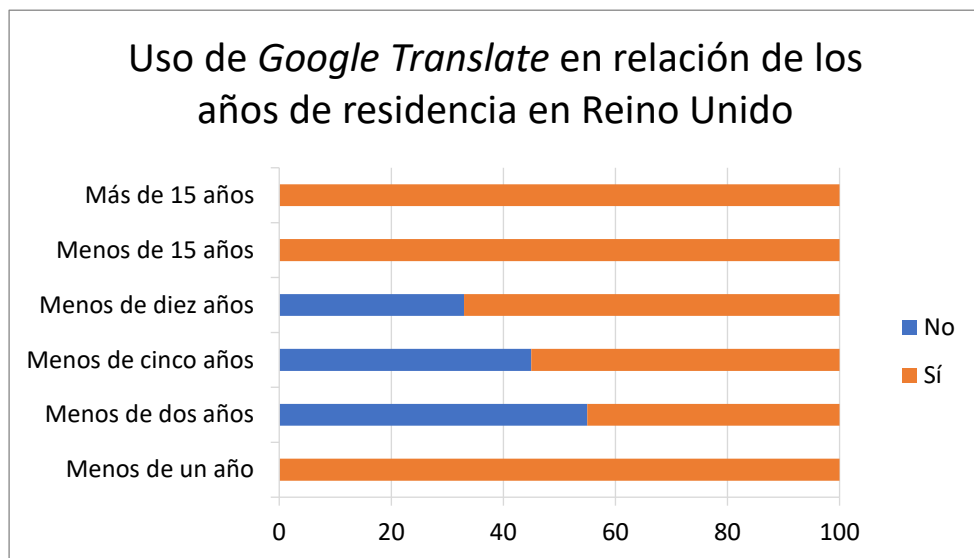


Gráfico 6: Uso de servicios de traducción según los años de residencia en Reino Unido

También, cuando se calculó el coeficiente de determinación,  $R^2$ , el resultado era 0.018. Debido a que el valor del coeficiente es casi 0, se puede concluir que no existe ninguna relación entre los años de residencia en Reino Unido de los encuestados y su uso de los servicios de traducción.

#### 4.2.2.3. LA ENTREGA DE INFORMACIÓN SANITARIA IMPRESA EN INGLÉS

En la consulta con el médico de familia, el proceso comunicativo médico-paciente suele ser de forma oral. Sin embargo, a veces los médicos de familia dan información impresa a los pacientes o les dirigen a los folletos que se encuentran en las salas de espera en los centros de salud en Reino Unido. Es posible que el médico de familia también imprima o dirija al paciente al artículo necesario en la página web *NHS Choices* debido a que contiene mucha información médica escrita en un registro más simple. Esta página web también tiene la opción de traducirla en los idiomas ofrecidos por *Google Translate*. Así, la entrega de información escrita forma parte del proceso comunicativo entre el médico y

el paciente y, por tanto, es interesante investigar este tipo de comunicación cuando el paciente no es angloparlante. Como hipótesis, se previó que los médicos solo dan información impresa en inglés a los pacientes con mayores conocimientos del idioma.

El 41 % de los encuestados ha recibido información impresa o escrita en inglés en una consulta con el médico de familia, mientras que el 59 % nunca ha recibido información impresa en inglés. En cuanto a la relación entre los conocimientos de inglés y la entrega de información impresa, se puede apreciar una tendencia. En el gráfico siguiente, se puede observar que el 82 % de los encuestados con conocimientos intermedios-avanzados de inglés ha recibido información impresa en inglés por lo menos una vez del médico de familia, en comparación con el 35 % de los pacientes con conocimientos básicos del idioma. Estos resultados hacen que se acepte la hipótesis 3 como verdadera, ya que cuanto mayor es el conocimiento del idioma, más probable es que el paciente reciba información impresa en inglés.

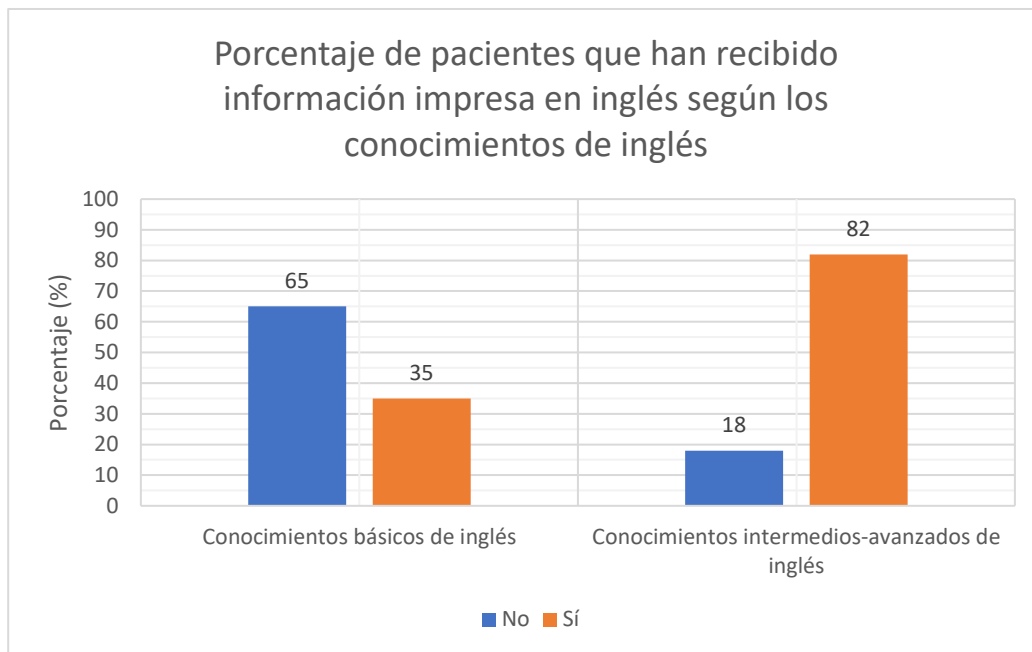


Gráfico 7: Entrega de información impresa por el médico de familia según los conocimientos de inglés

En cuanto a la relación entre los años de residencia y la entrega de información impresa en inglés, no existe ninguna tendencia, como se puede observar en el gráfico siguiente.

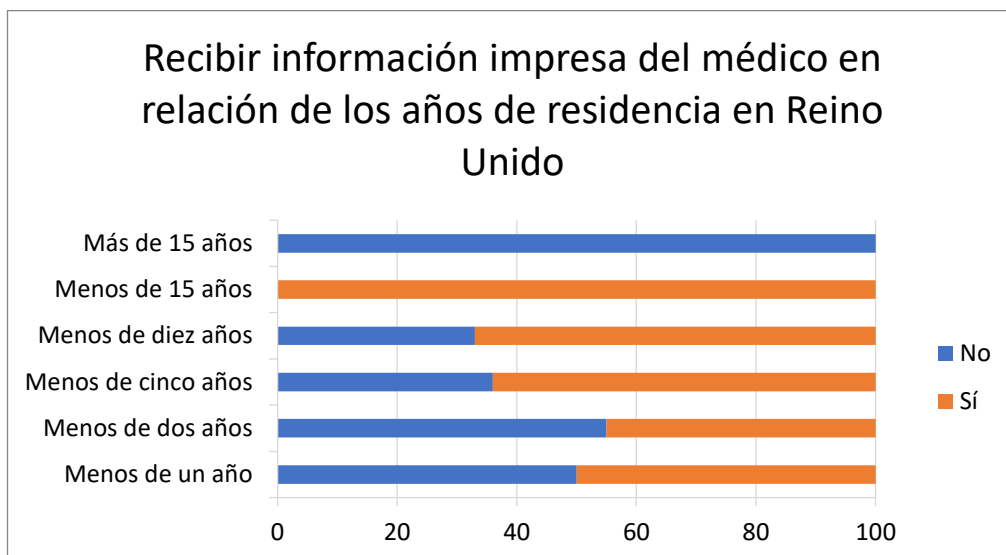


Gráfico 8: Entrega de Información impresa por el médico de familia según los años de residencia

También, cuando se calculó el coeficiente de determinación,  $R^2$ , el resultado era 0.0103, por lo cual se puede concluir que no existe ninguna relación entre los años de residencia en Reino Unido de los encuestados y su uso de los servicios de traducción debido al valor inferior del coeficiente.

#### 4.2.2.4. LA ENTREGA DE INFORMACIÓN SANITARIA IMPRESA EN EL IDIOMA DEL PACIENTE

Solo uno de los encuestado ha recibido información sanitaria impresa en su idioma y este encuestado lleva entre 2 y 5 años en Reino Unido y pertenece al grupo con conocimientos básicos de inglés. Cuando se realizó el grupo de discusión con los sanitarios que trabajan en un centro de salud de Chesterfield, solo uno de ellos ha entregado información de *NHS Choices* en el idioma del paciente junto con la versión original en inglés, debido a que este médico no se fiaba de las traducciones online. Sus compañeros estaban de acuerdo con la escasa fiabilidad de las traducciones hechas por servicios como *Google Translate* y, por esta razón, solo entregan información impresa en inglés.

Aunque existen enlaces a información traducida en la página web de *NHS Choices*, esta información está traducida por organizaciones sin ánimo de lucro o información en otros idiomas que hace referencia a otros sistemas de salud internacionales, por lo cual se desconoce la precisión de la traducción y es probable que la información sea poco útil para los pacientes de *NHS* debido a que no se refiere al sistema británico de salud. Como comentó la participante 3 en el grupo de discusión, algunas áreas sanitarias (*Trusts*) tienen

algunos folletos con información traducida en algunos idiomas hablados en la zona, pero los problemas principales con estos folletos eran la falta de actualización o revisión de ellos y, por tanto, era mejor no usarlos.

Por tanto, el hecho de que solo uno de los 37 encuestados haya recibido información impresa en su propio idioma no era sorprendente, debido a que los folletos impresos en otros idiomas no suelen estar disponibles en los centros de salud y es más fácil dirigir al paciente a la página web de *NHS Choices* que se puede traducir con *Google Translate*.

#### 4.2.2.5. OPINIONES SOBRE LOS SERVICIOS LINGÜÍSTICOS DISPONIBLES EN EL CENTRO DE SALUD

La última pregunta del cuestionario trató sobre la satisfacción de los encuestados con los servicios lingüísticos ofrecidos por su centro de salud. Los encuestados tuvieron que elegir sí o no y dejar un comentario sobre su elección de respuesta. El 59 % de los encuestados contestó que no estaban contentos con los servicios lingüísticos en su centro de salud. Al analizar los resultados de esta pregunta según los conocimientos de inglés, se observa que cuanto mayor es el dominio del inglés, más satisfecho es el encuestado con los servicios lingüísticos, como se demuestra en el gráfico siguiente.

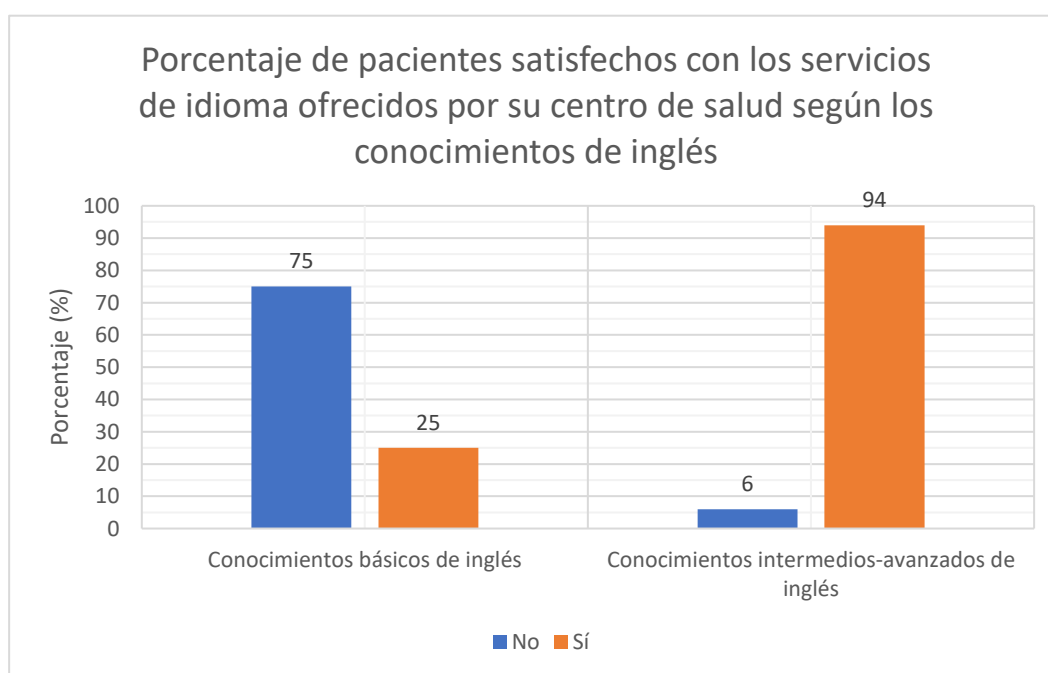


Gráfico 9: Satisfacción con los servicios lingüísticos según los conocimientos de inglés



El 75 % de los encuestados con conocimientos básicos de inglés no estaba satisfechos con los servicios lingüísticos ofrecidos por su centro de salud, en comparación con solo el 6 % de los que tienen conocimientos intermedios-avanzados de inglés.

Al analizar los comentarios dejados por los encuestados que no estaban satisfechos con los servicios lingüísticos, se pueden separar en tres categorías. El 12 % de estos encuestados comentó que no sabían que podían tener un intérprete en una consulta médica, mientras que el 18 % explicó que las ayudas lingüísticas, como los intérpretes o la información escrita en otros idiomas, deben estar más anunciadas y/o deben mejorarse por ejemplo la formación técnica o sociocultural del intérprete. El resto de los encuestados no satisfechos (70 %) dijo que los servicios deben mejorarse porque no deben depender de sus familiares, amigos u otras personas de su comunidad para actuar como intérprete.

Sin embargo, el 30 % de los encuestados que estaban satisfechos con los servicios lingüísticos ofrecidos explicaron que no necesitan más ayuda en una consulta médica ya que cuentan con la ayuda de un familiar, un amigo o alguien de su comunidad que actúa como intérprete. El 25 % de los encuestados satisfechos estaba contentos con el intérprete o los intérpretes que han tenido anteriormente en las consultas médicas, mientras que el 45 % explicó que no necesitan un intérprete, por tanto, están satisfechos con los servicios lingüísticos ofrecidos.

En cuanto a la relación entre los años de residencia en Reino Unido y la satisfacción o no con los servicios lingüísticos ofrecidos, cuando se calculó el coeficiente de determinación,  $R^2$ , el resultado era 0.03. Por tanto, se puede concluir que no existe ninguna relación entre los años de residencia en Reino Unido de los encuestados y la satisfacción de los encuestados con los servicios lingüísticos en su centro de salud.

## 5. CONCLUSIONES

El enfoque de este trabajo fin de máster ha sido investigar las experiencias actuales del proceso comunicativo entre los pacientes no anglófonos y los profesionales sanitarios de atención primaria en el *NHS*. Debido a la complejidad del *NHS*, la investigación se realizó en un pueblo concreto, Chesterfield, que se encuentra en el norte de Inglaterra.

La primera sección del trabajo introdujo la justificación del objeto del estudio además de desarrollar la pregunta del estudio, mientras que la segunda sección dio una breve introducción sobre la inmigración en Reino Unido, la estructura y organización del *NHS*, la política actual del *NHS* sobre el uso del *NHS* por los no residentes en Reino Unido y la población inmigrante de Chesterfield. También se incluyó una revisión bibliográfica de estudios previos sobre la interpretación, el uso de *Google Translate* y los folletos informativos destinados a pacientes con pocos conocimientos de inglés en el *NHS*.

La tercera sección describió la metodología para conseguir los datos para contestar la pregunta del estudio. Para recoger datos sobre las experiencias de los sanitarios en cuanto al proceso comunicativo con pacientes no anglófonos, se organizó un grupo de discusión formado por 4 sanitarios de un centro de salud en Chesterfield. Las experiencias de los pacientes no anglófonos se recogieron mediante un cuestionario con estudiantes de inglés como segundo u otro idioma (*ESOL*) del colegio de formación profesional de Chesterfield.

Finalmente, la cuarta sección describió tanto los resultados del grupo de discusión como los resultados de los cuestionarios.

Al analizar los datos recogidos, es posible ver que el servicio de interpretación está infrutilizado tanto por los profesionales sanitarios como los pacientes, lo que concuerda con estudios anteriores. Los profesionales sanitarios indicaron que el servicio de interpretación es difícil de organizar y que existen dudas sobre la calidad de dicho servicio. También indicaron que el servicio de interpretación no se suele anunciar en los centros de salud, y esta puede ser la razón por la cual todos los pacientes con conocimientos básicos de inglés no han contado nunca con la ayuda de un intérprete. Es posible que en algunos casos exista una explicación cultural para este fenómeno debido a que algunos pacientes han comentado que no necesitan un intérprete porque prefieren contar con la ayuda de un familiar o un conocido. La mayoría de los pacientes ha contado con un familiar como intérprete ya sea por no tener conocimiento del servicio o por elección.

Los profesionales sanitarios no estaban de acuerdo sobre *Google Translate* como herramienta de traducción debido a cuestiones sobre la fiabilidad de la traducción. Estudios anteriores indicaron que esta herramienta no es adecuada para traducir una conversación médica. Sin embargo, el uso por los pacientes descrito en este estudio fue más como un diccionario online para traducir palabras o frases pequeñas y no como un sustituto para un intérprete. Este uso de *Google Translate* era inesperado y no se han encontrado estudios anteriores que describan dicho uso.

En cuanto a la información escrita, como folletos solo uno de los pacientes involucrados en este estudio ha recibido información en su propio idioma. Este no fue sorprendente debido a que el *NHS* no publica información en otros idiomas y la información traducida o es producida por organizaciones caritativas o es información traducida de forma automática por *Google Translate*. El uso de folletos con los pacientes no anglófonos por los profesionales sanitarios es distinto, pero por lo general suelen dar los folletos a los pacientes con mejores conocimientos de inglés, lo que está de acuerdo con los resultados de los estudiantes *ESOL*.

En conclusión, este estudio ha encontrado que tanto los profesionales sanitarios como los pacientes piensan que los servicios lingüísticos en atención primaria necesitan ser mejorados, para poder así aumentar la calidad de estos servicios en aquellos pacientes no nativos del inglés que no poseen altos conocimientos del idioma.

Sin embargo, este estudio presenta limitaciones debido a la complejidad de la estructura del *NHS* y que cada centro de salud es una entidad independiente, por tanto los resultados no se pueden extrapolar a nivel nacional.

## 6. LIMITACIONES DEL TRABAJO

El presente trabajo está sujeto a varias limitaciones. En primer lugar, como el trabajo consideró las experiencias de los pacientes no anglófonos en Reino Unido, solo se han leído artículos sobre los temas adecuados escrito en inglés.

Debido a la estructura compleja del *NHS* es difícil sacar conclusiones a nivel nacional, por tanto, ha sido necesario enfocar el estudio en una zona en concreto. En este trabajo se eligió Chesterfield por la facilidad del autor para encontrar tanto sanitarios como pacientes para formar parte del estudio. Es probable que si el estudio se hubiera hecho en una ciudad con una mayor tasa de inmigración tanto las opiniones de los sanitarios como los resultados del cuestionario hubieran sido distintos.

La población de pacientes no nativos de inglés fue difícil de encontrar. Debido a las limitaciones de tiempo y de recursos, se necesitó buscar una manera fácil de encontrar no nativos de inglés. Para encontrar una población de no nativos en Chesterfield lo suficientemente grande para conseguir datos, estudiantes de inglés como lengua extranjera que estudian en el colegio de formación profesional de Chesterfield fueron reclutados para contestar a un cuestionario. Los conocimientos de inglés varían entre los estudiantes, pero había bastante más estudiantes con menores conocimientos (niveles A1 y A2) en comparación con los que tenía conocimientos más avanzados (niveles B2 y C1). Debido al método empleado para conseguir datos, los participantes no forman una muestra aleatoria y es probable que no representen bien la composición de la población no nativa de Chesterfield.

Como se ha comentado anteriormente, la gestión de cada centro de salud es privada y, por tanto, las políticas y las normas empleadas para el servicio de atención primaria varían según el centro de salud. En Chesterfield hay 7 centros de salud y aunque por razones éticas no se preguntó a los participantes a qué centro de salud pertenezcan, es poco probable que pertenezcan a un centro de salud en concreto. Por tanto, es posible que algunos centros de salud en la zona de Chesterfield promocionen más el uso de intérpretes a los pacientes no nativos de inglés.

Otra limitación es que todos los sanitarios entrevistados trabajan en un centro de salud en Chesterfield, y como se ha comentado en el párrafo anterior, cada centro de salud es distinto y por tanto puede que las experiencias de los sanitarios en este centro de salud de

Chesterfield no sean representativas de las experiencias en todos los centros de salud de la zona.

## 7. POSIBLES INVESTIGACIONES FUTURAS

En este trabajo fin de máster se han investigado las experiencias de los pacientes no anglófonos y los sanitarios de la atención primaria en el proceso comunicativo en la zona de Chesterfield, Reino Unido. Existen varias posibilidades de extender la investigación sobre este proceso comunicativo.

Una posibilidad es repetir el estudio realizado en este trabajo en otro pueblo parecido para ver si los resultados conseguidos se parecen. Otra posibilidad es realizar un estudio parecido en zonas con un índice de inmigración más alto. También se podría realizar un estudio en un servicio de urgencias o en un hospital.

Varios participantes mencionaron que han usado servicios de traducción automática como *Google Translate* como herramienta para traducir una palabra en concreto o una serie de palabras en lugar de frases completas en las consultas médicas y, por tanto, una investigación sobre el uso y la precisión de estos servicios en un entorno médico-paciente podría ser interesante.

Aunque queda fuera del alcance de este trabajo, sería interesante investigar el efecto que tiene el uso de un intérprete no formado sobre la tasa de diagnóstico erróneo. Varios investigadores (Wilson, 1993; Tabassum y otros, 2000) han encontrado que existe una tasa mayor de diagnóstico erróneo al usar un intérprete no formado.

Otra posibilidad sería investigar si existen diferencias significativas a la hora de diagnosticar y recetar a pacientes no anglófonos según la intervención lingüística empleada. Es decir, si existe una diferencia en el tiempo necesario para diagnosticar un paciente no anglófono dependiendo de si usa un conocido como un pariente, amigo u otra persona de su comunidad, los servicios de traducción automática, un intérprete con formación que ha sido empleado por el servicio de interpretación contratado por el centro de salud o ninguna intervención lingüística.

Finalmente, otra posibilidad es investigar si el uso de los folletos informativos o las instrucciones sobre la toma de medicamentos escritos en el idioma del paciente ayudan a mejorar el pronóstico clínico. Para esta investigación, sería necesario escoger una comunidad lingüística en concreto, además de enfocarse en alguna enfermedad en concreto, por ejemplo, la diabetes, para conseguir datos de los que se puedan extraer conclusiones útiles.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Ali N. y Burchett H. (2004) Experiences of Maternity Services: Muslim Women's Perspectives. *Maternity Alliance, London*, pp. 4, 10. Disponible en <https://www.maternityaction.org.uk/wp-content/uploads/2013/09/muslimwomensperiencesofmaternityservices.pdf> (fecha de último acceso: 28/09/2019)

APHO – Association of Public Health Observatories (2005) Indications of public health in the English regions, 4: ethnicity and health, p. 12. Disponible en <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20170106081634/http://www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=39296> (fecha de último acceso: 28/09/2019)

Balk E.M., Chung M., Chen M.L., Trikalinos T.A. y Kong Win Chang L. (2013) *Assessing the Accuracy of Google Translate To Allow Data Extraction From Trials Published in Non-English Languages*. Methods Research Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 12(13)-EHC145-EF. p21. Disponible en <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/data-extraction-google/research> (fecha de último acceso: 01/10/2019)

Bevan A. (1952) *In Place of Fear*. Londres: Simon and Schuster, p.85

Bischoff A., Perneger T.V., Bovier P.A., Louton L. y Stalder H. (2003) Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, **53**, 541–546.

BMA (2013) *Running a general practice*, disponible en <https://www.bma.org.uk/advice/employment/gp-practices/service-provision/prescribing/advice-for-dispensing-gps/the-gp-practice/running-a-general-practice> (fecha de último acceso: 28/09/2019)

Börner N., Sponholz S., König K., Brodkorb S., Bühner C. y Roehr C.C. (2013) Google Translate is not sufficient to overcome language barriers in neonatal medicine. *KlinPadiatr* **225**:413-7.

British Council (s.f.) *ESOL Level Descriptors*, disponible en <https://esol.britishcouncil.org/sites/default/files/attachments/informational-page/ESOL%20level%20descriptors.pdf> (fecha de último acceso: 28/09/2019)

British Medical Association (2017) BREXIT BRIEFING: Reciprocal healthcare between the UK and the EU, p. 7. Disponible en <https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/collective%20voice/influence/europe/bma-brexite-briefing-reciprocal-healthcare.pdf?la=en> (fecha de último acceso: 01/10/2019)

Casey L. (2016) The Casey Review Report, p. 94. Disponible en [assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/575973/The\\_Casey\\_Review\\_Report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/575973/The_Casey_Review_Report.pdf) (fecha de último acceso 08/10/2019)

Chang J., Peysakhovich F., Wang W. y Zhu J. (2011) The U.K. health care system. pp. 3-11. Disponible en <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-uk.pdf> (fecha de último acceso: 28/09/2019)

City and Guilds (2018) *Maths and English Qualification Factsheet: ESOL Skills for Life*. Disponible en [https://www.cityandguilds.com/-/media/documents/what-we-offer/maths-english/4692\\_esol\\_skills\\_for\\_life\\_factsheet\\_v3-pdf.ashx](https://www.cityandguilds.com/-/media/documents/what-we-offer/maths-english/4692_esol_skills_for_life_factsheet_v3-pdf.ashx) (fecha de último acceso: 28/09/2019)

City and Guilds (2019) <https://www.cityandguilds.com/> (fecha de último acceso: 28/09/2019)

Cowper A. (2016) Visible and valued: the way forward for the NHS's hidden army. *Health Service Journal*. Disponible en <https://www.hsj.co.uk/non-clinical-workforce/visible-and-valued-the-way-forward-for-the-nhss-hidden-army/7005016.article> (fecha de último acceso: 28/09/2019)

Culley L.A., Rapport F., Katbamna S., Johnson M. y Hudson N. (2004) *A Study of the Provision of Infertility Services to South Asian Communities*. De Montfort University, Leicester. Department of Health. p. 37. Disponible en <https://www.dmu.ac.uk/documents/research-documents/health-and-life-sciences/reproduction-research/endopart/asfertshortreport.pdf> (fecha de último acceso: 28/09/2019)

Department for Business, Innovation and Skills (2013), Evaluation of the Impact of Learning Below Level 2, p115-6

Department of Health and Social Care (2018) *New law proposed to safeguard UK citizens' healthcare abroad after Brexit*. Disponible en



<https://www.gov.uk/government/news/new-law-proposed-to-safeguard-uk-citizens-healthcare-abroad-after-brexit> (fecha de último acceso: 28/09/2019)

Economipedia (s.f.) *Coeficiente de determinación*. Disponible en <https://economipedia.com/definiciones/r-cuadrado-coeficiente-determinacion.html> (fecha de última acceso: 28/09/2019)

El Ansari W., Newbigging K., Roth C., y Malik F. (2009) The role of advocacy and interpretation services in the delivery of quality healthcare to diverse minority communities in London, United Kingdom, *Health and Social Care in the Community* **17**(6), 636-646

Farrugia P., Petrisor B.A., Farrokhyar F. y Bhndari M. (2010) Research questions, hypotheses and objectives. *Can J Surg* **53**(4), 278–281

Feder G., Crook A.M., Magee P., Banerjee S., Timmis A.D. y Hemingway H. (2002) Ethnic differences in invasive management of coronary disease: prospective cohort study of patients undergoing angiography. *BMJ* **324**, 511–516.

Fiscella K., Franks P., Gold M.R. y Clancy C.M. (2000) Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *The Journal of the American Medical Association* **283**, 2579–2584.

Free C., Green J., Bhavani V. y Newman A. (2003) Bilingual young people's experiences of interpreting in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract* **53**, 530-5

Gill P.S., Shankar A., Quirke T. y Freemantle N. (2009) Access to interpreting services in England: secondary analysis of national data. *BMC Public Health* **9**: 12.

GMC (2013) *Good Medical Practice*. Disponible en <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice/duties-of-a-doctor> (fecha de último acceso 01/10/19)

Gomes L. (2010) Google Translate tangles with computer learning, *Forbes* 2010 Jul 22.

Goodley S. (2015) A day at 'the gulag': what it's like to work at Sports Direct's warehouse. *The Guardian* 2015 Dec 09.

Gov.uk, (1998) *Human Rights Act*. Disponible en <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1998/42/contents> (fecha de último acceso 01/10/19)

Gov.uk, (2018) *How the NHS charges overseas visitors for NHS hospital care*. Disponible en <https://www.gov.uk/government/publications/how-the-nhs-charges-overseas-visitors-for-nhs-hospital-care/how-the-nhs-charges-overseas-visitors-for-nhs-hospital-care> (fecha de último acceso 01/10/19)

Gov.uk (sin fecha) *Pay for UK healthcare as part of your immigration application*. Disponible en <https://www.gov.uk/healthcare-immigration-application> (fecha de último acceso 01/10/19)

Hampers L.C. y McNulty J.E. (2002) Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* **156** (11), 1108– 1113.

Health Talk (2019a) *What is primary care?*. Disponible en <http://www.healthtalk.org/young-peoples-experiences/seeing-gp-advice-and-tips-young-people/what-primary-care> (fecha de último acceso 01/10/19)

Health Talk (2019b) *What is secondary care?*. Disponible en <http://www.healthtalk.org/young-peoples-experiences/seeing-gp-advice-and-tips-young-people/what-secondary-care> (fecha de último acceso 01/10/19)

Heer B. (2004) *Building Bridges for Health: Exploring the Potential for Advocacy in London*. King's Fund, London. Disponible en [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/building-bridges-health-exploring-potential-for-advocacy-london-baljinder-heer-kings-fund-1-december-2004.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/building-bridges-health-exploring-potential-for-advocacy-london-baljinder-heer-kings-fund-1-december-2004.pdf) (fecha de último acceso 01/10/19)

Home Office (2000) *The Race Relations Amendment Act 2000*. Londres: HMSO

Home Office (2015) *Immigration Health Surcharge*. Londres: HMSO

Hulley S., Cummings S., Browner W., Grady D. y Newman T. (2007) *Designing clinical research*. 3ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins

Jayaweera H., D'Souza L. y Garcia J. (2005) A local study of childbearing Bangladeshi women in the UK. *Midwifery* **21**, 84–95

Jones D. (2007) Should the NHS curb spending on translation services? *BMJ*, **334**(7590), 399.

Jones D. y Gill P. (1998) Breaking down language barriers. The NHS needs to provide accessible interpreting services for all. *BMJ* **316**, 1476

Kravitz R.L., Helms L.J., Azari R., Antonius D. y Melnikow J. (2000) Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. *Medical Care* **38** (7), 728–738.

Local Stats (2018) disponible en <http://localstats.co.uk/census-demographics/england/east-midlands/chesterfield> (fecha de último acceso 01/10/19)

Macpherson W. (1999) *Macpherson Report*, disponible en <https://www.gov.uk/government/publications/the-stephen-lawrence-inquiry> (fecha de último acceso 01/10/19)

Manson A. (1988) Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma. *Medical Care*, **26**(12), 1119–1128.

Millett C., Saxena S., Ng A., Mainous A. y Majeed A. (2007) Socio-economic status, ethnicity and diabetes management: an analysis of time trends using the health survey for England. *Journal of Public Health* **29** (4), 413–419.

NE Derbyshire.gov (2009) *Sustainable Community Strategy 2009-2026*, disponible en [https://www.nederbyshire.gov.uk/images/Repository/S/Sustainable\\_Community\\_Strategy\\_2009-2026.pdf](https://www.nederbyshire.gov.uk/images/Repository/S/Sustainable_Community_Strategy_2009-2026.pdf) p.55 (fecha de último acceso 19/10/19)

NHS (2016a) *When you need to pay towards NHS care*, disponible en <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/help-with-health-costs/when-you-need-to-pay-towards-nhs-care/> (fecha de último acceso 01/10/19)

NHS (2016b) *Travelling outside the European Economic Area (EEA)*, disponible en <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/healthcare-abroad/healthcare-when-travelling-abroad/travelling-outside-the-european-economic-area-eea/> (fecha de último acceso 01/10/19)

NHS (2018) *Principles and values that guide the NHS*, disponible en <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/principles-and-values/> (fecha de último acceso 01/10/19)

NHS Choices (2017) *Health information in other languages*, disponible en <https://www.nhs.uk/aboutnhschoices/aboutnhschoices/accessibility/pages/other-languages-section.aspx> (fecha de último acceso 01/10/19)

NHS Clinical Commissioners (2018) *About CCGs*, disponible en <https://www.nhscc.org/ccgs/> (fecha de último acceso 01/10/19)

NHS Sheffield CCG (2017) *Access to Infertility treatment*, disponible en <https://www.sheffieldccg.nhs.uk/Downloads/About%20US/Documents%20Policies%20and%20Publications/YH%20Fertility%20Policy%202017%201.pdf> (fecha de último acceso 01/10/19)

NICE (2017) *Fertility problems: assessment and treatment*, disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156/ifp/chapter/in-vitro-fertilisation> (fecha de último acceso 01/10/19)

North Derbyshire CCG (2014) *Commissioning Policy for In Vitro Fertilisation (IVF)/ Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) within tertiary Infertility Services*, disponible en [http://www.northderbyshireccg.nhs.uk/clinical\\_guidelines](http://www.northderbyshireccg.nhs.uk/clinical_guidelines) (fecha de último acceso 01/10/19)

Nuffield Trust (2015) *Is a 'postcode lottery' in health justified?*, disponible en <https://www.nuffieldtrust.org.uk/event/is-a-postcode-lottery-in-health-justified>

Nuffield Trust (2018) *The NHS workforce in numbers*, disponible en <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/the-nhs-workforce-in-numbers> (fecha de último acceso 01/10/19)

ONS (2013) *Language in England and Wales: 2011*, disponible en <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/language/articles/languageinenglandandwales/2013-03-04> (fecha de último acceso 01/10/19)

ONS (2015) *People who cannot speak English well are more likely to be in poor health*, disponible en <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/language/articles>

[es/peoplewhocannotspeakenglishwellaremorelikelytobeinpoorhealth/2015-07-09](https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.349.7392) (fecha de último acceso 01/10/19)

Paluzzi J. (2010) Results of using Google Translate for medical communication on the Android OS. Disponible en <https://www.imedicalapps.com/2010/07/results-of-using-google-translate-for-medical-communication-on-the-android-os/> (fecha de último acceso 01/10/19)

Patil S. y Davies P. (2014) Use of Google Translate in medical communication: evaluation of accuracy, *BMJ* **349**(7392) 1-3

Phillimore J. (2015) Delivering maternity services in an era of super-diversity: the challenges of novelty and newness, *Ethnic and Racial Studies* **38**(4), 568-582

Primatesta P., Bost L. y Poulter N.R. (2000) Blood pressure levels and hypertension status among ethnic groups in England. *Journal of Human Hypertension* **14** (2), 143–148

Ramirez A.G. (2003) Consumer-provider communication research with special populations. *Patient Education Counsel*, **50**(1), 51–54.

Roland M., Guthrie B. y Thomé, D.C. (2012) Primary Medical Care in the United Kingdom. *J Am Board Fam Med*, **25** (1), 6-11.

Rowe R. y Garcia J. (2003) Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *Journal of Public Health Medicine* **25**, 113–119.

Sackett D., Strauss S., Richardson W., Rosenberg W. y Haynes R. (2000) Evidence-based medicine: how to practice and teach evidence-based medicine. 2ª ed. Edimburgo, Churchill Livingstone

Sarver J. y Baker D. (2000) The effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *Journal of General Internal Medicine* **15**, 256–264.

Smedley B.D., Stith A.Y. y Nelson A.R. (2003) *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Institute of Medicine, Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care, Washington, D C.

Szczepura A. (2005) Access to health care for ethnic minority populations. *Postgraduate Medical Journal* **81** (953), 141–147.

Tabassum R., Macaskill A. y Ahmad I. (2000) Attitudes towards mental health in an urban Pakistani community in the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, **4**(3), 170–181.

The King's Fund (2017a) *How the NHS is funded*, disponible en <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded> (fecha de último acceso 01/10/19)

The King's Fund (2017b) *How is the NHS structured?*, disponible en <https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/how-new-nhs-structured> (fecha de último acceso 01/10/19)

Travers T., Tunstall R. y Whitehead C. (2007) *Population Mobility and Service Provision: A Report for London Councils*, Londres: LSE.

Tribe R. y Tunariu A. (2009) Mind your language: working with interpreters in healthcare settings and therapeutic encounters, *Sexual and Relationship Therapy* **24**(1), 74-84

UK Census Data (2018) disponible en <http://www.ukcensusdata.com/chesterfield-e07000034#sthash.ZQVrEroO.dpbs> (fecha de último acceso 01/10/19)

Wilson M. (1993) *Mental health and Britain's Black communities*. Londres: The King's Fund.

Ziguras S., Klimidis S., Lewis J. y Stuart, G. (2003) Ethnic matching of clients and clinicians and use of mental health services by ethnic minority clients. *Psychiatric Service*, **54**(4), 535–541.

**ANEXO: CUESTIONARIO PARA LOS ESTUDIANTES**

**Questionnaire – Visiting a GP (Doctor) in the UK**

Please mark your answers with X.

1. What is your level of English?

E1		E2		E3		L1		L2	
----	--	----	--	----	--	----	--	----	--

2. How long have you lived in the UK?

Less than a year	
Up to 2 years	
Up to 5 years	

Up to 10 years	
Up to 15 years	
More than 15 years	

3. Have you visited a GP (doctor) in the UK?

Yes		No	
-----	--	----	--

4. Have you ever used an interpreter with the GP (doctor)?

Yes		No	
-----	--	----	--

5. If no, why not?

I do not need an interpreter	
No interpreter available	
No interpreter was offered	
A family member/a friend/ someone from my community interpreted for me	

6. Have you used a translation service, like Google Translate, to talk to the doctor?

Yes		No	
-----	--	----	--

7. Have you been given printed information in English at the GP surgery?

Yes		No	
-----	--	----	--

8. Have you been given printed information in your own language at the GP surgery?

Yes		No	
-----	--	----	--

9. Are you happy with the language services offered at the GP surgery? Please write a comment with your answer.

Yes		No	
-----	--	----	--

10. If you have any more comments, please write your comments here