



**Estudio de caso sobre los recursos lingüísticos en
Klinik (hospital de referencia de Tirol) y
percepciones del personal sanitario sobre los
servicios de mediación**

SBA032: Trabajo de Fin de Máster

Itinerario investigador

Máster en Traducción Médico-sanitaria

Curso 2019-2020

Autora: Inés Condoy Franco

DNI: 53757216Y

al386754@uji.es

Tutora: Dora Sales

Resumen

En el contexto de la atención sanitaria, una comunicación adecuada resulta imprescindible, en todos los sentidos. Es necesaria para conocer los síntomas de los pacientes, para tranquilizarlos, y de esta forma reducir la sensación de vulnerabilidad que conlleva acudir a un hospital, y para poder tratarlos. En consecuencia, y con el fin de asegurar una correcta atención al paciente, los sistemas sanitarios se encuentran ante la necesidad de proveer asistencia lingüística a todos aquellos pacientes que no dominen el idioma de dicho enclave. Una situación que se ha visto acentuada por la globalización y la gran movilidad de la población en los últimos años.

Sin embargo, la falta de reconocimiento de los expertos en interpretación y mediación supone una barrera no solo en la consulta, sino también a la hora de acceder a estos recursos. Por este motivo en el presente Trabajo de Fin de Máster se ha estudiado, por una parte, la disponibilidad de estos recursos de asistencia lingüística en Klinik, el hospital de referencia en Tirol, donde se registran cifras significativas tanto de inmigración como de turismo, principalmente relacionado con los deportes de riesgo. Por otra parte se han estudiado las percepciones al respecto, por parte de sus profesionales.

Palabras clave: interpretación sanitaria, mediación, recursos, reconocimiento, asistencia lingüística

Abstract

In healthcare context, it seems essential to have an adequate communication. It is necessary to know patient's symptoms, to make them feel calm, so the vulnerability feeling of going to hospital would be reduced, and to treat them. Therefore, with the aim to provide a proper patient care, health systems have to facilitate linguistic assistance to those patients, who don't master the local language. A situation that has been increased by globalization and population mobility in the last years.

Nevertheless, the lack of interpreters and mediation recognition means an obstacle, not only for consultations, but as well to access the different resources. This is why with this Master Thesis it has been studied, on the one hand, the availability to these linguistic assistance resources in Klinik, Tirol's referral hospital, where significant numbers regarding immigration and tourism are to be found, mainly related to extreme sports. On the other hand, health workers perceptions about this issue have also been studied.

Keywords: health interpretation, mediation, resources, recognition, linguistic assistance

Estudio de caso sobre los recursos lingüísticos en Klinik (hospital de referencia de Tirol) y percepciones sobre los servicios de mediación

Índice

1-Introducción.....	4
1.1 Objeto de estudio.....	4
1.2 Motivación	7
2-Contexto teórico.....	8
3-Metodología	21
3.1-Criterios metodológicos utilizados para el desarrollo del trabajo.....	21
3.2-Limitaciones.....	22
4-Contexto de la situación en Tirol, región de Austria.....	24
4.1-Traducción en los Servicios Públicos y regulación en Austria.....	24
4.2- Situación migratoria en Tirol.....	26
5-Presentación y análisis de resultados.....	28
5.1-Formación de intérpretes en Austria (Universidad de Innsbruck)	30
5.2.-Recursos y protocolo de actuación.....	32
5.2.1-Interpretación	34
5.2.2-Mediación.....	35
5.2.3-Vídeo-interpretación.....	36
5.3-Financiación e incidencia.....	38
5.4-Percepciones de los profesionales	39
5.4.1-Interpretación	40

5.4.2-Cualificación propia y necesidad de formación	43
5.4.3-Concepciones del concepto de cultura y su importancia.....	45
6-Conclusiones.....	46
7-Bibliografía	50
8-Anexos	56
8.1-Aceptación de participación (castellano y alemán)	56
8.2-Entrevistas (castellano y alemán).....	58

1-INTRODUCCIÓN

1.1-OBJETO DE ESTUDIO

“Una palabra bien elegida puede economizar no sólo cien palabras sino cien pensamientos”. (Henri Poincaré) (Gen Altruista, 2017)

En el caso del contexto sanitario que se aborda en este trabajo, no solo hablamos de economía de palabras y tiempo, sino de salud y de vidas; pues sin una comunicación adecuada se pueden producir errores con consecuencias nefastas e incluso fatales. De hecho, “[t]he negative consequences of language barriers in intercultural communication in health care are well documented in literature” (Kale y Hammad,2010, p.187).¹

Vivimos en un mundo cada vez más globalizado, cada vez nos movemos más, por razones de estudio, por trabajo, o por motivos menos agradables, como los conflictos armados o la precariedad en el país de origen, que obligan a emigrar. En definitiva, cada vez hay más desplazamientos y la migración se ha vuelto algo frecuente. En consecuencia, las situaciones en las que el personal sanitario no comparte la lengua y la cultura de los y las pacientes son también cada vez más habituales. Los sistemas sanitarios se tienen que adaptar a esta nueva necesidad y no supone una tarea fácil, todo lo contrario, “[i]nternational migration poses important challenges to European health care systems, who struggle to meet the needs of increasingly diverse patients populations” (Hudelson et al, 2014, p.1). Este problema afecta a todo el conjunto de los sistemas sanitarios, por lo que estos cambios, aunque son necesarios, no siempre se producen de forma inmediata. La asistencia lingüística y la interpretación constituyen la solución a este conflicto y su implementación afecta tanto a la mentalidad y a la concienciación de la dirección de los centros, que son los encargados de proveer los recursos, como a la propia mentalidad del

¹Toda la bibliografía de este trabajo se ha citado de acuerdo con la 6ª edición de las normas de APA.

personal sanitario que ha de utilizar dichos recursos. Hecho que está directamente relacionado con el reconocimiento de la interpretación, su importancia y su necesidad, aunque esta situación no siempre sea ideal.

Language assistance for LEP² can take many forms including use multilingual physicians and other health care staff, in person professional interpreters, telephone interpretive services, professional VRI ³services, written translation of forms and educational materials, and use of informal interpreters such as a patient family members and friends (Burkle et al, 2017, p.4)

La forma en la que se provee dicha asistencia va a condicionar que la calidad y rigor de la atención sean los adecuados, y es al mismo tiempo, donde radica la problemática que motiva este trabajo. Por este motivo:

European countries are beginning a debate about intercultural communication. These countries are now being confronted with the social, legal, educational and linguistic problems posed by their new circumstances and must develop initiatives to overcome them. More specifically, in reference to Community Interpreting and Translating (CI&T), analysis of the situation reveals that there are many different settings in which CI&T practitioners are needed (Valero, 2003, p.177)

Un debate que no solo afecta a los países europeos, pues, como se refleja en la bibliografía de este trabajo, hay mucha literatura sobre la situación en Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda, entre otros países, y que debería resolverse con medidas no solo a efecto inmediato, sino a largo plazo. De acuerdo con la tendencia migratoria, parece más que conveniente alcanzar una solución que permita el equilibrio de todas las partes implicadas ya que, “[p]rogressive globalization, individual mobility, and increased migration are expected to trigger a surge demand for medical interpreting over the next decades” (Cox, 2005, p.163).

A pesar de que es una realidad a la que los sistemas sanitarios se enfrentan a diario y que afecta no solo a los y las pacientes y a la calidad de la atención recibida, sino también directamente al trabajo de todo el personal que la provee, “studies on the link between language proficiency and patient safety are scarce, especially in Europe” (Rose et al, 2016, p.45), algo que llama la atención, y que resulta totalmente paradójico. Aunque

² Low English Proficiency.

³ Video Remote Interpretation.

esto puede estar relacionado con la situación de reconocimiento en la que se encuentra la traducción en los servicios públicos,

in Austria, and probably in many other European countries as well, the world of community interpreting “out there” is necessarily looked at all, from within the well-established world of conference interpreting and university-level interpreter training. With community interpreting in such a “peripheral” position vis-à-vis the central concern with conference interpreting, the voice of its representatives or practitioners it is not likely to be heard (Pöchhacker, 1997, p.215)

La necesidad de la traducción en los servicios públicos, no solo en el ámbito de la atención médica, es una realidad, y mientras no cambie la visión que hay sobre ella y sea realmente reconocida no va a ser posible que este cambio se produzca de una forma mucho más rápida, y así cubrir las necesidades de los sistemas sanitarios.

Innsbruck, ciudad austríaca que constituye la capital de la región de Tirol, es un claro ejemplo de toda esta tendencia migratoria. Alrededor del 40% de la población universitaria, 30.000 estudiantes, es internacional (US NEWS e Innsbruck Universität, 2019). Conjuntamente con la inmigración que se puede observar entre el resto de la población debida a distintos fenómenos migratorios y su situación geográfica, resulta especialmente destacable su cercanía con el Norte de Italia. Por lo que Innsbruck es, a toda vista, una ciudad multicultural, en la que es de esperar que no todas las personas inmigrantes dominen su lengua oficial, el alemán. A esta situación se ha de sumar el gran impacto que tiene el turismo tanto en la ciudad como en el conjunto de la región. Un turismo, principalmente atraído por las montañas y las actividades relacionadas con estos: deportes como el senderismo, la escalada, el esquí o el snowboard. Prácticas que inevitablemente suelen ir acompañadas de un gran número de accidentes y lesiones, que son atendidas en Klinik. Este centro no es solo el hospital de referencia de Tirol, sino también el de la vecina región austríaca de Voralberg y la de Sudtirol, en el norte de Italia (Schlögl, comunicación personal), que también derivan los casos de mayor complejidad a Klinik, y en la que el turismo de montaña también supone uno de los grandes atractivos, al estar también dentro de la región montañosa de los Alpes.

Este trabajo pretende realizar un estudio de caso de la situación de la interpretación, el apoyo lingüístico y la mediación cultural, teniendo en cuenta tanto los recursos de los

que se disponen como la percepción de los profesionales sanitarios al respecto en el hospital “Klinik” de Innsbruck. Este trabajo no constituye el primero realizado sobre este tema, pues existen también otros dos trabajos de fin de máster realizados por una alumna austríaca de la Universidad de Innsbruck, Christiane Koppelstätter (2018), y por otra alumna noruega de la Universidad de Oslo, Stine Westdahl (2018), que abordan este tema. En concreto Koppelstätter realiza una descripción de los recursos lingüísticos dentro del sistema de emergencias, centrándose en las ambulancias y la asistencia del personal sanitario que se desplaza al lugar del accidente; mientras que Westdahl realiza una comparación entre la situación de Austria y Noruega, tomando Klinik como fuente de datos sobre Austria. También se ha podido acceder a un tercer trabajo de fin de máster, de la alumna de Universidad de Innsbruck, Silvia Larcher, quién desarrolló su proyecto sobre el recurso de la vídeo-interpretación. Consecuentemente, estos trabajos han sido tenidos en cuenta para la realización de esta investigación, y, de hecho, se utilizan para sentar las bases del presente trabajo, con el afán de no caer en la repetición y ser capaz de poder aportar algo nuevo. Este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda de Johann Schlögl, gerente del hospital de Innsbruck, quien ha facilitado no solo la información respecto a los datos y recursos con los que cuenta Klinik, sino también los contactos para poder realizar el resto las entrevistas.

1.2- MOTIVACIÓN

La idea de desarrollar este tema para el trabajo de fin de máster surgió con las asignaturas de *Técnicas de Interpretación en los Servicios Públicos Sanitarios* y *Metodología de la Investigación en Traducción Medicosanitaria*, especialmente con la segunda parte de esta última, cuya relación con el tema que aquí se presenta es más que evidente. Siempre he sentido fascinación por la interpretación y ambas asignaturas me hicieron reflexionar sobre la situación en la que se encontraba la interpretación en hospitales o el contexto sanitario en general, y también sobre el reconocimiento de la importancia de este servicio y su relevancia a la hora de poder garantizar una asistencia adecuada. Consideré este asunto por primera vez durante una asignatura del grado de *Lenguas Modernas y Traducción* en la Universidad de Alcalá en el que la profesora, Carmen Valero, nos hizo un pequeño resumen al respecto de la situación en España. Fue solo una breve introducción, pero de alguna manera la recordé al cursar estas asignaturas del máster. Todo esto, sumado a la circunstancia de estar residiendo en Innsbruck durante la realización de este máster; de tener conocimiento de la variedad de nacionalidades que

conviven tanto en esta ciudad como en la región de Tirol en general y de la importancia del deporte montaña, el cual, al estar asociado con deportes denominados de riesgo, inevitablemente lo está también con los accidentes y la asistencia sanitaria de turistas que no siempre saben alemán o tienen un conocimiento adecuado de este idioma. Otro aspecto que me motivó a desarrollar este trabajo es mi propia condición de inmigrante en Innsbruck. En mi caso, por una elección personal, pero me ha permitido ser consciente de la dificultad que puede generar el tener que enfrentarse a una consulta médica y no poder comunicarse, y por lo tanto también de la importancia de este servicio. Por este motivo, partiendo del presente de la situación en España y tras una primera búsqueda de literatura, al comprobar que apenas hay investigación en este ámbito sobre el caso concreto de Austria, y que la que hay, sobre todo el trabajo de Pöchhacker, contaba con unos resultados poco alentadores, me pareció un tema más que atractivo para finalizar el máster. Un tema que además podría ser retomado en un próximo trabajo de fin de máster, en el marco del máster de interpretación que quiero cursar en la Universidad de Innsbruck, e incluso ampliarlo y completarlo con una futura tesis doctoral.

2. CONTEXTO TEÓRICO

Antes de poder obtener resultados propios y así poder exponer cuál es la situación de la asistencia lingüística en Klinik, y, sobre todo, antes de poder diseñar las preguntas de las entrevistas, que son las que nos van a proporcionar dicha información, hay que tener en cuenta una serie de conceptos a nivel teórico, que son los que definen los propios intereses de este trabajo. Para poder llevar a cabo este caso de estudio se han estudiado los conceptos de interpretación, el intérprete en sí mismo y en qué se diferencian de la mediación, que por otro lado no siempre coincide con la función o las tareas que se esperan de los intérpretes en la práctica. En ocasiones, estos profesionales han de regir su práctica profesional mediante códigos deontológicos. Puede darse la situación de que haya más de uno o ninguno, pero, en cualquier caso, siempre suelen quedar cuestiones abiertas al respecto; una de las funciones de estos códigos es no solo velar por la calidad de la atención sino también por la intimidad del paciente y garantizar su privacidad, y así evitar las situaciones en la que la diferencia de poder o “status” entre las distintas partes son demasiado marcadas. Todos estos aspectos giran en torno a otro, no menos importante, que es la formación tanto de los profesionales que facilitan esta asistencia lingüística como la del personal sanitario, que resulta crucial, a nivel lingüístico y también

en lo que refiere a las diferencias culturales, y que su vez van a condicionar los recursos que se ofrecen en los distintos centros sanitarios, en nuestro caso particular, Klinik.

En primer lugar, es necesario definir los conceptos que vamos a estudiar a lo largo del trabajo y estos son tanto el de interpretación en el contexto que nos ocupa, como el del propio intérprete como individuo y la diferencia respecto a la mediación; sin olvidarnos de qué se define como barrera lingüística, que es el obstáculo por el cual se requiere la actuación de un intérprete. Pues, al fin y al cabo, el tener una definición clara de estos conceptos o no va a definir la diferencia entre lo que se espera en teoría y en la práctica de estos profesionales. Además, en muchas ocasiones, el personal sanitario tiene una definición y unas expectativas de los y las intérpretes muy distintas en la teoría, a las que demuestran en situaciones reales, pues en la práctica se suele esperar una actuación bastante más amplia a la que corresponde a su puesto.

Si todo este trabajo tiene sentido es porque a diario en los centros sanitarios se pueden encontrar problemas en la comunicación médico-paciente, que son motivados por las barreras lingüísticas, que según citan Rose et al, “[a] language barrier, which is a communication barrier resulting from the parties concerned speaking different languages, has been shown to be a threat to the quality of hospital care (Karlner et al., 2007)” (2016, p.46). Esta amenaza a la calidad de la atención sanitaria, la cual se puede considerar un problema, sobre todo si se tiene en cuenta que, aun compartiendo la misma lengua, se pueden producir problemas de comunicación o malentendidos debido a la complejidad y especificidad que puede alcanzar en algunas ocasiones una conversación sobre un tema médico. En este contexto en el que las distintas partes implicadas no comparten un idioma común es cuando entra en juego el papel del intérprete, tal y como apuntan Kale y Hammad, “[a] desirable way to overcome language barriers is to use a professional interpreter. Nevertheless, studies have found an underuse of professional interpreters in health-care settings” (2010, p.187). Una infrautilización que normalmente está muy relacionada con el reconocimiento de la profesión (ver punto 4.1), con la falta de financiación y, por consiguiente, de recursos o incluso de los recursos disponibles en el centro.

Sin embargo, esta infrautilización de los servicios de los y las intérpretes para solucionar las barreras del lenguaje es preocupante ya que puede poner en riesgo la seguridad y la calidad de la atención del hospital o centro médico, pues de acuerdo con Rose et al, “[w]e define safe hospital care as a care where no harm is caused to patients

by not following professional standards or by inadequate healthcare management resulting in adverse events such as misdiagnosis or adverse drug reactions” (2016, p 46), y si partimos de una situación en la que no existe una comunicación adecuada médico-paciente, la probabilidad de que se produzcan diagnósticos erróneos o sencillamente no se comprenda de una forma adecuada las instrucciones para la toma de un medicamento se multiplica. Por eso es importante recurrir a la interpretación que, “[i]n the Standard Procedures interpreting is defined as ‘the transmission of messages between two spoken languages, between a signed language and a spoken language, or between two signed languages’ (NSW Department of Health, p.19)” (Blignault, Stephanor y Barrett, 2009, p.222). Si bien la interpretación en términos estrictos consiste en esta transmisión entre lenguas, en la práctica va más allá. Se considera que la “[i]nterpretation is more than just a technique to make health service more accessible to patients who speak a foreign language [...]interpretation also offers clinicians an opportunity to expand their knowledge and understanding of a range of clinical perspectives” (Brisset, 2013, p.131), aspecto con el que también coincide Pöchhacker que defiende que, “interlinguistic transfer is only one component of their job” (2000, p.37). Además, los servicios de interpretación permiten al personal sanitario entender mejor no solo a sus pacientes sino también sus circunstancias, sus culturas y sus perspectivas.

Esta información resulta importante en la situación en la que se cuenta con un intérprete, y en el que este va a poder facilitar el proceso para alcanzar un diagnóstico; como también en ausencia de intérprete, caso en el que los profesionales médicos van a poder comprender mucho mejor al paciente y, por lo tanto, alcanzar un diagnóstico adecuado. Estos conocimientos culturales se pueden adquirir con formación, de forma que el trabajo conjunto entre médicos e intérpretes sea más sencillo, rápido y efectivo, tanto para los y las profesionales como para sus pacientes. Lo que también lleva a plantear la cuestión de si el personal médico debería incluir esta clase de formación en los currículos de las facultades de Medicina (punto 5.3.2)

Teniendo en cuenta la circunstancia de que “[m]any patients and staff elected to use relatives as the language facilitators rather than attempting to access the interpreter service” (dal Fovo, 2017, p.486), resulta necesario establecer que, “a professional interpreter is defined as a person who has received some kind of formal training in interpretation, while an ad hoc interpreter is an untrained person called on to interpret (possibly a family member, a minor child, a healthcare staff member, a non-professional

employee, a volunteer from a community organization or even a stranger in the waiting room)” (Brisset, 2013, p.132). Normalmente, la formación que reciben los intérpretes suele ser muy específica, pues, como se repite en las clases de las facultades de Traducción e Interpretación, y parece una aclaración que resulta necesaria en más de una ocasión en la vida cotidiana, no basta con conocer el idioma. En este caso concreto, aunque alguien domine perfectamente dos idiomas además de la terminología médica específica puede no realizar la mejor interpretación, y esta es la razón de que exista la figura del intérprete, hay muchos más aspectos a tener en cuenta y para poder conocerlos normalmente hay que haber accedido previamente a la formación específica. A pesar de esto, en el ámbito de los y las considerados/as intérpretes formados también podemos encontrar numerosos casos, especialmente entre los casos de idiomas minoritarios, como los idiomas balcánicos, las lenguas como el árabe y el chino en las que abundan los dialectos, o sencillamente aquellas lenguas habladas por comunidades minoritarias, de intérpretes sin una formación adecuada o que pueda considerarse ideal. Es frecuente que cuenten con algún curso de formación, o varios, en su currículum, pero que hayan llegado a ese puesto debido a la necesidad de solucionar el conflicto lingüístico y no porque su formación fuera la óptima para desarrollar dicha tarea. En ese trabajo cuando se usa el término de intérprete se refiere a aquellos/as con una formación adecuada, y como intérpretes no formados/as o no cualificados/as, a aquellos/as que sencillamente se hallan en conocimiento de ambas lenguas, que corresponde con el término “ad-hoc interpreter” en inglés y “LaiendolmetscherInnen” en alemán. Esta diferencia entre intérpretes y las personas que desempeñan esta tarea sin tener una formación adecuada se puede observar de una forma muy clara en la práctica:

Professional interpreters allow patients to speak freely, and they provide patients the opportunity to explain problems without modifications by family members who can bring their own objectives and perceptions to the encounter. However, for economic reasons, many physicians and health care facilities employ bilingual nurses rather than hire trained medical interpreters (Eldekin, Silver y Waizkin, 2001, p.1345).

“[O]ptimal patient-provider communication, patient satisfaction and outcomes, and fewest errors of clinical consequence occur when patients who are not proficient in the dominant language have access to trained medical interpreters or bilingual health providers” (Blignault, Stephanor y Barrett, 2009, p.234) Sin embargo hay ocasiones en las que intervienen muchos aspectos culturales que han de ser tenidos en cuenta y, que por lo tanto, son necesarios para poder asegurar el éxito de la comunicación. La tarea ha de ser llevada a cabo no por un/a intérprete sino por un/a mediador/a. La mediación, como

indica Sales “[d]e lo que se trata es de colaborar para eliminar las trabas que complican la relación comunicativa y de confianza entre las partes, y fomentarla, haciéndola posible” (2014, p.89). Ya que “[w]hen language and cultural barriers are present, the probability is further increased that patients might misunderstand or miscommunicate their perceptions of risks and benefits of treatment options” (Elderkin-Thompson, Silver y Waitzin, 2001, p.1344), cuyas consecuencias normalmente no son solo negativas para el/la paciente implicado/a, sino también para el sistema sanitario en general, ya que se prolonga la necesidad de asistencia y puede complicarse la atención necesaria, lo que a su vez se traduce en un gasto mayor para el sistema sanitario.

Los/as mediadores/as, como bien indica Verrept (2008, p.3), quizá porque es una especialización aún más reciente incluso que la interpretación en los servicios públicos, sobre todo en inglés suelen recibir distintas denominaciones, “link-worker”, “health advocate”, “health care interpreter”, “intercultural mediator”, “cultural broker”, aunque en la literatura escrita en castellano parece haber más unanimidad en torno al término “mediador” o “mediador cultural”. Esta figura, según Verrept, se puede definir así: “[i]ntercultural mediators are employed to improve the quality of communication between health care providers and ethnic minority patients, as well as to increase the responsiveness of the hospital environment to the sociocultural and health care needs or ethnic minority patients” (2008, p.2)

Aunque así pueda parecerlo, las figuras del/la intérprete y de los/las mediadores/as no son opuestas, como bien indica Wadensjö (2017, p.128):

What look a normative, individualistic and a monological point of view looks like contrary positions, translating on the one extreme and mediating on the other, can be conceptualized as two mutually compatible dynamic aspects of the interpreter’s interactivity, given a non-normative, interactionistic, dialogical theoretical frame.

Aunque sí puede resultar realmente difícil encontrar dónde se encuentra la línea divisoria entre ambas disciplinas.

A pesar de toda la literatura que existe al respecto y de las evidencias de la necesidad tanto de la interpretación como de la mediación, “[w]hen reviewing the literature it has been shown that using an interpreter can be perceived as a barrier to communication” (Hadziadbic et al, 2010, p.261), lo que demuestra que algo falla en la realidad de los centros de salud, no solo en un país concreto, sino de forma global.

De esta forma, es importante también definir cuál es la función del/la intérprete o los aspectos más relevantes de la misma. De acuerdo con Wadensjö (2017, p.127), “[t]he interpreter is supposed to make sense of, and make more or less explicit for the primary parties, what it is said and what is heard”. No resulta poco frecuente que, “[i]ndeed, interpreters may find themselves in situations, where they are required to interrupt their translating task to play the role of mediators between cultures, e.g. to answer questions by the institutional representative on the foreign-language speaker’s culture, and even to act as full-fledged ratified speakers e.g. to calm or convince a patient to be examined in their presence” (dal Fovo, 2017, p.40).

También es habitual que tanto los/las intérpretes como los/las mediadores/as se enfrenten a “ethical dilemmas surrounding confidentiality and trust that are rarely recognized by the System”(Brisset, 2013, p.138). La falta de reconocimiento está directamente relacionada con la falta de profesionales adecuadamente formados o con el hecho de que se esperen actuaciones que van más allá de las propias funciones, algo que en la mayoría de los casos sucede por desconocimiento. Precisamente, debido a este desconocimiento, en ocasiones, pueden ser los/las propios/as profesionales sanitarios/as los/las que provocan estas situaciones.

Es por esta razón por la que existen los códigos deontológicos, a los que los intérpretes se tienen que ceñir y que definen sus funciones y los límites de su trabajo. Normalmente estos códigos deberían reducir drásticamente estos problemas, o al menos para eso fueron creados, para definir los límites y para tener una referencia para saber cómo enfrentarse a casos que puedan resultar complejos. Antoon Cox, de la Universidad de Bruselas, ha realizado un estudio para “analyze how these codes of conduct and the varying expectations surrounding their application affect multilingual and intercultural communication in a hospital context, in particular at those levels of the communication process where misunderstandings occur most often” (Cox, 2015, p.165). En dicho estudio se comparan códigos de distintos países y de qué forma su introducción en hospitales afecta al trabajo de los/las intérpretes. Menciona casos de hospitales con sus propios códigos deontológicos, lo que puede provocar confusión entre intérpretes que trabajen en varios hospitales con distintas regulaciones, por esto indica que, “it would be good if a unified Code of Conduct could be developed” (Cox, 2015, p.178). A su vez Cox también indica en este artículo que si se comparan los hospitales con códigos deontológicos específicos para traductores e intérpretes con los que no los tienen se obtienen resultados notablemente mejores en los que sí cuentan con códigos.

Los códigos deontológicos permiten también conseguir dar confianza al/la paciente y que no sienta su intimidad amenazada, porque es cierto que es habitual que, “they do not trust professional interpreters and ad hoc interpreters in same way [39], and the presence of any interpreter may result in a sense of loss of intimacy with the patient” (Brisset, 2013, p.136). Normalmente estos/as intérpretes sin formación suelen ser familiares, amigos o conocidos de los/las pacientes, o aunque no lo sean, y se trate de algún/a trabajador/a del hospital o de otro/a paciente que se encuentre en la sala de espera, suelen crear mayor sensación de seguridad, pues los/las pacientes suelen empatizar con ellos/as. Por este motivo resulta tan importante la existencia de los códigos éticos, dado que facilitan en gran medida que los/las intérpretes profesionales sean capaces de mantener la intimidad y la confianza del paciente en consulta, a pesar de haber una persona más de lo habitual en consulta. Si bien es cierto que, “[p]rofessional ethics are emphasized during formal training, and informally throughout their employment” (Blignault, Stephanou y Barret, 2009, p.236) el hecho de contar con una referencia que indique la postura del centro sanitario, y por ende de sus profesionales, de forma unificada resulta de gran ayuda para intérpretes y personal sanitario, a la hora de trabajar juntos y garantizar la sensación de seguridad del paciente. Pues, aunque se aborde el tema de la ética profesional en las facultades de Interpretación y de Medicina, la ética no deja de ser una asignatura subjetiva. Por lo tanto, que el hospital o centro sanitario proporcione un código ético permite que haya uniformidad de criterio a la hora de enfrentarse a situaciones complicadas desde el punto de vista ético.

Esto no siempre resulta posible, ya que al ser otro trabajador provisto por el hospital se puede crear una situación de desequilibrio “de poder” respecto al paciente, favoreciendo la superioridad tanto del médico como la del propio intérprete y, aunque no se pretenda, resulta sencillo pensar que el paciente que, además no habla el idioma local, se sienta desplazado o en situación de inferioridad. Por esto, “power appears as institutional constraints [...]lack of support from line authority and the medical staff [61], need for discussion rooms[46] and lack of training for both practitioners and interpreters[71]” (Brisset, 2013,p.137). El origen de este problema puede estar motivado por una falta de formación como señalan Elderkin, Silver y Waitzin (2001, p.1.345) en el caso de las enfermeras “[n]urses may have social positions that they perceive as superior to the immigrant patients”. Que se produzca “una relación asimétrica entre los profesionales de la salud y los pacientes” (Nevado, 2014, p.279) va a afectar a la calidad de la atención de la atención y a dificultar poder proporcionarla de forma adecuada, pues

debido a esta asimetría experimentada por el/la paciente es posible que quizá no sienta confianza suficiente para preguntar si hay algún aspecto que no está suficientemente claro.

La mayoría de los aspectos hasta ahora mencionados están relacionados con el nivel de formación del personal médico y de los intérpretes, o más bien con la falta de esta. En primer lugar, resulta totalmente imprescindible que los intérpretes tengan una formación adecuada, pues “non-professional interpreters cannot be expected to have the knowledge of medical terminology needed to impart correct information” (Kale y Hammad, 2010, p.187). De la misma forma que el personal médico debería estar también formado para garantizar una actuación adecuada en estas situaciones:

Practitioner training should include techniques in working with both professional and ad hoc interpreters, focusing on the differences in communication dynamics as well as the advantages and the limitations of both types of interpreters in different situations. Professional interpretation courses should include training in cultural mediation (Brisset, 2013, p.138).

Algo que resulta especialmente importante, pues, aunque se cuente con el profesional de la interpretación más brillante y mejor formado, su labor se verá entorpecida si el profesional sanitario no posee los conocimientos necesarios sobre cómo trabajar en este tipo de situaciones. En consecuencia, la atención va a presentar carencias que podrían haberse evitado. Lamentablemente, no es frecuente que este tipo de formación se incorpore a los programas de formación, ni de médicos, ni de personal de enfermería. Asimismo, los/las intérpretes para ser capaces de realizar de una forma adecuada su función necesitan

more than language skills; health care interpreters must also have a thorough knowledge of the culture, world view, values and beliefs expressed in the linguistic structure, as well as understanding of the conceptual frameworks within which the health professional and the patient operate (Blignault, Stephanor y Barrett, 2009, p.122-124).

El personal sanitario tendría que tener también un conocimiento adecuado no solo acerca de cómo trabajar con intérpretes, sino también tener clara cuál es su verdadera función, qué esperar de ellos y no exigir actuaciones que no les corresponden, creando a su vez los ya mencionados dilemas éticos. De ahí, también, la relevancia de que existan de códigos deontológicos. De forma que la comunicación con intérprete resulte sencilla y se desarrolle un trabajo conjunto entre el personal sanitario y los/las intérpretes. Para conseguirlo, como indican Hadziadbic et al (2010,

p.260) y, “[t]o develop effective interpreter service it is important to study healthcare staff’s perceptions of using an interpreter”.

De no ser así, es habitual encontrar situaciones en las que “the specialist medical consultants, when untrained to work with medical interpreters, unconsciously pass on the responsibility to the interpreters to deliver ‘bad news’” (Tebble, 2003, p.83), situación para la que el/la médico ha sido formado y conoce los protocolos adecuados, pero el/la intérprete no tiene por qué poseer esta formación. Además de este ejemplo en concreto, en el contexto sanitario, encontramos una amplia variedad de situaciones delicadas, que tienen que ser correctamente tratadas por todos los y las profesionales implicados. De hecho, otro claro ejemplo, bastante habitual además, es el olvidarse del paciente: “[t]he normal tendency when working with an interpreter, i.e., talking to the interpreter and not to the patient (who does not speak the doctor’s language- in this case, English, had to be overcome” (Tebble, 2003, p.89). Este aspecto también se suele incluir en los códigos deontológicos y recursos lingüísticos, como qué persona se ha de utilizar a la hora de traducir una consulta, la 1ª o la 3ª persona (aspecto que supone una de las grandes cuestiones respecto a esta práctica y ampliamente discutida en la literatura). El contar con códigos deontológicos como referencia, permite evitar este tipo de errores, que resultan habituales y, por lo tanto, resulta crucial para poder establecer la relación de confianza con el/la paciente y para proporcionar un trato adecuado.

Aun así, tampoco se puede esperar que el personal médico tenga conocimientos de todos los idiomas, si se tiene en cuenta que “[p]atients often mention important material casually or indirectly, and only a medically trained person would recognize its significance (Putsch, 1985)” (Elderkin, Silver y Waitkzin, 2001, p.1.345). Por esto es conveniente que tengan una formación y percepción adecuadas de lo que supone el trabajo con intérpretes, de modo que los pacientes se encuentren cómodos con la situación, no tengan reparos en comunicar esta información en presencia del intérprete y tampoco se den situaciones en las que el propio personal médico desplace al intérprete.

“En todo acto comunicativo, incluso en aquel que se establece entre personas procedentes de una misma cultura pueden surgir malentendidos y conflictos, pero la probabilidad de que esto ocurra es mayor cuando quienes entablan una conversación presentan referentes culturales diferentes” (Nevado, 2014, p.279). Esta probabilidad es

aún mayor cuando se da una situación en la que se encuentra diferencias culturales además de desconocimiento del idioma, en una emergencia médica. Pero puesto que el escenario del desconocimiento del idioma ya se ha introducido y analizado, queda definir el concepto de cultura. Creeze(2003, p.250) cita a Ceil G.Helman para definir la cultura como

a set of guidelines, both implicit and explicit, which individuals inherit as members of a particular society and which tell them how to view the world, how to experience it emotionally, and how to behave in it in relation to other people, to supernatural forces or gods, and to the natural environment. (Helman 1990, 2-3)

A la hora de enfrentarse a estas diferencias culturales es habitual que “el profesional considera que es el intérprete y no el profesional sanitario el que debe conocer las culturas, y que espera que sea aquel quien lo ayude en ese campo. Dicha percepción es diametralmente opuesta al ideal protocolar del intérprete invisible, que solo transmite las palabras que le llegan” (Valero, 2014, p.318). Situación que no hace más que demostrar la necesidad no solo de la correcta definición de las funciones de un intérprete, sino también la de la actuación de los mediadores. Todavía más si se tiene en cuenta que “migrants often encounter social, cultural, linguistic, legal and economic barriers to health care in their host countries [6], including direct and indirect discrimination on the part of health services [11]” (Hudelson et al, 2014, p.2). Para evitar que todo esto siga sucediendo, los sistemas sanitarios han de adaptarse y realizar cambios, pero con cualquier cambio, “[c]hanging a routine includes also a change in resources such as people, trust and respect for skills and expertise” (Hadziadbic et al, 2010, p.267). Entre las diferentes categorías que encontramos dentro del personal sanitario, como indica Creeze (2003), las enfermeras y los trabajadores de salud mental son los más conscientes sobre las diferencias culturales, ya que son quienes experimentan un contacto más próximo con los pacientes, por lo que tienen la oportunidad de percibir estas diferencias y los malentendidos que desencadenan de una forma más próxima, por no hablar de la influencia que puede tener en enfermos mentales.

Estas diferencias culturales no tienen por qué manifestarse de forma inmediata, en muchas ocasiones están relacionadas con la práctica de la medicina tradicional, creencias religiosas que no resultan fáciles de distinguir. Lo mismo ocurre cuando se utilizan las metáforas a la hora de describir la sintomatología:

When immigrants need medical services, they usually must visit caregivers of different cultural backgrounds. The caregivers may not understand the

implications that particular symptoms hold for patients because the perception and interpretation of somatic sensations are frequently defined by cultural idioms (Eisenberg, 1977; Kleiman, Eisenberg & Good, 1978; Kleiman, 1980; Patcher, 1994) [...] However, even if a physician discerns the appropriate amount of information and control desired by an immigrant patient regarding treatment options, the information might not be understandable to the patient if the symptoms are perceived within a cultural idiom (Elderkin, Silver y Waitkzin, 2001, p1.344).

El uso de dichas expresiones habitualmente implica que ese síntoma o situación clínica tiene un significado más profundo para el paciente o que tiene alguna implicación cultural. Por este motivo, es probable que pase desapercibido para un/ una intérprete sin formación y que impida llevar a cabo una comunicación efectiva. Las implicaciones culturales en algunas ocasiones pueden desentrañar problemas incluso para los/las intérpretes formados/as, ya que, sucede un fenómeno similar al que ocurre con los dialectos, son tantos que no se puede conocer todos. A pesar de que no sea posible conocer todas las implicaciones culturales ni todos los dialectos de un idioma determinado, una formación adecuada permite interpretar de una forma más sencilla el origen del problema, De la misma forma que, si se el problema se repite con frecuencia en un colectivo con una población relativamente numerosa, tanto el personal sanitario como de asistencia lingüística pueden aprenderlo por la experiencia. Sin embargo, el objetivo de contar con estos recursos es evitar cualquier experiencia negativa siempre que sea posible. Lo que además, en el caso de llevarse a cabo de una forma satisfactoria permite un empoderamiento cultural (Garrett et al, 2008) que beneficia a todas estas comunidades que podrían sufrir algún tipo de discriminación o aislamiento, a modo de consecuencia indirecta en el caso de no tener los aspectos culturales en cuenta.

Todo esto va a depender la cantidad de recursos con los que cuentan los centros sanitarios y de si su personal está informado de su existencia. En primer lugar, para poder facilitar los servicios de asistencia lingüística, se debería contar con “medical record, including the appropriate language and dialect” (Haziadbic et al, 2010, p.266), aspecto que resulta imprescindible, pero con el que no se siempre se cuenta. Hudelson et al (2014) coinciden con la necesidad de incluir la información sobre las competencias lingüísticas desde el primer registro en el centro. Práctica que, de ser llevada a cabo, permitiría cumplir con las características que Burkle et al definen como parte de la asistencia lingüística,

- ‘communication and language assistance’ include:
- Offering communication language assistance.

- Informing individuals of the availability of language assistance.
- Ensuring the competence of individuals providing language assistance.
- Providing easy-to-understand materials to signage (Burkle et al, 2017,p.2)

Esto no siempre resulta posible, debido a que en numerosas ocasiones no se dispone de un presupuesto suficiente, como indican Sánchez-Reyes (2014) y Jacobs et al (2004) en sus trabajos. Sin embargo, aunque a este servicio se le dé en ocasiones una importancia menor, es un aspecto que también puede suponer un riesgo para vida de los y las pacientes. En un contexto de asistencia sanitaria una situación de riesgo de riesgo puede ser, “[s]ituations in hospital care where a language barrier threatened patient safety included daily nursing asks (i.e. medication administration, pain management, fluid balance management) and patient-physicians interaction concerning diagnosis, risk communication and acute situations” (Rose et al, 2016, p.45). La actuación adecuada ante estas situaciones en las que un fallo en la comunicación puede suponer un problema para la salud del/ la paciente, se debe actuar de la siguiente forma:

‘life threatening situation(s)’ when interpretive services are not available in a time manner or when a patient refuses such services. In those situations, medical providers may request the presence of institutional provide interpretive services to ensure the accuracy of informational exchange (Burkle et al, 2017, p.4).

Aunque, en la práctica esto no se lleve a cabo, normalmente se centran los esfuerzos en solucionar la urgencia médica, aunque pueda llegar a resultar realmente complicado sin la asistencia adecuada. No solo en situaciones en las que no es posible contar con este servicio, sino que, en general, existe una “underutilization of interpreter services in public health-care system” (Kale y Hammad, 2010, p.187), que posiblemente se deba al desconocimiento de los recursos de asistencia lingüística o a la falta de confianza en los mismos. Ambos problemas, tanto la falta de financiación como la infrautilización de los recursos disponibles, muestran la falta reconocimiento de la asistencia lingüística.

En cualquier caso, como podemos encontrar en el trabajo tanto de Locatis (2010) como de Sánchez-Reyes:

No parece factible disponer de medios humanos suficientes para que todos los hospitales y centros de salud cuenten con intérpretes de varias lenguas las veinticuatro horas del día. Con la finalidad de salvar esta dificultad han surgido los servicios de interpretación telefónica (Sánchez, Reyes, 2004, p.3).

De hecho, “[t]elephone interpreting is growing at such pace that it is beginning to displace the use of in situ interpreters in some medical and legal contexts. Telephone interpreting offers certain undeniable advantages, namely, easy access to interpreting services, even in remote areas and relatively low cost” (Rosemberg, 2007, p.65) En los últimos años se ha generalizado no solo la interpretación telefónica, sino también la video-interpretación, lo que parece presentar menos problemas (ver punto 5.2.3) que la interpretación telefónica, ya que permite tener una imagen de la situación, aunque sea de una forma virtual. Aun así, si la literatura en general coincide en que trabajar con un intérprete ya requiere más tiempo de consulta, este tiempo es todavía mayor al utilizar la interpretación telefónica (Locatis, 2010).

Teniendo en cuenta, todos estos datos,

there is a clearly a need for action/participation research to incite change in institutional contexts or to test innovative training tools or programs (training practitioners and interpreters to work as a team, and training practitioners to manage different situations and types of interpreters). Testing interpreters’ ethical principles (such as neutrality and its applications) should also be a priority (Brisset, 2013, p.138).

Ámbito de investigación con el cual se pretende contribuir este trabajo, a pesar de las limitaciones con las que se cuenta, se espera que pueda servir para dar un poco de visibilidad sobre el problema de la falta tanto de recursos como de reconocimiento.

3.METODOLOGÍA

3.1-ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para la realización de este trabajo, la búsqueda bibliográfica se realizó mediante el estudio de los trabajos tanto de Franz Pöchhacker como de Cecilia Wadensjö, ambos docentes en la Universidad de Viena, así como el trabajo de Carmen Valero para contar también con un contexto a nivel más general, no solo específico de Austria y la investigación que se realiza en este país. Asimismo, se revisaron los libros de publicaciones *The Critical Think* (publicación de una selección de artículos que se publica tras cada una de las distintas ediciones de la *Conferencia Internacional sobre la Interpretación Legal, Médica y en los Servicios públicos*) y los dos trabajos de fin de máster ya mencionados, realizados por Westdahl y Koppelstätter, que se centran también

en nuestro objeto de estudio, el hospital Klinik. Además del trabajo de Silvia Larcher, en cuyo trabajo de fin de máster trata el recurso de la vídeo-interpretación de forma específica. Esta búsqueda se completó mediante la revisión de las propias bibliografías de estas investigaciones, para completar y ampliar la que se presenta en nuestra investigación. Esta lectura y estudio permitió definir la investigación de este trabajo, la situación de la traducción en el contexto sanitario, no solo en Austria, sino a nivel global, dado que en general la problemática respecto a la facilitación de este tipo de recurso se suele repetir, a pesar de las situaciones específicas de cada país.

Esta primera parte de documentación, además de facilitar la definición del tema, proporcionó una idea a nivel conceptual que se refleja en el marco teórico de este trabajo y los resultados que se obtuvieron en estudios previos. A partir de estas lecturas bibliográficas, junto con una primera entrevista con el gerente del Hospital de Innsbruck, Klinik, se diseñaron las preguntas de las entrevistas. Estas cuestiones se han inspirado en estudios previos, como el de Ederkin-Thompson, Silver y Waitzkin (2001), la mayoría de ellas han sido adaptadas, pero, dado que el objetivo de este estudio y el lugar donde se realiza no es el mismo, en algunas ocasiones resultaba más adecuado evitar esta reformulación.

A la hora de definir las entrevistas y a quienes iban a ir dirigidas, se ha intentado tener en cuenta a todas las partes en el proceso de asistencia lingüística, con la intención de poder obtener unas conclusiones lo más completas posible. Ello supone tener en cuenta no solo a los profesionales sanitarios, médicos y personal de enfermería, e intérpretes, sino también al hospital como fuente de los recursos, para ello se entrevistó al gerente y a una profesora de la universidad que imparte un curso para la formación de los intérpretes no formados. También se intentó contactar con la empresa a través de la cual se accede a la video interpretación, pero no fue posible.

Para la realización de las entrevistas se diseñó un documento que los participantes tenían que firmar, en el que se les explicaba el contexto e intención del estudio y se les informaba del tratamiento confidencial de los datos personales. Por ello en la redacción se aludirá a todas estas personas de forma anónima, y aportando solo los datos descriptivos de relevancia para el estudio. Todas las entrevistas fueron grabadas, transcritas y acompañadas de la toma de notas. Las entrevistas y toda la recopilación de datos propios se realizaron en alemán, por lo que tanto el formulario de aceptación de participación como las preguntas de las entrevistas se diseñaron en castellano y alemán,

para incluirlas en este trabajo y poder recabar la información, respectivamente. Hay autores como Hadziabic et al (2010) que, citando a Van Manen (1990), se muestran partidarios de realizarlas por escrito, pues “[w]riting forced the informants into a reflective attitude, in contrast to interviews in which persons are much more immediately involved” (Hadziabic, 2010, p.261). En este caso, por motivos de accesibilidad a los participantes, principalmente, no se ha realizado de esta forma. Sumado al hecho de que, de haber contado con más tiempo para reflexionar, hubiera existido la posibilidad de que los/las participantes hubieran tratado de agradar a los/las investigadores/as, mostrando así una opinión alterada, con el fin de mostrarse concienciado/a con el tema de estudio. Esta premisa se puede considerar si contemplamos que se le otorgue un cierto grado de autoridad al/ la investigador/a como experto/a en el tema. Sin embargo, al realizar una entrevista dentro del marco de una conversación distendida, se puede asegurar un cierto grado de espontaneidad en las respuestas y, por lo tanto, la sinceridad de las mismas.

De forma que las conclusiones de esta investigación son fruto del análisis de los resultados de estas entrevistas, partiendo siempre de la bibliografía de referencia.

3.2-LIMITACIONES

Respecto a lo que concierne a la documentación bibliográfica y al estudio de otros trabajos ya existentes sobre esta misma cuestión, se ha intentado hacer una revisión intensiva de literatura existente, que se ha visto condicionada por la propia extensión y limitación de tiempo que supone este tipo de trabajo. Por este motivo se han tratado de seleccionar, dentro de la variedad de artículos, aquellos a los que se tenía acceso, los más relevantes y los más próximos al propio tema del trabajo. Sin estas limitaciones anteriormente mencionadas, se hubiera podido estudiar con más detenimiento el trabajo del grupo FITISPOS de la Universidad de Alcalá que, formado por un grupo de investigadores de distintas disciplinas, se dedica al estudio de muchos de los aspectos en torno a las dificultades lingüísticas de la población inmigrante (UAH.esnoticia, 2017) y que coordina Carmen Valero. La labor investigadora del grupo CRIT de la Universidad Jaume I, coordinado por el profesor Francisco Raga, que en sus líneas de investigación incluye “ámbitos de la transculturación narrativa, estudios de comunicación y mediación intercultural, y documentación aplicada a la traducción” (salud y cultura, 2019). De igual forma que el trabajo del grupo CRETI de la Universidad de Granada, cuya responsable es la profesora María Isabel Abril y cuyas líneas de investigación incluyen tanto la interpretación en los servicios públicos como las nuevas tecnologías en formación de

intérpretes y la interpretación de congresos especializados (Greti, 2005). Estos son estos los grupos de investigación más relevantes en España respecto al tema que nos ocupa, la asistencia lingüística dentro del ámbito sanitario, pero dado que este caso de estudio se centra en un hospital austríaco no se ha podido profundizar más de lo que se ha hecho.

Respecto a la recolección de datos y el desarrollo de las entrevistas, Brisset, Leanza y La Foret (2013) señalan que “[one] possibility is to record consultations and interview protagonists in the same study (instead of one or the other), and to use the recordings as a basis for the interviews [49]” (2013, p.138). aunque lamentablemente en este estudio no ha sido posible, debido a la falta de recursos o contactos, sumados a la clase de trabajo del que se trata. De la misma forma se ha tenido que prescindir de la opinión de los/las pacientes, perspectiva que completaría totalmente el estudio y algo que también señala Brisset, “studies should give greater importance to the patient’s perspective on interpreted consultations and take the complex nature of these consultations into greater account” (Brisset, 2013, p.138). No obstante, y en caso de poder ampliar el estudio con más medios, sería muy recomendable llevarlo a cabo incluyendo a los/las pacientes en el diseño de la investigación. Para de esta forma tener una visión completa sobre el asunto que nos ocupa, y que incluyera las percepciones de todas las partes implicadas en el proceso.

4. CONTEXTO DE LA SITUACIÓN EN TIROL, REGIÓN DE AUSTRIA

Con el fin de que la información recabada con este trabajo y posterior su análisis, tengan sentido, es necesario conocer el contexto de Tirol como región. A continuación, se introduce la situación de la interpretación en los servicios público y la regulación actual en Tirol, a nivel regional, y en todo el conjunto de Austria. También se presenta la realidad migratoria de la región que hace necesarios los servicios de asistencia lingüística.

4.1-INTERPRETACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y REGULACIÓN AUSTRÍACA

Cuando hablamos de la interpretación en los servicios públicos hay que tener muy presente que se trata de una especialidad que se caracteriza por su falta de reconocimiento tanto general como institucional, aspecto que se deriva en la falta de recursos específicos y también de regulación. Muchas veces esta falta de reconocimiento se debe al

desconocimiento de su importancia, y por una carencia seria de interés por lo intercultural. Por no olvidar que ni siquiera hay un claro conocimiento y reconocimiento de la profesión de traductor e intérprete en términos

generales. Mucha gente sigue pensando que se dedican o pueden dedicarse a ello personas que hablan otras lenguas (Entrevistamos, 2019).

Como indica Sales, en una entrevista en la que también refiere a la situación que tiene Bélgica, donde hay más reconocimiento, o Italia, donde se está trabajando en mejorar la situación, menciona también, que este reconocimiento “ha de ir acompañado del apoyo institucional” (Entrevistamos, 2019). Circunstancia que está también relacionada con la percepción que se tiene sobre la interpretación en el contexto médico y la asistencia lingüística, pues como apunta Tine “[l]a interpretación de conferencias es también conocida como la traducción de primer mundo (First World Interpreting), mientras que la interpretación en los servicios públicos es vista como la interpretación de tercer mundo (Third World Interpreting)”⁴ (Tine, 2014). Respecto a la realidad de esta profesión en otros países, su reconocimiento y la existencia de regulaciones, en el trabajo de fin de máster de Ghedolf Tine (2014), de la Universidad de Gante, en el que hace una comparación entre la situación entre Bélgica (Flandes), Alemania y Austria, menciona la situación en países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Suecia, Bélgica, Alemania y Austria. Refiere también a la existencia de regulación en Suecia y la característica situación de Bélgica al ser “un país con tres lenguas oficiales, tres regiones y tres comunidades, la estructura y la organización en relación a la interpretación en los servicios públicos es muy variada y compleja”⁵ (Tine, 2014), y cómo “está muy por delante en lo referente a la traducción en los servicios públicos, sobre todo en comparación con Alemania y Austria.”⁶ En Alemania no se encuentra ni regulación ni reconocimiento y “[a]unque en Austria se desarrollan múltiples estudios sobre la interpretación en los servicios públicos, la situación real en el país no está todavía bien definida”⁷(Tine, 2014), tampoco cuenta con un reconocimiento como profesión, a pesar de que la asociación profesional austríaca *Universitas*⁸ cuenta con una influencia considerable dentro del país.

Aunque algunos países carezcan de una regulación al respecto,

cabe recordar que todos los ciudadanos deberían gozar del derecho a la salud y a una asistencia sanitaria de calidad y equitativa, independientemente de las características personales, como la nacionalidad, el credo, etc. tal y como se

⁴ Traducción propia del original en alemán.

⁵ Traducción propia del original en alemán.

⁶ Traducción propia del original en alemán.

⁷ Traducción propia del original en alemán.

⁸ Asociación de traductores e intérpretes más grande de Austria, con sede en Viena.

estipula en documentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948: art 25), la Declaración de Ginebra (1948), o la Carta Social Europea (1996:6) entre otros (Nevado, 2014, p.280).

A pesar de que esté contemplado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, “[i]n the German literature on interpreting, community interpreting is a “foreign concept” in every sense of the word [...] as “community interpreting” is slowly becoming an accepted technical term in German, it is being questioned or even replaced within its original contexts of use” (Pöchhacker, 1997, p.216). Debido al tiempo transcurrido entre los trabajos de Tine y Pöchhacker, se podría esperar que esta falta de reconocimiento hubiera cambiado, de forma positiva. Sin embargo, aunque sí que es verdad que el término ya se ha vuelto de uso generalizado, en la práctica, la situación no es mucho mejor y sigue sin tener un desarrollo que pueda calificarse como suficiente. Pöchhacker refiere también a la formación, “[t]he practice of community interpreting in Austria is poorly developed, and training for community interpreters is altogether non-existent” (Pöchhacker, 1997, p.224), hoy en día sí que existe la posibilidad de adquirir un cierto nivel de formación específica, como se indica de forma más detallada en el punto 5.1 de este trabajo.

Respecto a la legislación existente en Austria, como apunta Westdahl, “[r]egarding undocumented migrants there is no Austrian legislation containing regulations for healthcare provision” (2018, p.13), aspecto que fue confirmado por Schölg, quien indicaba que se esperaba que se hiciera correctamente, pero no hay ninguna regulación concreta al respecto (Comunicación personal). Sin embargo, sí que existe un manual de intérpretes en procedimientos de asilo en que se indica “en el caso de la implicación de un paciente de lengua extranjera solo puede tener lugar bajo la representación de un intérprete cualificado”⁹ (Pöllbauer, 2006), de modo que se asume que este criterio debería ser también extensible al contexto sanitario, aunque debería estar debidamente regulado y redactado por una fuente oficial.

4.2 SITUACIÓN MIGRATORIA EN TIROL

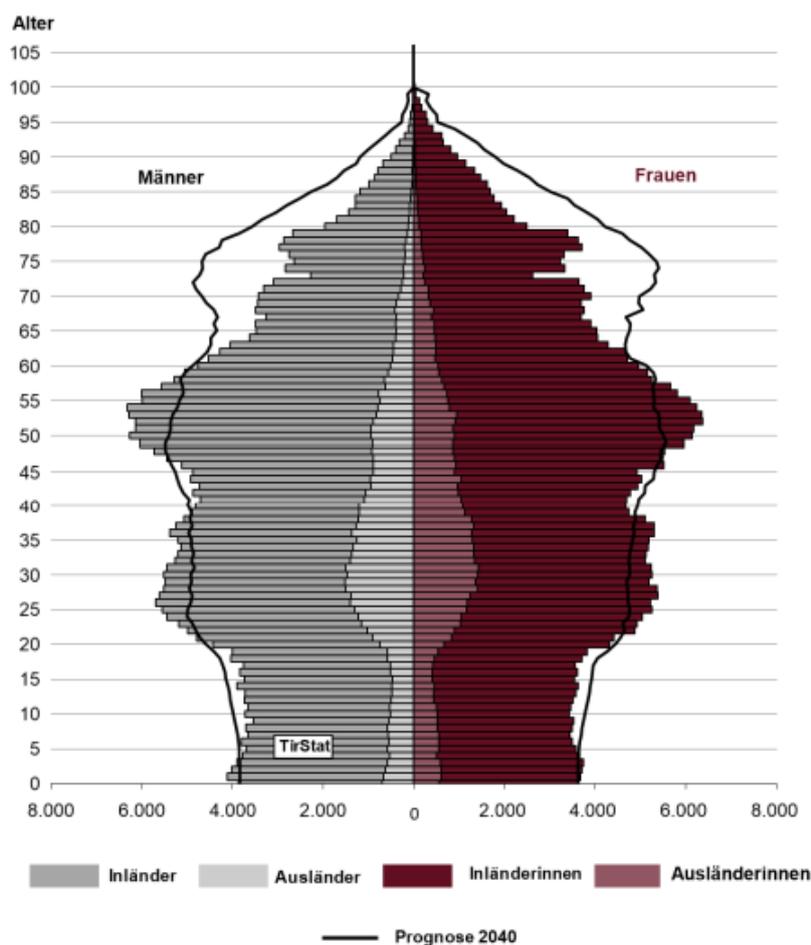
Cuando abordamos el tema de la migración, y hablamos de cifras y regiones geográficas, es importante recordar que este trabajo al hablar de Tirol se refiere siempre a “Tirol del Norte”, que corresponde a la región alpina de Austria. Existe también

⁹ Traducción propia del original en alemán.

“Südtirol” o “Tirol del Sur”, que forma parte del norte de Italia y por lo tanto no está incluida en los informes estadísticos consultados.

Se ha mencionado ya la realidad intercultural de Tirol y cómo esto es algo que se puede observar sin mucho esfuerzo. Pero si lo describimos con datos, el 15,9% de la población total de 754.705 habitantes de la región en 2018 -en España es del 14%(González, 2018)-, según el informe de Tirol Werbung (2019). Lo que supone un total de 120.322 inmigrantes, registrados, pues hay que tener en cuenta también que no todos tienen por qué estar incluidos en un censo. A modo de ejemplo, este mismo informe indica que dentro de esta cifra los/las españoles/as registrados en Tirol son 781. Normalmente todo el mundo en Austria ha de registrarse en el ayuntamiento al llegar, pero no se puede dar por hecho que esto suceda siempre así. A modo de referencia, las procedencias de los ciudadanos que forman este 15,9% se compone de un 0,9% de apátridas, un 13,2% de ciudadanos no europeos y un 63,4% de ciudadanos europeos; dentro de este grupo más numeroso hay una gran mayoría de ciudadanos/as de nacionalidad alemana e italiana. En total, conviven 159 nacionalidades en Tirol, entre las cuales son destacables las comunidades llegadas con motivo de fenómenos migratorios como la guerra de Siria. Así, entre los idiomas que han necesitado los servicios de interpretación en el hospital se encuentran el árabe, el persa, el turco, el ruso y el dari, por orden de demanda.

Bevölkerungspyramide Tirol 2018 (Prognose 2040)



Gráfica en la que se puede observar el impacto de la población inmigrante en Tirol (Kaiser, 2019)

A esta circunstancia hay que sumarle la importancia que tiene el turismo para la región, cuyo mayor atractivo son los deportes de montaña, debido a su localización en la región montañosa de los Alpes. “Especialmente tras la 2ª Guerra Mundial se produjo un fuerte incremento del turismo tanto de verano como de invierno” (Daten und Zahlen, n.d)¹⁰ El pasado 2018, 12,3 millones de turistas visitaron la región a lo largo del año, y se trata de un turismo constante durante todo el año, normalmente con distintos intereses en función de la temporada. En invierno, durante la temporada de esquí se produjeron el 56% de estas visitas, mientras que el 44% restante viajaron en verano (Tirol Werbung, 2019). Se trata de un turismo que al estar directamente asociado a las actividades de montaña va acompañado de muchos accidentes que han de ser atendidos por los servicios sanitarios; por lo que resulta relevante y a tenerlo en cuenta en esta investigación.

¹⁰ Traducción propia del original en alemán.

5-PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, tras haber realizado la descripción de la situación a nivel global y a nivel teórico mediante la revisión de la literatura existente, se van a presentar y a analizar los datos obtenidos mediante la realización de las entrevistas, que estuvieron guiadas por las preguntas que se adjuntan como anexos. Con ellas se pretendía poder definir un estado de la situación en Klinik, como hospital de referencia de Tirol, respecto a los recursos lingüísticos y la forma de tratar con aquellos pacientes que desconocen o no tienen un dominio adecuado del alemán. Las referencias a dichas entrevistas se han obtenido a través de las notas tomadas durante las propias entrevistas y sus transcripciones. Se ha de tener en cuenta que, aunque se presentan en castellano, se trata de traducciones propias de las conversaciones originales que tuvieron lugar en alemán. A pesar de no ser una hablante nativa de alemán, mi conocimiento del idioma resultó suficiente para la realización de dichas entrevistas, facilitó el acceso al personal del hospital y a obtener participantes, ya que no había una barrera de idioma, como en el caso de Westdahl, quien realizó todo el trabajo en inglés, incluyendo las entrevistas, y así indica en su propio trabajo: “Language barrier at the Austrian Hospital was also an issue in the recruitment process of participants, as I do not speak German and needed the participants to have adequate English-speaking abilities” (Westdahl, 2018, p.23). Se contó con una barrera menos que Westdahl; no obstante, el acceso al personal no resultó sencillo, de ahí el reducido número de la muestra.

Las personas entrevistadas forman la muestra de este estudio, compuesta por las respuestas de cuatro miembros del personal de enfermería, todos ellos jefes y jefas de enfermería de sus correspondientes especialidades (urgencias, ginecología, psiquiatría y cirugía), dos médicos (una ginecóloga y un neurólogo), una intérprete que forma parte del listado del hospital, una profesora de la universidad que imparte un curso de especialización para intérpretes sin formación y con el gerente del hospital. Es decir, la muestra cuenta con un total de nueve informantes. Con el gerente del hospital, además de la entrevista que fue grabada, se mantuvieron otras charlas más informales, citadas como comunicación personal, ya que en una de ellas se me permitió acceder a unos datos que no son de dominio público y por lo tanto no se puede incluir dicho documento como referencia en sí mismo.

Solo se ha entrevistado a una intérprete de quienes conforman la lista del hospital, pero la profesora de la universidad también ejerce como intérprete y utiliza el sistema de video-interpretación, por lo que, aunque se cite como “profesora”, está debidamente justificado que se refiera a sus respuestas cuando se alude la percepción de los intérpretes. Además, respecto a la intérprete que se cita como tal es significativo señalar que es una persona hablante nativa y sin estudios de grado o de máster en Traducción e Interpretación. Ha realizado y, de acuerdo con lo que explicó, continúa realizando, cursos de formación, en su mayor parte ofrecidos por Universitat Austria. De la misma forma que había realizado el curso que se menciona un poco más adelante (punto 5.1) de “Interpretación en los Servicios Públicos- Profesionalización de los Intérpretes sin formación” ofrecido por la universidad de Innsbruck. Sin embargo, resultaba bastante evidente la falta de esta formación a nivel universitario, pues al realizar preguntas sobre aspectos técnicos del campo, las respuestas denotaban que los desconocía. Un ejemplo surgió cuando se preguntó por la técnica de la “back-translation”, que en este contexto debería de saberse. La profesora entrevistada y responsable del curso de especialización para intérpretes no formados también conocía a esta intérprete, ya que había realizado el curso en el que ella es docente, y tenía una opinión un tanto negativa sobre ella.

Es necesario señalar que es en los anexos, donde se pueden consultar todas las preguntas utilizadas como guión para la realización de las entrevistas. Para el desarrollo de este apartado ha realizado una selección de las más relevantes, que sirven de hilo conductor para la muestra de los resultados. También se puede encontrar un cuestionario dirigido al Servicio de Emergencias, que en realidad se realizó a personal de Urgencias del hospital. Debido a una confusión provocada por la lectura del trabajo de Koppelstätter: ella dedica toda su investigación al Servicio de Emergencias, que podría el equivalente al Samur en España (“Rettung” en alemán). La equivocación ocurrió por la incorrecta traducción por mi parte de “Rettung” por Samur -servicio médico que se traslada al lugar del accidente- en lugar del Servicio de Urgencias del hospital-que no se desplaza. Esta confusión se detectó a la hora de ir a llevar a cabo la entrevista, por este motivo las referencias al Servicio de Emergencias (respecto al personal que se encarga de la primera atención y el traslado en la ambulancia) no son muy destacables y están basadas en el trabajo de Koppelstätter.

5.1 FORMACIÓN DE INTÉRPRETES EN AUSTRIA (UNIVERSIDAD DE INNSBRUCK)

Las opciones de formación que se pueden encontrar en un país son una referencia no solo de la importancia que se le da a una profesión, sino también del reconocimiento de la misma y las opciones laborales que se pueden encontrar en dicha localización geográfica. Respecto a las posibilidades de formación para intérpretes, es cierto que en Austria son limitadas respecto a la especialización en la traducción en los servicios públicos, como ya indicaba Pöchhacker en 1997. Actualmente en Tirol no existe la posibilidad de cursar una formación a nivel universitario relacionada con esta rama de la traducción y la interpretación. En la Universidad de Innsbruck, la única posibilidad es la de cursar el máster de *Interpretación de Conferencias*. Si bien esto no significa que no exista ningún estudio en todo el país: en la Universidad de Viena se puede encontrar el máster en “Dialogdolmetschen¹¹” (Interpretación cultural), y en la universidad de Graz el máster en “Übersetzung und Dialogdolmetschen” (Traducción e interpretación cultural) (Entrevista profesora). Pero con esta investigación no se ha encontrado, o al menos no se tiene constancia de que exista uno similar al que se ofrece en la Universidad de Alcalá en España, que se llama específicamente *Máster en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos*.

Además de estas posibilidades se puede acceder a cursos y programas para continuar la formación, a través de la Asociación Profesional de Universitas Austria, que cuenta con una gran influencia en todo el país, y en el caso de la Universidad de Innsbruck se puede acceder a un curso ofertado a través de la universidad “Community Interpreting - Professionalisierung von LaiendolmetscherInnen” (Interpretación en los Servicios Públicos – Profesionalización de los Intérpretes sin formación), que, como se puede inferir por su título, tiene como objetivo proporcionar una formación a aquellas personas con conocimiento de más de un idioma, que no tienen estudios de traducción o una base adecuada de esta disciplina pero que aun así ejercen la función de intérpretes. Este curso tiene una parte de traducción en el contexto médico, pero abarca también el resto de los ámbitos que incluye la traducción en los servicios públicos. Este curso, de acuerdo con una entrevista que se realizó en 2014 (Uni Konkret) a las dos profesoras que lo imparten, está destinado a personas sin formación en traducción e interpretación y se lleva a cabo

¹¹ El término Dialogdolmetschen resulta complejo de traducir al castellano, y quizá exista una posibilidad más adecuada, pero en este caso se ha escogido el de Interpretación cultural.

en colaboración con el Servicio Regional de Integración, que entre otros recursos facilita financiación para la realización de cursos de alemán a los inmigrantes que llegan a Tirol. Dicho curso tiene como objetivo la profesionalización de estas personas que ejercen la interpretación y que no se han formado para dicha tarea, por lo que se les proporciona una base acerca de en qué consiste, técnicas de interpretación, además de seguridad y conciencia con la tarea que realizan. Se les facilitan vocabulario y recursos para la búsqueda de terminología y además se realizan ejercicios de “rol-play”, donde se utilizan las técnicas explicadas. En esta entrevista, ambas docentes explican también que hace falta “más reconocimiento de la profesión por parte de los políticos y también de la población”¹² (Unikonkret, 2014). Al final de la entrevista se incluían breves testimonios de algunos de los participantes, que admitían que antes de realizar el curso no eran conscientes de la importancia de la profesión y no hubieran sabido ni siquiera definirla.

¿Hay alguna ONG que tenga un volumen destacable de participantes en el curso?

La mayoría de los participantes en este curso son miembros de dos ONG, *Diakonie Fluchtlingsdients* y La Cruz Roja, en relación a este tema se formuló la pregunta de si en algún momento, aunque hubiera sido por iniciativa propia, había participado algún trabajador de Klinik, que quizá consciente del problema hubiera decidido adquirir formación al respecto, pero su respuesta fue

Que alguien de Klinik haya participado en este curso, no lo he vivido nunca.

No sabemos si es que no hay interés o que Klinik no publicita los recursos (Profesora).

Su duda respecto a la existencia real de interés estaba justificada, porque en otras ocasiones se habían intentado realizar otros cursos de un formato más reducido y había acudido miembros de ONGs y de distintas asociaciones (*Verein* es la palabra en alemán utilizada para definir asociación que son muy comunes tanto en Austria como en Alemania y existen de todo tipo, desde referidas a ayuda como en este caso, a deportes, baile o cualquier afición), pero ningún integrante del personal de Klinik. Además se intentó llevar a cabo otro proyecto similar para mejorar el trabajo conjunto entre personal sanitario e intérpretes en Klinik, pero no fue posible su desarrollo debido a la falta de interés del personal del hospital.

¹² Traducción propia del original en alemán.

Universitas también ofrece cursos con este objetivo, además de cursos para que los intérpretes profesionales puedan continuar y completar su formación. Algo que en el caso de la traducción y la interpretación resulta especialmente importante “[i]n service training and continuing professional development ensure that interpreters have up-to-date knowledge of medical terminology and health system operations, thus adding to the quality of the service provided” (Blignault, Stephanor y Barrett, 2009, p.236). A pesar de esto, hay que tener siempre presente que un curso no puede considerarse una formación completa en este ámbito. Resulta algo necesario y muy beneficioso, pero parece insuficiente si se compara su duración con la de un grado o máster en Traducción e Interpretación. Si bien, puede proporcionar información específica que no se incluya en otra de las opciones de formación.

5.2 -RECURSOS Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

De igual forma que a nivel global es importante conocer las oportunidades de formación y especialización, para conocer la relevancia de una profesión, también lo es el conocer la existencia de recursos y protocolos para solucionar una determinada situación conflictiva. En el contexto de este estudio, esa situación es el desconocimiento del alemán como dificultad para proporcionar tratamiento sanitario.

¿Existe algún protocolo para hacer frente a los problemas de comunicación con los pacientes extranjeros?

¿Dispone el hospital de un código deontológico que tengan que seguir los intérpretes?

Respecto a los recursos de los que se dispone en Klinik como hospital cabe destacar, en primer lugar, que no hay absolutamente ningún protocolo de actuación reglado, ni tampoco código deontológico que seguir. Se cuenta con el “Hausordnung” (reglamento interno del hospital), pero no cuenta con directrices específicas para ninguna de las distintas profesiones que se encuentran en el hospital, y por lo tanto tampoco para la interpretación o los recursos lingüísticos, así: “el uso de un intérprete tiene lugar según el criterio del médico” (Gerente). Por ello, este estudio ha tratado de conocer cuál es la opinión que tienen los profesionales médicos respecto a la necesidad de este servicio.

Esta situación no es exclusiva de Innsbruck, sino que sucede así en toda Austria, “[l]os hospitales no tienen ninguna obligación legal de contratar intérpretes, aunque

debido a la alta demanda se paralizarían”¹³ (Larcher, 2018, p.38). Se realizó un proyecto piloto en mayo de 2011 con “[l]a intención de ‘conseguir una central de interpretación en Austria’”¹⁴ (Larcher, 2018,p.68). Dicho proyecto según Larcher (2018) fue publicado en un libro, pero, al menos con este estudio, no se pudo acceder a ninguna central de interpretación a nivel nacional. Aun así, se tuvo acceso a un punto de situación interno del hospital en el que se refiere a “el idioma como elemento central para la cualidad del desarrollo y un correcto funcionamiento de una entendimiento médico-paciente, la dificultades lingüísticas y culturales marcadas puede suponer un impedimento para el rendimiento y dar lugar a un aumento del riesgo una terapia equivocada” (Comunicación personal), de la misma forma que se indica que los pacientes tienen derecho a recibir una correcta explicación y a recibir información. También se indica que en el caso de encontrarse con un problema de este tipo,

“En primer lugar se recurrirá a traductores residentes locales que sean personal externo, que trabajen como intérpretes profesionales, no formados o también trabajadores de la clínica de Tirol (Tirol Kliniken) que posean conocimientos del idioma. A la posibilidad de utilización de estos recursos de mediación lingüística desde hace dos años también existe como alternativa la posibilidad de realizarse mediante Internet/PC con una empresa vienesa ‘SAVD¹⁵ Videodolmetschen GmbH’” (Comunicación personal).

¿El hospital provee alguna clase de documento informativo traducido a otros idiomas?

Se dispone de formularios, folletos informativos y consentimientos informados traducidos a varios idiomas, como nos indican todos los trabajadores. De hecho, en una de las visitas al hospital para realizar las entrevistas pudimos ver unas tarjetas informativas sobre el acoso sexual en el baño de señoras, traducidas a otros cinco idiomas diferentes del original alemán.

5.2.1-INTERPRETACIÓN

Durante una conversación informal con un médico de Absams, un pueblo vecino a Innsbruck, se me indicó que no había recursos en el hospital como para poder destinar

¹³ Traducción propia del original en alemán.

¹⁴ Traducción propia del original en alemán.

¹⁵ Sin embargo en el trabajo de Larcher, publicado en 2018, se indica una empresa distinta *Cisco Jabber*, en referencia a este mismo recurso en el mismo hospital. Tras haber investigado al respecto, efectivamente se trata de empresas distintas(Larcher, 2018).

dinero a la interpretación. De modo que al preguntarle por la forma de solucionar la situación en la que un paciente no pudiera hablar alemán y, por lo tanto, no pudiera comunicarse con el personal sanitario. El informante en este caso consideraba que la idea de un médico de utilizar el traductor de Google era perfectamente válida. Incluso al preguntarle si consideraba esto una solución adecuada, no se cuestionó en ningún momento la posibilidad de que no fuera la mejor solución o que existiera la posibilidad de trabajar con intérpretes en las consultas.

¿Sabe de qué recursos dispone, cuándo y cómo solicitar un intérprete?

Tras haber tenido esta primera impresión antes de comenzar con la obtención de datos del estudio, la situación de Klinik parece algo más positiva. En Klinik para facilitar el acceso a los servicios de interpretación se dispone de una lista de intérpretes. Según nos indica el Gerente en la entrevista, antes se trataba de personas con el dominio del idioma, pero hoy en día, sin indicarnos exactamente desde cuándo se ha producido este cambio de criterio, se trabaja con intérpretes formados. Aunque si bien es cierto que la formación de la intérprete a la que se ha entrevistado se ha llevado a cabo mediante diferentes cursos formativos, no mediante un programa universitario completo. La lista está disponible para los diferentes facultativos y en caso de necesidad pueden intentar contactar con alguno de los intérpretes que forma parte de ella y comprobar su disponibilidad. De este proceso de contacto se encarga el personal de enfermería, de hecho uno de los médicos así nos lo indica (médico 2) y de la misma forma aparece reflejado en el documento interno al que tuvimos acceso.

Desde hace dos años, como nos indican la mayoría de los entrevistados, se ha incorporado también la video-interpretación, recurso con el que el personal parece estar más que satisfecho. Desde entonces, como nos indica la profesora en la entrevista, “se ha eliminado a mucha gente de la lista”, o al menos de su entorno cercano y que antes figuraba. Esto le lleva a sospechar que los recursos de interpretación en lugar de ampliarse, se puede considerar que de alguna forma se han reducido. También cabe la posibilidad de que se hayan optimizado los recursos existentes, como indica Larcher (2018, p.36)

Además, parece estar muy claro que los procedimientos de carácter oficial, como la firma de un consentimiento informado antes de una operación, es una situación que ha de ser mediada por un intérprete con una formación adecuada, aunque se ha encontrado

una posición mucho más ambigua respecto a otras situaciones o situaciones de una consulta habitual. De lo que se puede deducir que en la mayoría de las ocasiones no se recurre a esta asistencia, ya que el consentimiento informado es un documento que se firma únicamente antes de una operación o la participación en un estudio, como seguridad de que se han comprendido los riesgos del mismo. “El documento no es la información, sino la garantía de que se ha producido” (Ortiz y Burdiles, 2010, p.645). De modo que, según explicaron los distintos informantes entrevistados, en el momento de proporcionar la información sí se cuenta con alguna forma de asistencia lingüística. Hecho que lleva a pensar que antes de llegar a esta consulta informativa previa a la operación han podido ya suceder numerosas dificultades o malentendidos lingüísticos.

5.2.2-MEDIACIÓN

La mediación es una disciplina que va más allá de la mera interpretación, no se reduce únicamente a trasladar las palabras, sino que también se ocupa de todos aquellos factores culturales que puedan dificultar la comunicación sin malentendidos. La mediación, al ser una disciplina muy reciente, en general no cuenta con gran reconocimiento, pero en el caso de Klinik no tiene absolutamente ninguno.

¿Considera realista la querer introducir la figura del mediador en Tirol?

Esta pregunta fue formulada en la entrevista con la profesora, la que nos respondió que ella lo considera una situación muy poco probable en la actualidad. Entre los entrevistados dentro del personal sanitario, solo uno de los médicos y el gerente conocían el concepto de la mediación, de hecho la intérprete tampoco estaba familiarizada con la existencia de la mediación o lo que se podía esperar de ella. En palabras del gerente: “el objetivo de este hospital es solucionar los problemas médicos [...] trabajar de una forma eficiente y efectiva” (Gerente) con un método “rápido, preciso y correcto” y según él las funciones que debe cubrir un mediador no corresponden a las competencias del hospital, sino al servicio de migración.

Como indica el gerente “la figura del mediador es algo que la mayoría de los trabajadores desconoce, no tenemos ninguno” (gerente). De hecho, al explicarles en qué consiste esta figura, la mayoría aludió a que de esos aspectos normalmente se encarga el trabajador social. Pero en ninguno de los casos se mencionó que el trabajador social estuviera acompañado por un intérprete, de la misma forma que se asumía que el intérprete tenía que saber resolver esta situación; aunque, al mismo tiempo esto

contradiga, su concepto de que las funciones del intérprete se limite a la idea de transferir el mensaje palabra por palabra.

5.2.3-VÍDEO-INTERPRETACIÓN

¿Prefiere trabajar con un intérprete en consulta, con interpretación telefónica o con vídeo-interpretación? ¿Por qué?

La vídeo-interpretación constituye no solo el recurso más novedoso (introducido hace dos años) y más utilizado en Klinik, como ya indicaba Westdahl en sus conclusiones (2018, p.27), sino que también es el preferido por la totalidad del personal médico entrevistado, pues todos parecían estar de acuerdo a la hora de señalar sus ventajas:

- Siempre disponible, 24h del día, 7 días de la semana, 365 días del año
- Reducción de los tiempos de espera habituales con los intérpretes presenciales.
- Facilidad de acceso
- Mayor intimidad para el paciente
- Mayor oferta de idiomas, incluso con los menos frecuentes.

A pesar de que no siempre están disponibles todos los idiomas, se sigue presentando como una ventaja, ya que se puede concertar una cita con un intérprete de una de estas lenguas minoritarias, como puedan ser los dialectos del árabe, de modo que representa una gran mejora de accesibilidad.

En ocasiones, “interpreters interviewed cited video as distracting either because of set-up time or poor audio” (Locatis, 2010, p.348). En nuestro estudio, la intérprete no ha manifestado ninguna queja al respecto, y la profesora (ambas trabajan también utilizando esta técnica de interpretación a distancia) que también ejerce como intérprete sí ha comentado el problema de la falta de contexto o de la calidad de la imagen, como se explica más adelante, pero no se ha comunicado ninguna queja respecto a la calidad del audio.

Por parte del personal sanitario, al contrario que en la investigación de Locatis, en la que

Providers also commented on implementation issues[...] technical problems [...] None cited a telephone preference. The common reasons in-person interpretation was preferred were that it was more personal, that they could understand better, and that they could see the interpreter. [...]“The

significantly longer wait time for video interpretation is not surprising given the time needed to set up video equipment. (Locatis, 2010, p.348)

En Klinik, solo se ha mencionado que “a veces falla la conexión a internet, pero no es habitual”, como indicó el enfermero 2. En lo que respecta al tiempo necesario para la instalación del equipo, tampoco hay queja alguna, pues se utiliza una tableta electrónica, que de hecho supone una facilitación del proceso en términos de tiempo. Lo que a su vez supone una de las mayores razones por las que se prefiere este recurso al intérprete en persona. Este hecho también representa una desventaja, ya que en numerosas ocasiones, como nos relataba la profesora entrevistada, no se sitúa de forma adecuada y por lo tanto se carece de la comunicación no verbal, que es uno de los grandes problemas de la interpretación telefónica.

Respecto al aspecto de inseguridad o dudas de cara a la utilización de este recurso Westdahl mencionaba en su trabajo: “[u]ncertainty in how to use technological devices for video interpretation were reported by some participants at the Austrian hospital” (Westdahl, p.27). No podemos decir más que lo contrario al respecto, de modo que es posible que haya cambiado la situación, o también cabe la posibilidad de que la muestra con la que se está trabajando no sea suficientemente grande como para reflejarlo. Según se nos ha indicado, el personal de enfermería recibe una pequeña formación sobre cómo utilizar la tableta electrónica y como indica el enfermero 2 “al principio decíamos que no, que preferíamos a una persona y en la actualidad no hay ningún problema, es mucho más cómodo” (enfermero 4)

El tiempo de utilización de este recurso o de duración de las llamadas puede tener una duración de “entre 15 minutos y 1 día” (Comunicación privada), aunque según nos ha informado, “no sé decir cuánto dura una consulta regular, pero cuando se requiere un intérprete, con este sistema¹⁶ se puede medir la duración de las llamadas que normalmente son de entre 15 y 30 minutos” (Gerente).

Respecto a la cualificación de los intérpretes que trabajan para este servicio y los requisitos que deben cumplir, a pesar de que no se ha conseguido contactar con la empresa, tanto la intérprete como la profesora nos indican que actualmente han endurecido mucho los requisitos para poder trabajar con ellos, y se tiene en cuenta tanto

¹⁶ Refiriendo al programa que utilizan a través de Tablets, la estimación la realizó el mismo, pero según nos mostró, él tiene la posibilidad de acceder al registro de llamadas y comprobar su duración.

la formación como la experiencia profesional, además de la superación de su proceso de selección. Una vez se ha superado este proceso, los intérpretes “tienen que tener una habitación, que se pueda cerrar con llave -por la protección de datos- buena conexión a internet y equipo informático adecuado” (Intérprete)

5.3-FINANCIACIÓN E INCIDENCIA

Respecto a la financiación y el presupuesto del que se dispone para los servicios de interpretación y financiación lingüística, se esperaba poder acceder a una cifra concreta o a una relación de la proporción que suponía dicho presupuesto en relación con el presupuesto total del hospital o al volumen de pacientes atendidos por el hospital; posiblemente fruto del desconocimiento o de la esperanza de que la situación en Austria fuera un poco mejor que en España. Con esto me refiero al hecho de que la interpretación se incluya de forma independiente a la hora de decidir el diseño de los presupuestos de una institución revela reconocimiento a nivel institucional. Algo con lo que al menos en Klinik no se cuenta por parte del Gobierno de Tirol, según nos indicó el gerente del hospital. El gerente nos explicó que no hay un presupuesto específico, sino que existe un presupuesto general para el hospital y que los servicios de traducción han de ser integrados dentro de las necesidades generales (Comunicación personal). Lo que puede justificarse con la falta de obligación legal de los hospitales de proporcionar este servicio; pues si estuviera debidamente regulado habría de incluirlo también en los presupuestos. Aunque el gerente también indicó que “sin embargo ningún paciente que no hablara alemán ha manifestado haber sufrido daños, que la institución sanitaria no haya sido capaz de tratar, ni tampoco por no haber recibido la asistencia necesaria.” (Comunicación personal)

Algo que, a lo largo de la entrevista, sí se reconoció es que se tiene que facilitar la atención adecuada, y que los/las pacientes han de entender lo que les va a suceder. Deben poder, por lo tanto, comunicarse con el personal sanitario. Al mismo tiempo, se refirió que “es un servicio caro y hay que ser selectivo a la hora de proporcionarlo, no solo por su precio, sino que hay que valorar cuáles son las necesidades reales” (Comunicación personal).

Por otro lado, según indicó la intérprete, Klinik no paga especialmente bien a los intérpretes, se tiene que acudir a la mayor brevedad posible el hospital, mostrándose

consciente de lo que esto puede significar en ese contexto, pero a su vez indicando que, si ella ha de coger un taxi para poder llegar antes, ese gasto lo pagaba ella.

Esta intérprete calificaba como el mayor problema a la hora de trabajar con Klinik que la tarifa que pagan es muy baja en comparación con el resto de las regiones de Austria (Intérprete). Si se tiene en cuenta que uno de los mayores inconvenientes señalados por el profesional médico a la hora de trabajar con intérpretes de forma presencial en lugar de remota eran los tiempos de espera, que de media según el enfermero 3 variaban entre los 30 y 60 minutos, hasta que el intérprete llega a la consulta se puede considerar que, al menos en este caso de estudio, esto está directamente relacionado con los recursos económicos del centro.

¿Se podría considerar una situación habitual el tratar con pacientes con los que se enfrentan a una barrera lingüística? ¿Sería posible acceder a cifras al respecto?

Según el enfermero 3 encuestado, la incidencia de pacientes que necesitan de esta asistencia lingüística en el servicio de Urgencias es de alrededor del 15%, que él mismo califica de “bastante alta”. De hecho, el servicio de Urgencias se encuentra entre las tres especialidades del hospital que registran mayor necesidad de esta asistencia, con una incidencia aproximada del 12%, junto con ginecología y psiquiatría con un 10% y un 18% respectivamente (Comunicación privada).

5.4 PERCEPCIONES DEL PERSONAL SANITARIO

Para poder llegar a una conclusión sobre la situación de la asistencia lingüística en un centro, no basta solo con saber cuales sus recursos, sino que es necesario conocer las percepciones del personal al respecto, ya que son ellos quienes lo van a utilizar, y van a experimentar su eficacia. De la misma forma que van a decidir si es un recurso necesario en su práctica profesional o no; dicho de otra forma, si lo utilizan o no. Tras la exposición del punto anterior, partimos de la base de que el personal entrevistado tiene conocimiento de cuáles son los recursos de los que dispone y cómo acceder a ellos. A continuación, se expone su opinión sobre los mismos.

5.4.1. INTERPRETACIÓN

¿Cómo definiría las funciones de un intérprete?

De la misma forma que hemos definido el concepto de intérprete, resulta necesario conocer qué expectativas tiene el personal sanitario de estos/as profesionales. Esta

pregunta se respondió de forma prácticamente unánime por todos los entrevistados y puede resumirse de esta forma: “dominar el idioma, entender el lenguaje médico, no fantasear” (médico 1), con no fantasear se refiere a no realizar su propia interpretación, más que traducir lo que se ha dicho. Respecto a la pregunta número ocho de las preguntas dirigidas a los/las médicos (que refiere a la formación de los intérpretes y a la necesidad de un dominio de la terminología médica por parte de los mismos) no está de acuerdo el médico 2, como se indica más adelante. También se espera, que, en el caso de detectar un problema de comprensión debido a un aspecto cultural, se le indique al/la médico para así poder solucionarlo. En ningún caso, se debe tomar directamente la iniciativa de solucionarlo por ellos mismos haberlo comunicado. Aunque esta situación no entre dentro de las competencias de un intérprete, el personal sanitario espera que así sea. La intérprete entrevistada coincide con que hay que poseer ese conocimiento cultural. La profesora, aun de acuerdo con que no forma parte de las funciones de un intérprete, indica que al final siempre se acaba solucionando esta clase de situaciones, por empatía con el paciente. Este aspecto también es frecuente encontrarlo reflejado en la literatura.

¿Si no es posible trabajar con un intérprete cómo soluciona el problema de la comunicación?

Partiendo de los resultados de Pöchhacker en los hospitales de Viena, también se ha realizado la pregunta relativa a si se recurre a la señora de la limpieza (haciendo referencia a cualquier persona sin cualificación que pueda conocer el idioma). Al respecto, la médico 1 nos indica: “antes no había casi interpretación se utilizaba lo que se podía¹⁷”, pero explica que ella ahora no recurre a este recurso, pues se pone en peligro la seguridad del paciente. El personal de enfermería se expresa de la misma forma, en caso de utilizarlo, sería como último recurso, siempre y cuando no fuera posible ninguna otra solución. De hecho, el enfermero 2, jefe de enfermería de psiquiatría, indica “eso no se hace, me parece muy importante en el marco psiquiátrico” y añade que si no se puede disponer de un intérprete, “[n]o, se utiliza a alguien de la casa en primera instancia.” Opinión con la que de nuevo discrepa el médico 2, que no le da tanta importancia a esta cuestión y dice que hay que trabajar con “personal que trabaja en el hospital, no puede

¹⁷ Varios de los entrevistados utilizan la expresión alemana “mit Hand und Fuß reden” que literalmente traducida en español significaría “hablar con las manos y los pies”, lo que se refiere a la comunicación no verbal y con mímica en una situación en la que no se cuenta con ninguna posibilidad de asistencia lingüística.

ser alguien de la calle por el tema de protección de datos, es también un problema, pero si puede traducir la señora de la limpieza da igual¹⁸ la protección” (médico 2).

¿Su experiencia en general es positiva o negativa? ¿Puede mencionar ejemplos concretos?

En general la experiencia de los/las entrevistados es positiva, y están de acuerdo con que se facilita su trabajo y el paciente recibe una mejor atención si se puede disponer de un/a intérprete en la consulta o de la video-interpretación, tal como indica la médico 1 “estoy encantada con mis traductores”. A excepción del médico 2, quien prefiere trabajar con una máquina, bien sea con “el traductor de Google o la vídeo-interpretación antes que con un intérprete en la consulta” y cuando se da esta circunstancia, aunque como ya nos ha indicado no se puede esperar que sean siempre intérpretes con formación, utiliza “preguntas que se puedan responder con sí o no” (médico 2). Pues, en su opinión, “el problema es que los pacientes hablan mucho y nosotros recibimos un resumen” (médico 2); un inconveniente que es compartido por el médico 1, quien apunta:

“con frecuencia el problema es que yo digo una frase y el intérprete habla cinco minutos, entonces tengo que decir ‘para’. Pasa de vez en cuando, sobre todo con algunos idiomas como ‘los árabes’(sic), da igual con qué traductor. Entiendo que es algo que tiene que ver con la cultura, pero no puede decir algo que yo no he dicho. [...] Si hay algo que no queda claro es el paciente el que tiene que formular la pregunta.” (médico 1)

¿Considera que la presencia de un intérprete mejora la calidad de la atención o que la existencia de estas barreras lingüísticas afecten a la calidad de la atención en general?

En general, incluso para el médico 2, la interpretación se considera necesaria, sobre todo en la situación en la que se han de explicar los riesgos de una operación y también se comparte la opinión de que es un dinero bien utilizado, que en palabras del médico 2 “va directo al paciente”, aunque a su vez indica que la calidad de la atención es estándar, “las imágenes neurológicas son más importantes que el idioma”; expone que “en neurología se puede hacer prácticamente todo sin hablar” y que aunque es un dinero bien empleado, en su especialidad, la neurología, no es imprescindible, dado que “cuando no puedes hablar, empiezas a enseñarlo. Y esto lo pueden hacer algunas culturas mejor,

¹⁸ En la conversación original se dijo literalmente la palabra “Schieße” que equivale a la expresión “a la mierda en castellano”, se ha decidido indicarlo así, para no romper el estilo del resto del trabajo.

(italianos) y otras peor (alemanes)”, por lo que queda bastante claro que al menos este médico no reconoce la profesión de la interpretación de una forma expresa.

¿Cuánto tiempo se estima que tiene médico por paciente? ¿Se tienen en cuenta las necesidades lingüísticas, o es posible que varíe debido a estas?

Uno de los problemas que se puede encontrar relacionado con el uso de asistencia lingüística es que requiere un mayor tiempo de tiempo de consulta. Resulta evidente que al necesitar un tercer participante y que se va a repetir al menos dos veces la información, en ambos idiomas, se requiera más tiempo. Según se ha indicado esto no supone un problema, ni por parte del personal sanitario, ni por la del gerente, pues cada médico ha de determinar el tiempo necesario con cada paciente. El tiempo es también un factor significativo para que el recurso preferido sea la video-interpretación como ya se ha mencionado, aunque no se perciben los inconvenientes que esta presenta. Se mencionan las ventajas de la facilidad de acceso y de uso, a la vez que la eliminación de los tiempos de espera que hay con los intérpretes en consulta y la situación de anonimato y mayor privacidad para los pacientes.

¿Qué opina de la formación de los intérpretes con los que ha trabajado, es adecuada para trabajar en un contexto médico?

Respecto a la cualificación de los intérpretes, no saben qué opinar al respecto, la respuesta unánime es que no lo saben. Aunque el médico 2 indica que “yo no creo que sea el intérprete el que tenga que tener una formación especial, sino el médico y tiene que saber adaptar su lenguaje y no hablar como con un estudiante de arquitectura. Nosotros tenemos que aprender cómo comunicarnos con el intérprete”.

Entre las desventajas de la vídeo-interpretación que se nos revelan por parte de la profesora, además de los problemas en cuanto a la visión de la situación que se tiene (Punto 4.4.2), es que no hay ninguna clase de breve resumen, para poder conocer la situación a la que se enfrenta antes de tener que interpretar. Esto no ocurre solo con este método, en general las respuestas que se han facilitado al respecto dan a entender que no se hace por norma general. Algo que confirma el gerente, que dice “que yo sepa, esto no se hace”. La enfermera 1 sí que indica que a veces lo hacen, en una habitación distinta a aquella en la que se va a llevar a cabo la consulta, o al menos en la que no está el paciente. Aunque no siempre resulta posible, normalmente por una limitación de tiempo, del intérprete, porque tenga que ir después a atender a otro paciente en otro edificio dentro

del hospital o por otros motivos. La única persona que sí indica que lo realiza siempre es la médica 1, “explico siempre la situación, con o sin el paciente presente; si no el intérprete no sabe lo que necesito”, lo cual denota una buena intención, pero que se están dejando totalmente de lado los sentimientos del/la paciente y puede sentirse excluido de su propia consulta.

5.4.2. CUALIFICACIÓN PROPIA Y NECESIDAD DE FORMACIÓN

Como ya se ha indicado en el marco teórico, hay una opinión unánime en la literatura respecto a que se deberían incorporar cursos de formación sobre cómo trabajar con intérpretes y que, además, de una forma ideal se deberían incorporar a los currículos de la formación tanto de los médicos como del personal de enfermería. Esta formación en Austria dura solo dos años. En Austria hay profesiones que en España son consideradas como grados universitarios y a las que en este país se accede mediante formación profesional.

¿Sabe si en la universidad los estudiantes de Medicina o Enfermería tiene en algún momento de su vida estudiantil o profesional acceso a alguna formación relativa con el trabajo con un intérprete o mediador?

En Austria, al menos en Innsbruck, no existe nada parecido, como nos indica la profesora a la que hemos entrevistado. Responde a esta cuestión con mucha seguridad al respecto, ya que, según nos explica, formó parte de un proyecto en el que se intentó incorporar esta práctica dentro de la asignatura sobre el trato con el paciente para los estudiantes de Medicina, pero no fue posible. De la misma forma, respecto a que no hay ninguna clase de convenio o entendimiento entre Klinik y la Universidad de Innsbruck, relata que “intentamos mandar estudiantes de interpretación” pero no funcionó, aunque como nos indica esta profesora “hubiera mejorado mucho la calidad de la interpretación”.

En caso de que el personal sanitario no tenga formación sobre cómo trabajar con intérpretes, ¿podría acceder a esta a través del hospital?

Respecto a la oferta de formación ofrecida en Klinik nos encontramos con la posición del gerente, que no nos puede proporcionar datos al respecto; la de la profesora, que nos indica su escepticismo respecto a si de verdad nadie tiene nada de interés, quizá tiempo para acceder a ellos o realmente hay un desconocimiento total sobre esta posibilidad. Lo que teniendo en cuenta la información proporcionada por el gerente, da la impresión de que, aunque esta falta de interés y de tiempo también tengan algo que ver,

las posibilidades no son conocidas por la mayoría. Este hecho contrasta con las respuestas proporcionadas por el resto de los/as entrevistados/as, pues la mayoría responden que no lo necesitan, que tienen experiencia y ya saben cómo trabajar en este contexto. La única que se muestra positiva respecto a esta idea es la enfermera 1, que explica que se han ofrecido en alguna ocasión cursos de formación cultural para aprender a tratar con algunas culturas, y ella lo encuentra especialmente útil. Respecto a la posibilidad de poder llevar a cabo una pequeña formación para mejorar su competencia a la hora de trabajar con intérpretes, le gusta la idea de poder realizar un formato de mesa redonda, en el que se pudieran exponer ambos puntos de vista. En cuanto a los/las médicos, la médico 1 indica que “después de 20 años de experiencia trabajando con intérpretes no lo necesito [...] yo enseño a los nuevos, a que si tú has dicho una frase y el intérprete dice 5 hay que pararlo y pedirle que traduzca solo lo que has dicho”. En cambio, el médico 2 “lo haría, pero no si las personas que nos forman no han trabajado nunca en esta situación [...] con alguien con formación solo teórica no tiene sentido”, y aclara que “nuestra formación sería posible cuando se impartieran por psicólogos de la policía o del ejército, que trabajan igual que nosotros en situaciones de estrés. Tampoco hay libros sobre este tema y si los hay son del ejército”.

La intérprete opina convencida que todos tienen una buena formación al respecto, y califica su trabajo de “profesional”. Sin embargo, esto contrasta enormemente con la opinión de la profesora, que también trabaja como intérprete con la misma empresa que se utiliza en Klinik, y aunque nunca se ha visto en la situación de interpretar en Tirol, en general considera que los médicos no tienen “ni idea” de cómo se ha de trabajar con un intérprete. Como ejemplo de la falta de conocimiento sobre cómo trabajar con intérpretes alude a donde se sitúa la cámara de la Tablet al trabajar con el sistema de vídeo-interpretación, normalmente no se tiene en absoluto en cuenta la importancia que esto tiene para los/as intérpretes. Nos relata ejemplos, en los que no se puede ver más que a una de las personas, o recuerda una situación en la que se trataba de una consulta de ginecología con una embarazada y se colocó la Tablet, o el sistema de cámaras con el que se contaba, justo delante de la tripa de esta mujer, por lo que ella no podía ver prácticamente nada.

5.4.3 CONCEPCIONES SOBRE EL CONCEPTO DE CULTURA Y SU IMPORTANCIA

En lo que respecta a las percepciones de la cultura, el personal sanitario de nuestra muestra no señala grandes problemas a nivel general; aunque comentan ejemplos que les han llamado la atención al respecto. Esto sucede con la población originaria del continente africano: “si no sabemos lo que tiene es una práctica habitual mandarlos a casa, pero si se trata de alguien de una cultura africana nunca vuelven, y si lo hacen en un estado peor, nunca te van a recriminar que los hayas mandado a casa” (médico 2). “En ocasiones con los ciudadanos turcos” (enfermero 2) (sin dar un ejemplo concreto). “En algunas culturas, a veces, quieren entrar 10 familiares al paritorio, y aquí no se puede porque las salas son pequeñas, y hay que explicar por qué no se puede” (médico 1). Pero como la médico 1 indica, “esto lo hace nuestro personal [...] No puedo imaginarme que esto funcionara mejor, porque los mediadores tienen tipo de formación pero no están acostumbrados a trabajar en situaciones de crisis, nosotros tenemos siempre crisis” (médico 1), no hay sensibilidad alguna con la necesidad de una solución alternativa para este problema, quizá por el mismo desconocimiento general ya expuesto en el punto 4.2.2. En concreto en este caso, se le aclaró a la médico 1 la formación específica que deben tener los/as mediadores/as, y tras esta aclaración se mostró encantada con la posibilidad de contar con este recurso

El problema más común, y en esto están de acuerdo todos los entrevistados, es el que una mujer solicite ser atendida por una profesional de su mismo sexo, y de igual forma ocurre con los intérpretes. Aunque este aspecto no se atribuye únicamente a las culturas de las inmigrantes, sino que la enfermera 4 (ginecología) opina que ocurre “con todas las mujeres, también de nuestra cultura” (enfermera 4).

¿Es una situación común, que el paciente describa sus síntomas usando una metáfora que carece de sentido, porque es cultural?

Respecto a la expresión de los síntomas y del dolor mediante metáforas culturales, la opinión general es que puede pasar, pero no es algo que suceda con mucha frecuencia y, en caso de suceder, es más frecuente con el personal de enfermería que con el médico. Por su parte, el médico 2 apunta que “es una muy buena pregunta”, y manifiesta “creo que utilizan muchas metáforas, en concreto los turcos, pero no las utilizan con nosotros”. Ante esta respuesta, se le planteó como ejemplo la situación de que lo que sucede con

los/as turistas que no están acostumbrados a adaptar sus expresiones, como un/a residente habitual de la región, sigue pensando que el/la paciente tiene que darse cuenta de que no se le va a entender, sigue mostrando reticencia al respecto. Si bien es cierto que si alguien ya vive de forma estable en Tirol posiblemente también se acostumbre a adaptar su lenguaje en función a su interlocutor, pero, por otro lado, si no se está acostumbrado a hablar lenguas, si es un recién llegado al país o sencillamente se está de viaje, en una situación de estrés, como es la de tener que acudir a un hospital, resulta poco probable que se vayan a evitar estas expresiones culturales o metáforas, ya que el paciente lo que quiere es explicar su dolencia.

6-CONCLUSIONES

Como ya se ha expuesto a lo largo de todo este trabajo, Innsbruck, capital de la región austríaca de Tirol, es una ciudad multicultural con una significativa cifra de población inmigrante y con una gran afluencia de turistas de todo el mundo, durante todo el año, que acuden principalmente atraídos por su situación geográfica en los Alpes. De hecho, la ciudad es denominada “La joya de los Alpes”. Esta situación, afecta de una forma directa a los servicios sanitarios locales, ya que tanto estos inmigrantes como los turistas, que, además, debido al tipo de turismo deportivo que realizan protagonizan un mayor número de accidentes de lo normal, necesitan atención médica, y en numerosas ocasiones no hablan alemán, por lo que necesitan servicios de atención lingüística.

Klinik, como hospital de referencia, no solo de Tirol sino de casi toda la totalidad de la región alpina -atiende también casos complejos de Voralberg y Südtirol (Italia)- no cuenta con un protocolo específico en caso de tener que enfrentarse a problemas en la comunicación con un paciente, ni un presupuesto específico para la interpretación, así como tampoco cuenta con un código deontológico para intérpretes. El único recurso disponible es el “Hausordnung” (reglamento interno), lo que refleja una gran falta de apoyo institucional, que a su vez se refleja en la falta de reconocimiento de la profesión, por parte del personal y también de los usuarios.

Aun así, existe un apartado referente a las lenguas nativas en el momento de registro de un paciente, que si bien, según se nos ha comunicado, no cuenta con una efectividad óptima, demuestra un atisbo de interés por la cuestión, aunque necesite ser mejorado. De la misma forma, existe material informativo traducido a varios idiomas a disponibilidad del paciente. No se ha podido confirmar si este material es suficiente, pero resulta un

aspecto muy positivo, y parece ser fácilmente accesible, ya que durante el desarrollo de esta investigación pudo encontrarse en los aseos para pacientes.

Se puede observar una sensibilización especial respecto a la necesidad de servicios de asistencia lingüística, por parte del personal de las especialidades de psiquiatría y ginecología. Posiblemente debido a que, tanto en Klinik como en otros hospitales, son las que mayor incidencia registran, sumado a la importancia que cobran los aspectos culturales en estos dos contextos y, por tanto, hay una mayor conciencia sobre la importancia de este recurso.

En general, el personal parece estar concienciado con la importancia de tener una comunicación adecuada con el paciente, o al menos en determinadas situaciones, sobre todo a la hora de tener que firmar consentimientos informados y antes de una operación, cuando hay que explicar los riesgos, además de cuando se ha de comunicar un diagnóstico. No se puede decir lo mismo de situaciones de consultas más regulares. De hecho, la mayoría de los facultativos indicaban que para aspectos sencillos se podían entender sin necesidad de un intérprete, como indicó la enfermera 3: “cualquiera puede explicar cómo tomar la medicación”. Se muestran muy críticos con la interpretación por medio de familiares y conocidos, incluso por los problemas que supone su mera presencia, cuando la consulta ha de ser interpretada. El medio favorito para proveer la interpretación es mediante el programa disponible de vídeo-interpretación, aunque hay una absoluta falta de conciencia sobre los problemas, a la hora de garantizar la atención que esta puede suponer. De la misma forma, no se tiene en consideración la importancia la propia actuación, a la hora de trabajar con intérpretes, considerando que no es necesaria ninguna clase de formación al respecto y no se tienen en cuenta las consecuencias de no realizar este proceso de una forma correcta. Se puede decir que hay una notable falta de autocritica. Si bien no todos los factores de este proceso están en la mano del personal sanitario, tampoco se consideran los que sí lo están.

Respecto al tiempo necesario para desarrollar una consulta con intérprete, ni por parte del personal ni por la de la administración del hospital se espera que tenga la misma duración que una sin problemas de comunicación. Lo cual resulta un aspecto muy positivo, a la vez que realista, y quizá pueda considerarse como el comienzo de una muestra de reconocimiento para la interpretación.

Por el contrario, la mediación es en la mayoría de los casos desconocida. En el caso de conocer en qué consiste –a todos los que no conocían la profesión se les explicó en la entrevista- en general, no se considera necesaria o se enmarca fuera de las competencias

del hospital y de la atención médica. Lo que sin duda indica que queda un largo camino por recorrer en este aspecto, y que, a pesar de que la investigación en este campo se está desarrollando mucho en los últimos años, no parece que vaya a ser fácil desde el punto de vista institucional.

La situación, lejos de ser ideal, es mucho mejor de lo que se podía esperar, especialmente tras leer el artículo de Pöchhacker (2000) sobre la utilización habitual del personal no cualificado, usando el ejemplo del personal de limpieza como intérpretes de forma regular y sin percibir los problemas y los riesgos que esta práctica entraña. En Klinik, de acuerdo con los resultados de las entrevistas ya expuestos, esto no sucede, aunque queda abierta la cuestión que plantea la profesora en la entrevista: “¿De verdad no sucede eso?”, lo cual parece una postura muy escéptica al respecto. A pesar de lo que ha indicado el personal sanitario, y que es casi en su totalidad ratificado por la intérprete, la profesora de la universidad de Innsbruck, tiene una opinión bastante crítica, como ya se ha expuesto anteriormente. Aunque la muestra sea limitada destaca la opinión del doctor 2, quien afirma sin ninguna clase de dudas que prefiere trabajar con una máquina -ya sea “el traductor de Google o la video interpretación”- a trabajar con un intérprete en consulta. Lo que hace pensar en la, ya común, falta de reconocimiento de la traducción como ciencia, y del trabajo y formación de los que a ella se dedican, por lo que resulta legítimo ser un poco escéptico al respecto. Este estudio se puede tomar como una introducción a la cuestión en sí misma, que puede ser confirmada o reajustada mediante uno o varios estudios más precisos y con un acceso a más recursos sobre este tema. En caso de poder ser llevado a cabo, podría tener interés tanto desde un punto académico como quizá también institucional.

7-BIBLIOGRAFÍA

- Blignault, Ilse; Stephanou, Maria; y Barrett, Cassandra. (2009). Achieving quality in health care interpreting. *Benjamins Translation Library The Critical Link* 5, 221–234. doi: 10.1075/btl.87.17bli
- Brisset, Camille; Leanza, Yuan; y Laforest, Karine (2013). Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 131-140. doi:10.1016/j.pec.2012.11.008
- Burkle, Christopher; M., Anderson, Kathleen; A; Xiong, Yapa; Guerra, Andrea, E.; y Tschida-Reuter, Daniel, A. (2017). Assessment of the efficiency of language interpreter services in a busy surgical and procedural practice. *BMC Health Services Research*, 17(1), 456. doi: 10.1186/s12913-017-2425-7
- Comunicación personal con Johann Schögl, gerente Klinik, Hospital de Innsbruck, 26 de mayo y 30 de septiembre de 2020
- Cox, Antoon. (2015). Do you get the message? Defining the interpreter's role in medical interpreting in Belgium. *MonTI. Monografías De Traducción e Interpretación*, 161–184. doi: 10.6035/monti.2015.ne2.6
- Crezee, Ineke. H. (2003). Health Interpreting in New Zealand. *The Critical Link 3 Benjamins Translation Library*, 249–259. doi: 10.1075/btl.46.26cre
- Dal Fovo, Eugenia. (2017). Good health across languages: how access to healthcare by non-Italian speaking patients is ensured in Italy. A case study. *Lingue Culture Mediazioni - Languages Cultures Mediation (LCM Journal)*, 4(1), 33-55. doi: 10.7358/lcm-2017-001-dalf
- Elderkin-Thompson, Virginia; Silver, Roxane Cohen; y Waitzkin, Howard. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1343–1358. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00234-3
- Garrett, Pamela W.; Dickson, Hugh G.; Lis-Young, Whelan, Anna K.; y Roberto-Forero. (2008). What do non-English-speaking patients value in acute care? Cultural competency from the patients perspective: a qualitative study. *Ethnicity & Health*, 13(5), 479–496. doi: 10.1080/13557850802035236

- Hadziabdic, Emina; Albin, Björn; Heikkilä, Kristina; y Hjelm, Katarina (2010). Healthcare staffs perceptions of using interpreters: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 11(03), 260–270. doi: 10.1017/s146342361000006x
- Hudelson, Patricia; Dao, Melissa Dominice; Perneger, Thomas; y Durieux-Paillard, Sophie (2014). A “Migrant Friendly Hospital” Initiative in Geneva, Switzerland: Evaluation of the Effects on Staff Knowledge and Practices. *PLoS ONE*, 9(9). doi: 10.1371/journal.pone.0106758
- Jacobs, Elisabeth A; Shepard, Donald S.; Suaya, Jose A.; y Stone, Esta-Lee. (2004). Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. *American Journal of Public Health*, 94(5), 866–869. doi: 10.2105/ajph.94.5.866
- Kale, Emine y Hammad Raza Syed. (2010) “Language Barriers and the Use of Interpreters in the Public Health Services. A Questionnaire-Based Survey.” *Patient Education and Counseling*, 81(2), 187–191. doi:10.1016/j.pec.2010.05.002.
- Koppelstätter, Christiane. (2018) *Die Emotionalisierung der Marke "Österreichisches Rotes Kreuz" : eine Analyse anhand der Imagekampagne "Aus Liebe zum Menschen" des ÖRK* (TFM) Universidad de Innsbruck, Innsbruck, Austria
- Larcher, Silvia. (2018) *Videodolmetschen im medizinischen Bereich- Status quo und quo vadis?* (TFM) Universidad de Innsbruck, Innsbruck
- Locatis, Craig, et al. (2010) “Comparing In-Person, Video, and Telephonic Medical Interpretation.” *Journal of General Internal Medicine*, 25(4) 345–350. doi:10.1007/s11606-009-1236-x
- Nevado, Almudena. (2014). Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación en el ámbito de la salud reproductiva. *Panace@. Revista de medicina, lenguaje y traducción*. 15 (40) 278-289
- Ortiz, P.Armando y Burdiles, P.Patricio (2010) Consentimiento informado. *Revista Médica Las Condes*. 21(4) Elsevier, 644-652
- Pöchhacker, Franz (2000). Language Barriers in Vienna Hospitals. *Ethnicity & Health*, 5(2), 113–119. doi: 10.1080/713667449

- Pöchhacker, Franz (1997) “‘Is There Anybody out There?’ Community Interpreting in Austria.” *The Critical Link: Interpreters in the Community Benjamins Translation Library*, 215. doi:10.1075/btl.19.23poc
- Pöllabauer, Sonja (2006) *Dolmetschen im Asylverfahren. Handbuch*. Horn: Bundesministerium für Inneres der Republik Österreich / UN-Flüchtlingshochkommissariats UNHCR in Österreich / Universität Graz. Disponible en: http://v004107.vhost-vweb-02.sil.at/wp-content/uploads/2012/11/2006_Handbuch-Dolmetschen-im-Asylverfahren.pdf
- Rosemberg, Brett, Allen. (2007). “A data driven analysis of telephone interpreting”. In C. Wadensjö, B.E. Dimitrova, A. Nilsson (eds.), *The critical link 4. Professionalisation of interpreting in the community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 65-75. <https://doi.org/10.1075/btl.70.09ros>
- Rosse, Floor van; Bruijne, Martine De; Suurmond, Jeanine; Essink-Bot, Marie-Louise; y Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45–53. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012
- Sales, Dora (2014) “La delgada línea roja de la imparcialidad”. En Grupo CRIT. *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Comares, 55-90
- Sánchez-Reyes Peñamaría, María Sonsoles, y Martín Casado, Manuel. (2004). Necesidad de la provisión de un servicio de intérpretes en los hospitales. *Hermenéus. Revista de traducción e interpretación* 6, 155-168.
- Tebble, Helen. (2003). Training Doctors to Work Effectively with Interpreters. *The Critical Link 3 Benjamins Translation Library*, 81–95. doi: 10.1075/btl.46.12teb
- Tine, Ghedolf (2014) Eine ländervergleichende Studie zum Dolmetschen im Gesundheitswesen (Flandern / Deutschland / Österreich) (TFM) Universidad de Gante, Bélgica
- Valero-Garcés, Carmen, y Wahl-Kleiser, L. (2014). Desencuentros culturales en el ámbito de la salud: las voces de los profesionales sanitarios y los pacientes extranjeros. *Panace@*, XV(40), 315–328.

- Valero-Garcés, Carmen (2003). Responding to Communication Needs. *The Critical Link 3 Benjamins Translation Library*, 177–192. doi: 10.1075/btl.46.19val
- Verrept, Hans. (2008). Intercultural mediation: An answer to healthcare disparities? *Crossing Borders in Community Interpreting Benjamins Translation Library*, 187–201. doi: 10.1075/btl.76.10ver
- Wadensjö, Cecilia (2017). Dialogue Interpreting and the Distribution of Responsibility. *HERMES - Journal of Language and Communication in Business*, 8(14), 111. doi: 10.7146/hjlc.v8i14.25098
- Westdahl, Stine. (2018) *Factors perceived to influence the use of interpreter services in healthcare A qualitative study investigating the attitudes and behaviours of Norwegian and Austrian healthcare professionals and managers* (TFM) Universidad de Oslo, Oslo, Noruega

FUENTES ELECTRÓNICAS Y PÁGINAS WEB

- Daten und Zahlen zum Tourismus in Tirol / Tirol Werbung Presse-Portal. Recuperado el 15 de octubre de 2019 de: <https://presse.tirol.at/de/daten-zahlen-zum-tourismus-in-tirol/pr335467>.
- Entrevistamos a Dora Sales: traducción e intermediación cultural. (2013, Julio 2). Recuperado el 18 de octubre, 2019, de <https://ontranslation.es/dora-sales-entrevista/>.
- Gen Altruista (2017) La conjetura de los 100 años cuando las palabras sobran y no alcanzan “Grisha”. Perelman y la matemática. Gen altruista.net. Recuperado 29 de noviembre de 2019 de: <https://genaltruista.net/la-conjetura-de-los-100-anos-cuando-las-palabras-sobran-y-no-alcanzan-grisha-perelman-y-la-matematica/>
- González Enríquez, Carmen (2018) Inmigración en España: una nueva fase de llegadas. Real Instituto el Cano. Recuperado el 15 de octubre de 2019 de: <http://www.realinstitutoelcano.org/wps/wcm/connect/c9b30d67-43a5-4651-9749-2c097f9dd9a9/ARI28-2019-GonzalezEnriquez-Inmigracion-Espana-nueva-fase-llegadas.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=c9b30d67-43a5-4651-9749-2c097f9dd9a9>

Innsbruck Universität. (2019). Universitaet Innsbruck in Zahlen 2019 EN. Recuperado el 13 de octubre de 2019 de: <https://www.uibk.ac.at/universitaet/profil/dokumente/uni-facts-and-figures-2019.pdf>.

Kaiser, Manfred (2019) Demografische Daten Tirol 2018, Amt der Tiroler Landesregierung Abteilung Raumordnung und Statistik Landesstatistik Tirol. Recuperado el 5 de octubre de 2019 <https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/statistikbudget/statistik/downloads/BEV2018.pdf>

Salud y Cultura, grupo CRIT (2019) Portal informativo, equipo. Recuperado el 16 de diciembre de 2019 de: <http://www.saludycultura.uji.es/equipo.php>

Tirol Werbung (2019) Zahlen, Daten und Fakten 2018 (pdf) Recuperado de: <https://www.tirolwerbung.at/wp-content/uploads/2019/03/tiroler-tourismus-daten-und-fakten-2018.pdf>

Uah.esnoticia (2017) Grupo de investigación FITISPOS, mucho más que traducción. (entrevista) Recuperado 16 de diciembre de 2019 de: <http://portalcomunicacion.uah.es/diario-digital/entrevista/grupo-de-investigacion-fitispos-mucho-mas-que-traduccion.html>

Uni konkret, Universität Innsbruck. (2014). Community Interpreting - Fortbildung für LaiendolmetscherInnen. Community Interpreting - Fortbildung für LaiendolmetscherInnen. Innsbruck, Tirol. Recuperado 15 de septiembre de 2019 de: <https://soundcloud.com/uniinnsbruck/uni-konkret-community-interpreting-fortbildung-fur-laiendolmetscherinnen>

US NEWS-See Where University of Innsbruck Ranks Among the World's Best Universities Recuperado 13 de octubre de 2019 de: <https://www.usnews.com/education/best-global-universities/university-of-innsbruck-504813>.

GRETI grupo de investigación (2005) Greti: la interpretación ante los retos de la mundialización. Recuperado 16 de diciembre de 2019 de: <https://wpd.ugr.es/~greti/>

8-ANEXOS

8.1-ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN CASTELLANO Y ALEMÁN

Información y solicitud de participación

Contexto y propósito

El mayor propósito de este estudio es el poder realizar un caso de estudio sobre la situación de la asistencia lingüística y percepción de los profesionales sobre la importancia de este servicio y su necesidad en Klinik, hospital de referencia de Tirol.

El estudio se basa en estudios previos sobre la interpretación en hospitales en general y dos Trabajos de Fin de Máster, que también se han escrito sobre Klinik, aunque el objetivo es el de conseguir una visión más completa tomando como base sus resultados.

¿Qué supone participar en este estudio?

Acceder a la realización de unas entrevistas sobre el tema de estudio con la estudiante que dirige la investigación, que serán registradas con una grabación de audio. Para poder así obtener conclusiones sobre la situación de los recursos lingüísticos para pacientes sin conocimiento de alemán en Klinik, hospital de referencia de Tirol, con un propósito puramente académico.

Tratamiento de datos

Toda la información será utilizada de forma anónima, de tal forma que todos los participantes serán tratados como sujeto 1, sujeto 2.

A las grabaciones de audio solo tendrán acceso la estudiante y la supervisora y se guardarán en una memoria externa personal.

Participación voluntaria

La participación es totalmente voluntaria y se puede finalizar esta colaboración en cualquier momento. Todos los datos se tratarán de forma anónima.

Si quiere participar puede contactar con Inés Condoy Franco +43 67763065615 o inescf95@hotmail.com

El estudio se en el Marco del Máster de Traducción Médica de la Universidad Jaume I (Castellón)

Consentimiento

He recibido la información sobre el desarrollo del estudio, he podido realizar preguntas y acepto la participación.

(firmado por el participante, lugar y fecha)

Information und teilnehmen Anfrage

Kontext und Ziel

Der größte Ziel diese Forschung ist ein Fallstudie zu machen über der Situation von sprachliche Assitenz und der Wahrnehmung der medizinische Fachpersonel über ihrer Wichtigkeit und ihr Notwendigkeit in Klinik.

Die Forschung benutzt Vorstudien über Dolmetschen in Krankenhäuser und zwei Masterarbeit, auch über Klinik geschreiben. Trotz, der Ziel ist ein mehr koomplet Übersicht.

Was bedeutet an diese Forschung teilnehmen?

Stimmen um ein Interview machen über das Thema mit die Studentin, wer die Forschung folgt. Diese wird nur mit Audio aufgenommen. Um Ergebnisse von der Situation der spraliche Mittel von Patienten die kein Deutsch können in Klinik, Haupt Krakenhaus von Tirol, mit ein akademischen Ziel.

Datenbearbeitung

Alle der Information wird anonyme Forme bearbeitet. Alle teilnehmer wird als Person 1, Person 2.

Nur die Studentin und die Betreuering werden an der Audioaufzeichnungen Zugang haben und werden in ein personales Externspeicher gespeichert.

Freiwillig teilnehmen

Die Teilnahme ist freiwillig und kann abgeschlossen sein in welche Moment. Alle werden Bearbeitet in anonyme Form.

Wenn Sie teilnehmen möchte können Sie mit Inés Condoy Franco kontaktieren +43 67763065615 oder inescf95@hotmail.com

Diese Forschung ist gemacht für den Master in Medizinische Überstzung bei der Jaime I Universität (Castellón, Spanien)

Zustimmung

Ich habe alle Informationen über diese Forschung, ich könnte Fragen machen und ich stimme zum Teilnahme.

(unterzeichnet bei der Teilnehmer , Ort und Datum)

8.2 ENTREVISTAS (CASTELLANO Y ALEMÁN)

GERENTE DEL HOSPITAL

1. ¿Existe algún protocolo para hacer frente a los problemas de comunicación con los pacientes extranjeros?
2. Presupuesto del hospital, ¿considera usted que es suficiente? ¿Considera que se ha hecho un uso insuficiente de los recursos que dispone el hospital? Con esto quiero decir, que los profesionales sanitarios, teniendo el recurso se resistan a usarlo.
3. Incidencia y frecuencia de la necesidad de asistencia lingüística, ¿podríamos acceder a unas cifras aproximadas del número de ingresos de pacientes con necesidades lingüísticas y cuáles son inmigrantes establecidos en Innsbruck o Tirol y cuáles son turistas?
4. ¿Hay alguna especialidad en concreto que tenga una incidencia mayor de este servicio?
5. ¿Cuánto tiempo se estima que tiene un médico por paciente? ¿Se tienen en cuenta las necesidades lingüísticas, o es posible que varíe debido a estas?
6. ¿Por qué se recurre a la mediación cultural únicamente en psiquiatría y salud mental? ¿No se considera que se puedan encontrar las mismas barreras culturales en cardiología, por ejemplo, o es una situación basada en los recursos económicos?
7. ¿El hospital provee alguna clase de documento informativo traducido a otros idiomas, quizá las lenguas más frecuentes?

8. ¿Cuándo se solicita la presencia de un intérprete, se debería poner en situación al mismo, un pequeño resumen del caso a interpretar?
9. En caso de que el personal sanitario no tenga formación sobre cómo trabajar con intérpretes, ¿podría acceder a esta a través del hospital?
10. ¿Dispone el hospital un código deontológico que tengan que seguir los intérpretes?
11. ¿Considera que, si los profesionales demandaran de forma más habitual los servicios de asistencia lingüística, sería posible que se incrementara el presupuesto?
12. Considera que el gasto en asistencia lingüística es un gasto o por el contrario, un servicio adecuado permite abaratar la asistencia en general?
13. ¿Cuál es el rol que se espera que desempeñe un mediador?

ABTEILUNGSLEITER/IN

- 1- Gibt es Protokolle, um Kommunikationsprobleme mit fremdsprachigen Patient/innen zu bewältigen/lösen?
- 2- Sind Sie der Meinung, dass das Budget des Krankenhauses ausreicht oder dass die dem Krankenhaus zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht ausreichend genutzt wurden? Damit meine ich, dass das Gesundheitspersonal, das über die Ressourcen verfügt, sich weigert, sie zu nutzen.
- 3- In Bezug auf Auswirkungen und Frequenz des Bedarfs an sprachlicher Unterstützung: Könnten wir Zugang zu ungefähren Zahlen z. B. über die Anzahl der Patient/innen mit Bedarf an sprachlicher Unterstützung (Einwanderer mit Wohnsitz in Innsbruck oder Tirol und Touristen) haben?
- 4- Gibt es eine bestimmte Fachrichtung, die häufiger diesen Dienst beansprucht??
- 5- Wie viel Zeit hat ein Arzt/eine Ärztin schätzungsweise pro Patienten? Werden Sprachbedürfnisse berücksichtigt oder ist es möglich, dass der Sprachbedarf die Zeit dadurch variiert?
- 6- Warum wird Sprachmittlung nur in der Psychiatrie und im Bereich der psychischen Gesundheit eingesetzt? Wird nicht davon ausgegangen, dass beispielsweise in der Kardiologie die gleichen kulturellen bzw. sprachlichen Barrieren zu finden sind, oder basiert diese Situation auf wirtschaftlichen Ressourcen?
- 7- Bietet das Krankenhaus irgendeine Art von Informationsdokument an, das in andere Sprachen übersetzt ist, vielleicht in die gängigsten Sprachen?

- 8- Wenn die Anwesenheit eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin beantragt wird, sollte diesem/r eine kurze Zusammenfassung des zu dolmetschenden Falles zur Verfügung gestellt werden?
- 9- Wenn das Gesundheitspersonal keine Ausbildung in der Arbeit mit Dolmetscher/innen hat, könnte es dann über das Krankenhaus Zugang zu solcher haben?
- 10- Gibt es im Krankenhaus einen Verhaltenskodex, der von den Dolmetscher/innen eingehalten werden muss?
- 11- Glauben Sie, dass es möglich wäre, das Budget zu erhöhen, wenn Fachleute regelmäßig Sprachassistenzdienste in Anspruch nehmen würden?
- 12- Sind Sie der Meinung, dass die Ausgaben für die Sprachunterstützung ein Aufwand sind oder dass eine angemessene Dienstleistung es ermöglicht, die Kosten für die Unterstützung im Allgemeinen zu senken?
- 13- Welche Rolle sollen Sprachmittler spielen?
- 14- Sind Sie der Ansicht, dass die verfügbaren Ressourcen ausreichend sind, zumal Tourismus und Bergaktivitäten eine sehr wichtige Quelle für die Wirtschaft der Region sind?

MÉDICOS

1. ¿Considera que el gasto en asistencia lingüística es un gasto o por el contrario, un servicio adecuado permite abaratar la asistencia en general?
2. Ventajas de trabajar con intérpretes
3. ¿Cómo definiría las funciones de un intérprete?
4. ¿Considera que mejora la calidad de la atención o que la existencia de estas barreras lingüísticas afectan a la calidad de la atención en general?
5. ¿Sabe de qué recursos dispone, cuándo y cómo solicitar un intérprete?
6. ¿Si no es posible trabajar con un intérprete cómo soluciona el problema de la comunicación?
7. ¿Su experiencia general es positiva o negativa? ¿Puede mencionar ejemplos concretos?
8. ¿Qué opina de la formación de los intérpretes con los que ha trabajado? ¿Su formación es adecuada para trabajar en un contexto médico?
9. ¿Es una situación común, que el paciente describa sus síntomas usando una metáfora que carece de sentido, porque es cultural?

10. ¿Cómo evaluaría sus competencias y la necesidad las mismas para trabajar con intérpretes?
11. ¿Le gustaría acceder a una formación adecuada para mejorar su experiencia a la hora de trabajar con intérpretes? ¿Se ofrece algo similar en el hospital?
12. ¿Dispone de folletos informativos traducidos para poder proporcionárselos a sus pacientes?
13. ¿En qué momento de la hospitalización las barreras lingüísticas constituyen un riesgo para el paciente?
14. ¿Considera que la presencia del intérprete reste intimidad a la consulta?
15. ¿Prefiere trabajar con un intérprete en consulta, con interpretación telefónica o con video interpretación? ¿Por qué?
16. ¿Conoce la figura del mediador? ¿La considera necesaria?

ARTZ/ÄRZTIN

- 1- Sind Sie der Ansicht, dass die Ausgaben für die Sprachunterstützung ein Aufwand sind oder dass eine angemessene Dienstleistung es ermöglicht, die Kosten für die Unterstützung im Allgemeinen zu senken?
- 2- Vorteile von mit Dolmetschern/innen zu arbeiten.

Welche Vorteile gibt es, wenn man mit Dolmetscher/innen zusammenarbeitet?

- 3- Wie würden Sie die Funktionen eines Dolmetschers definieren?
- 4- Glauben Sie, dass sich die Qualität der Pflege verbessert oder dass das Vorhandensein dieser Sprachbarrieren die Qualität der Pflege im Allgemeinen beeinträchtigt?
- 5- Wissen Sie, welche Ressourcen Sie haben bzw. wann und wie Sie einen Dolmetscher anfordern können?
- 6- Wenn es nicht möglich ist, mit einem Dolmetscher zu arbeiten, wie lösen Sie das Kommunikationsproblem?
- 7- Ist Ihre Gesamterfahrung positiv oder negativ? Können Sie konkrete Beispiele nennen?
- 8- Was halten Sie von der Ausbildung der Dolmetscher, mit denen Sie gearbeitet haben? Ist Ihre Ausbildung für die Arbeit im medizinischen Kontext geeignet?
- 9- Ist es eine gängige Situation für den Patienten, seine/ihre Symptome mit einer Metapher zu beschreiben, die sinnlos ist, weil sie kulturell ist?
- 10- Wie beurteilen Sie Ihre Fähigkeiten und die Notwendigkeit, dass Sie mit Dolmetschern zusammenarbeiten?

- 11- Möchten Sie eine entsprechende Schulung besuchen, um Ihre Erfahrungen im Umgang mit Dolmetschern zu verbessern-oder wird im Krankenhaus etwas Ähnliches angeboten?
- 12- Haben Sie Informationsblätter übersetzt, damit Sie sie Ihren Patient/innen zur Verfügung stellen können?
- 13- Zu welchem Zeitpunkt während des Krankenhausaufenthaltes stellen Sprachbarrieren ein Risiko für den Patienten dar?
- 14- Sind Sie der Meinung, dass die Anwesenheit des Dolmetschers die Intimität der Beratung beeinträchtigt/gefährdet?
- 15- Arbeiten Sie lieber mit einem Dolmetscher in Absprache vor Ort oder mit Telefon- oder Video-Dolmetscher/innen zusammen? Warum?
- 16- Wissen Sie was ein MediatorIn ist? Betrachten Sie es notwendig?

EMERGENCIAS (RETTUNG) preguntas adicionales

1. ¿Cómo trabajan con pacientes que no hablan ni inglés ni alemán, como puede ser el caso de muchos turistas?
2. ¿Qué aplicación utilizan para facilitar esta comunicación? ¿Suele funcionar de forma adecuada?
3. ¿Hay algún caso en el que se puede solicitar la presencia de un intérprete?
4. ¿Los intérpretes no profesionales qué problemas suelen presentar?
5. ¿En la formación que llevan a cabo antes de poder formar parte del servicio de emergencias, reciben alguna clase de formación lingüística, tanto en alemán como inglés u otros idiomas que puedan conocer?
6. ¿Se podría considerar como una situación habitual el tratar con pacientes con los que se enfrentan a una barrera lingüística? ¿Sería posible acceder a cifras al respecto?
7. A pesar de que el servicio de emergencias, está formado mayormente por voluntarios, ¿cuentan con apoyo, quizá en presupuesto, del gobierno austriaco o de Tirol?
8. ¿Las soluciones a los problemas lingüísticos están coordinadas con Klinik?

RETTUNG

- 1- Wie arbeitet man mit Patienten, die weder Englisch noch Deutsch sprechen, wie es bei vielen Touristen der Fall sein kann?
- 2- Welche Anwendung/App verwenden Sie, um diese Kommunikation zu erleichtern und funktioniert sie in der Regel einwandfrei?

- 3- Gibt es Fälle, in denen die Anwesenheit eines Dolmetschers verlangt werden kann?
- 4- Welche Probleme haben Laien-Dolmetscher oft?
- 5- Werden Sie in der Ausbildung, die Sie erhalten, sprachlich geschult, bevor Sie Teil des Rettungsdienstes werden, sei es in deutscher, englischer oder einer anderen Sprache, die Sie vielleicht kennen?
- 6- Könnte es als eine übliche Situation angesehen werden, mit fremdsprachigen Patienten und daraus resultierenden Sprachbarrieren umzugehen und wäre es möglich, diesbezüglich auf Zahlen zuzugreifen?
- 7- Erhalten Sie, obwohl der Rettungsdienst größtenteils aus Freiwilligen besteht, Unterstützung, vielleicht im Hinblick des Budgets, von der österreichischen oder Tiroler Regierung?
- 8- Sind die Lösungen für Sprachprobleme mit der Klinik abgestimmt?

INTÉRPRETE

1. Qué posibilidades de formación y de trabajo real hay en Tirol.
2. ¿Cuánto puede llegar a tardar desde la solicitud de un intérprete hasta su acción real?
3. ¿Cómo es el proceso en el que el médico requiere el servicio y la avisan a usted? ¿Cómo se contacta con usted? ¿Qué problemas suelen desencadenar esa llamada?
4. ¿Le parece adecuada la forma en que el personal sanitario trabaja con intérpretes? ¿Cree que han recibido algún tipo de formación al respecto? ¿Qué fallos señalaría en este proceso?
5. ¿Resulta fácil trabajar como intérprete médico (en Klinik en concreto)? ¿Tiene experiencia con otros hospitales con los que pueda comparar?
6. ¿Considera que la figura del traductor está reconocida en este hospital? ¿Se ha sentido desplazada o estresada por falta de este reconocimiento en alguna ocasión?
7. ¿Y la figura del mediador?
8. ¿Ha notado que se espere de usted realizar tareas que se salen de sus funciones como intérprete?
9. ¿Cuáles son los mayores inconvenientes a los que se enfrenta al realizar su trabajo?
10. ¿Se dirige al paciente en 1 o 3 persona?
11. ¿Utiliza la técnica de “back-translation”?

DOLMETSCHER/IN

- 1- Welche Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten gibt es in Tirol?

- 2- Wie lange kann es von der Anfrage nach einem/r Dolmetscher/in bis zu seiner/ihrer eigentlichen Tätigkeit dauern?
 - 3- Wie läuft das ab, wenn der Arzt/die Ärztin die Dienstleistung in Anspruch nehmen möchte und Sie benachrichtigt? Wie setzt er/sie sich mit Ihnen in Verbindung ~~setzt~~ und welche Probleme löst dieser Anruf normalerweise aus?
- 4- Halten Sie die Art und Weise, wie Gesundheitspersonal mit Dolmetschern/innen arbeitet, für angemessen? Glauben Sie, dass es in dieser Hinsicht eine Schulung erhalten hat? Auf welche Mängel würden Sie in diesem Prozess hinweisen?
- 5- Ist es einfach, als medizinischer Dolmetscher/innen zu arbeiten (insbesondere in der Klinik)? Haben Sie Erfahrung mit anderen Krankenhäusern, mit denen Sie die Klinik vergleichen können?
- 6- Sind Sie der Meinung, dass die Rolle des Übersetzers in diesem Krankenhaus anerkannt wird? Haben Sie sich jemals durch den Mangel an dieser Anerkennung vertrieben oder gestresst gefühlt?
- 7- Und die Figur des/der Sprachmittlers/in?
- 8- Haben Sie bemerkt, dass von Ihnen erwartet wird, dass Sie Aufgaben ausführen, die außerhalb Ihres Aufgabenbereichs als Dolmetscher/in liegen?
- 9- Was sind die größten Nachteile, mit denen Sie sich bei der Ausübung Ihrer Arbeit konfrontiert sehen?
- 10- Wird der Patient/in in der 1. oder 3. Person angesprochen?
- 11- Verwenden Sie die „back-translation“-Technik?

PROFESORA

1. ¿Sabes si en la universidad los estudiantes de medicina o enfermería tienen en algún momento de su vida estudiantil o profesional acceso a alguna formación relativa con el trabajo con un intérprete o mediador?
2. ¿Consideran realista querer introducir la figura del mediador en Tirol?
3. ¿Cuál es el rol que tiene, qué funciones se esperan del intérprete en Austria o Tirol? ¿Cuáles son las pautas que les dan a sus alumnos? ¿Hay algún código deontológico de referencia? ¿Dónde lo puedo consultar?
4. En la entrevista que se les realizó en 2014, para la emisión de radio Uni Konkret de la universidad se mencionaban muchos idiomas, pero ¿cuáles son los más recurrentes para los participantes de este curso?

5. ¿Hay alguna ONG que tenga un volumen destacable de participantes en el curso?
6. Este curso, está destinado a intérpretes sin formación pero que ejercen en la actualidad, ¿hay alguna posibilidad de especialización en este ámbito para los estudiantes del máster de interpretación?
7. De la entrevista entiendo que ni estos mismos participantes de su curso reconocían la figura del intérprete, ¿creen que esto está relacionado con el reconocimiento por parte del personal sanitario?
8. El curso se presenta como una formación para intérpretes en los servicios públicos, pero yo tengo especial interés en el contexto médico. ¿Qué conocimientos en cuanto a terminología médica o recursos para documentarse sobre ella soléis encontrar? ¿Es frecuente que haya personal médico que tenga interés en adquirir una formación adecuada en este campo?

LEHRERIN

- 1- Wissen Sie, ob Studierende der Medizin- oder Krankenpflege an der Universität zu irgendeinem Zeitpunkt im Studien- oder Berufsleben Zugang zu einer Ausbildung im Zusammenhang mit der Arbeit mit einem/er Dolmetscher/in oder Mediator/ Sprachmittler/in haben?
- 2- Halten Sie es für notwendig, die Rolle des/r Sprachmittlers/in in Tirol vorzustellen?
- 3- Welche Rolle spielt ein Dolmetscher, welche Funktionen werden vom Dolmetscher in Österreich oder Tirol erwartet, welche Richtlinien gelten für Ihre Studierenden, gibt es einen Verhaltenskodex und wo kann ich ihn einsehen?
- 4- In dem Interview, das Sie 2014 gaben, wurden im Rahmen der Radiosendung „Uni Konkret“ viele Sprachen erwähnt, aber welche sind für die Teilnehmer/innen dieses Kurses die häufigsten?
- 5- Gibt es NGOs, die eine beträchtliche Anzahl von Teilnehmern/innen in diesem Kurs haben?
- 6- Dieser Kurs richtet sich an Dolmetscher/innen, die nicht ausgebildet sind, aber derzeit praktizieren: Gibt es eine Möglichkeit der Spezialisierung auf diesem Gebiet für Studierende des Masterstudiengangs „Dolmetschen“?
- 7- Aus dem Interview geht hervor, dass selbst die Kursteilnehmer/innen Ihres Kurses die Rolle des/r Dolmetschers nicht erkannt haben. Glauben Sie, dass dies mit der Anerkennung von Seiten des Gesundheitspersonals zusammenhängt?

- 8- Der Kurs wird als Ausbildung für Dolmetscher/innen im öffentlichen Dienst angeboten, aber ich interessiere mich besonders für den medizinischen Kontext: Welche Kenntnisse über medizinische Terminologie oder Hilfsmittel, um diese zu dokumentieren, finden man in der Regel. Gibt es oft medizinisches Personal, das an einer adäquaten Ausbildung in diesem Bereich interessiert ist?