

TRABAJO DE FINAL DE GRADO EN TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN

Departament de Traducció i Comunicació

TÍTULO

REFLEXIONES CONTRASTIVAS ENTRE LA INTERPRETACIÓN PRESENCIAL Y LA INTERPRETACIÓN TELEFÓNICA EN EL ÁMBITO SANITARIO

Autora: Laura Moreno Porcar

Tutora: Dora Sales Salvador

Fecha de lectura: Junio de 2022



Resumen:

A lo largo de este estudio se presenta el panorama general de la interpretación sanitaria en nuestro país y, más concretamente, en la Comunidad Valenciana. Además, se ofrece al lector información de primera mano sobre la gestión de la mediación intercultural de algunos hospitales de dicha comunidad autónoma. Por otra parte, se explican las modalidades y técnicas de interpretación más empleadas en el sistema sanitario y se hace un análisis contrastivo de las diferencias entre la interpretación presencial y la interpretación telefónica, mostrando las ventajas y desventajas de cada una. Para entender cómo se debe llevar a cabo la interpretación en el ámbito sanitario, en concreto, se expone el código ético que cada intérprete debe seguir.

Aunque se debaten muchas ideas en relación al panorama de la interpretación sanitaria, se hace hincapié en las condiciones que requiere la interpretación telefónica y las habilidades que el intérprete debe tener para no caer en una mala praxis puesto que es una modalidad cada día más empleada en los hospitales. A su vez, se plantea si este tipo de interpretación resulta una comodidad para los pacientes o un riesgo para su salud.

En resumen, a lo largo del trabajo se muestra como están afectando a la calidad de la interpretación factores como la falta de concienciación sobre la necesidad de profesionalidad de un/una intérprete ante el creciente flujo de inmigrantes y la tecnologización de la sociedad. A esto se suma la situación de crisis generada por la pandemia. Por último, se anima a que investigaciones futuras indaguen sobre las consecuencias que ha generado la covid-19 en nuestros hospitales y centros médicos.

Palabras clave: (5)

Interpretación sanitaria, interpretación telefónica, intérpretes *ad hoc*, profesionalidad y tecnologización de la sociedad.

ÍNDICE

1. Introducción	5
1.1 Justificación y motivación.....	5
2. La interpretación sanitaria	6
2.1 Importancia y posición actual de la interpretación sanitaria.....	6
3. Panorama general de los hospitales de la Comunidad Valenciana	7
3.1 Análisis de los servicios de mediación lingüística de algunos hospitales de la Comunidad Valenciana durante las últimas décadas.	7
3.1.1 Servicios de mediación lingüística actuales del hospital La Fe (Valencia) y del hospital La Marina Baixa (Benidorm).....	9
4. Conceptos generales y tipos de interpretación sanitaria	10
4.1 Dificultades y errores en la interpretación sanitaria.....	10
4.1.1 Errores de carácter social y lingüístico.....	10
4.1.2. Problemática cultural y religiosa	12
4.2 Modalidades de interpretación. Intérpretes profesionales e intérpretes <i>ad hoc</i>	13
4.2.1 La interpretación presencial.....	14
4.2.1.1 Interpretación por familiares o amigos	14
4.2.1.2 Interpretación por voluntarios/as o trabajadores/as sociales.....	15
4.2.1.3 Interpretación profesional	15
4.2.2 La interpretación remota o telefónica.....	16
4.2.2.1 Características y funcionamiento.....	17
4.2.2.1.1 Tipos de llamadas.....	17
4.2.2.2 Presesión y postsesión.....	18
4.2.2.3 Sesión.....	18
4.2.2.3.1 Gestión de la información	19
4.2.2.3.2 Gestión de turnos de palabra (cuñas vocálicas)	19
4.2.2.4 Ventajas e inconvenientes de la interpretación telefónica.	19
5. ¿Interpretación presencial o interpretación telefónica? ¿Rentabilidad o riesgo?	20
6. Conclusiones	22
7. Bibliografía	23
8. Anexos	25
8.1. Anexo 1. Entrevista por correo electrónico al departamento de servicios sociales de La Fe llevada a cabo el 10 de enero de 2022:.....	25

8.2. Anexo 2. Entrevista telefónica a la asociación inglesa Help Benidorm llevada a cabo el 20 diciembre de 2021:27

1. Introducción

1.1 Justificación y motivación

He decidido realizar este estudio sobre la interpretación en el ámbito sanitario centrándome en las diferencias entre la interpretación presencial y la interpretación remota (en este caso, telefónica) tras haber desempeñado la función de evaluadora de llamadas telefónicas para la empresa Interpret Solutions durante mi periodo de prácticas en este último curso del grado. A lo largo de estos meses, y después de investigar acerca de la interpretación en el ámbito sanitario, me he dado cuenta que, hoy por hoy, la profesionalidad no es el único aspecto que preocupa a la comunidad de intérpretes. Amplias investigaciones abordan el tema de la interpretación llevada a cabo por intérpretes *ad hoc* e intérpretes profesionales, y muestran en ellas preocupación tras observar la falta de concienciación generalizada en los hospitales, y en especial, en las instituciones públicas. Es cierto que este tema, es decir, la profesionalización de los/las intérpretes ha dado mucho que hablar puesto que una mala praxis causaría graves resultados en la salud de un/una paciente ya sea extranjero/a o no. Sin embargo, a raíz de la pandemia ocasionada por el covid-19, la interpretación ha sufrido más estragos. Actualmente, muchos centros médicos ya no se paran a pensar en si el/la mediador/a cultural que han contratado tiene un certificado académico o no, sino en qué tipo de servicio puede permitirse económicamente el centro. La interpretación telefónica está siendo la nueva manera de comunicarse el personal sanitario con los/las pacientes extranjeros/as tras la imposibilidad de atender a la gran parte de la población española. Además, por su bajo coste y por la disponibilidad total de los/las intérpretes, la mayoría de centros médicos y hospitales optan por contratar un servicio de interpretación telefónica. En este estudio, también muestro interés por las consecuencias que acarrea usar la tecnología para todas las ocasiones y las desventajas a nivel técnico que tiene interpretar a distancia. Así pues, esta investigación se centra en dar visibilidad a la idea de que sí sigue existiendo una falta de concienciación por parte de la población general y las instituciones en particular sobre la necesidad de contratar intérpretes profesionales tras la inminente creciente población migratoria y turística. A su vez, este trabajo se centra en mostrar, gracias a la experiencia obtenida en mis prácticas, como la tecnologización de la sociedad y la preferencia por la interpretación telefónica no solo conlleva consecuencias positivas.

En resumen, se trata de un estudio que analiza objetivamente la situación actual de la interpretación sanitaria y pretende que quien lo lea, teniendo información actualizada, objetiva y de primera mano, reflexione y cree su propia perspectiva y opinión sobre los temas que he mencionado anteriormente.

2. La interpretación sanitaria

2.1 Importancia y posición actual de la interpretación sanitaria.

La sanidad es un servicio gubernativo indispensable para cualquier sociedad actual, por ello, tiene un papel fundamental y un amplio campo de estudio que está en constante evolución para ofrecer la mejor calidad de vida a la ciudadanía. Para poder dotar a los/las pacientes de una buena atención sanitaria y un buen tratamiento médico resulta también indispensable que haya una comunicación eficiente, de calidad, inclusiva e igualitaria entre el personal médico y dichos/as pacientes. Sin embargo, cuando se trata de un/una paciente extranjero/a con el/la cual hay que entablar diálogo en otra lengua que no sea la materna, tanto la sanidad pública como la privada pone en riesgo dicha comunicación al carecer de un servicio de mediación interlingüística que esté disponible en cualquier momento ante las necesidades que puedan surgir.

Esta situación se debe a dos motivos: a la falta de concienciación sobre la importancia de los servicios de mediación interlingüística (Peña, 2015), y a la incapacidad de aceptar la necesidad de contratar dichos servicios, ya que se priorizan otros tipos de necesidades sanitarias.

Cuando hablamos de falta de concienciación, nos referimos tanto a las instituciones que regulan la sanidad de nuestro país, a los servicios sanitarios y su personal médico, como a los/las pacientes y sus familiares. Estos últimos también tienen un papel importante ya que, como veremos más adelante, a veces les toca asumir la responsabilidad de mediadores interlingüísticos o intérpretes al no poder costearse pagar a un profesional. Sin embargo, en los casos en que sí hay conciencia de dicha necesidad, se gira la mirada hacia otro lado porque los hospitales o centros médicos saben que supone un gasto para ellos. Por este motivo, al final son los mismos pacientes los que acaban recurriendo a los/las intérpretes, normalmente no cualificados/as ni profesionales. Esto supone gravemente un problema, afectando la comunicación y el entendimiento entre el/la paciente, el/la traductor/a y el

personal médico, y dando lugar a que el/la intérprete acabe traduciendo palabra por palabra, creando interferencias culturales y un discurso, en algunos casos, lleno de malas interpretaciones. Esto se debe a la idea errónea de que las personas sin formación ni acreditación en las disciplinas de traducción e interpretación pueden ofrecer de igual manera un servicio de calidad simplemente porque afirman que dominan más de una lengua.

En definitiva, sin un departamento que proporcione un servicio de mediación interlingüística activo y de calidad es muy difícil que haya un pleno entendimiento entre paciente/intérprete o personal médico/intérprete, y sin que una mala interpretación derive en un problema cultural que afecte a la salud del/de la paciente.

3. Panorama general de los hospitales de la Comunidad Valenciana.

La situación de la interpretación sanitaria en la Comunidad Valenciana, así como en el resto de España, se encuentra, como en el caso de las demás submodalidades de interpretación en los servicios públicos, “en una fase claramente pre-profesional” (Martin, 2007:99). El/la intérprete o mediadora cultural no es todavía una figura profesional plenamente reconocida o perfilada (Navaza, Estévez y Serrano, 2009:141) y su presencia sigue siendo excepcional. Y esto sigue sucediendo a pesar de que la legislación estatal y autonómica recoge una preocupación evidente por garantizar la comprensión de todos los pacientes que acuden a un centro sanitario, entre los que obviamente se incluyen los pacientes extranjeros.

3.1 Análisis de los servicios de mediación lingüística de algunos hospitales de la Comunidad Valenciana durante las últimas décadas.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en la Comunidad Valenciana residen 743.597 ciudadanos extranjeros, de los cuales 237.624 habitan en la provincia de Valencia, 89.030 en la provincia de Castellón y 370.800 en la provincia de Alicante, llevándose la cifra más alta. A esto se suma que el fenómeno conocido como «turismo sanitario» o «turismo de salud», no hace más que aumentar en los últimos años (AUREN, 2013).

Según la Ley 1/2003 de 28 de enero, de la Generalitat Valenciana, de Derechos e Información al Paciente, esta recoge en su artículo 3, apartado 7:

“El derecho a recibir información sanitaria en la forma más idónea para su comprensión, y especialmente en la lengua oficial de la comunidad autónoma, y asegurarse que aquella sea

inteligible para los pacientes. No obstante lo dispuesto en este punto, y en la medida que la planificación sanitaria lo permita, los centros y servicios sanitarios implantarán los medios necesarios para atender las necesidades lingüísticas de los usuarios extranjeros.”

Sin embargo, a día de hoy, la situación de la interpretación en los hospitales de la Comunidad Valenciana, así como del resto de España, sigue siendo muy diversa en términos de casuística. La presencia de interpretación y mediación cultural en hospitales valencianos no está tan extendida como sería deseable, y esta situación lleva arrastrándose desde inicios del año 2000.

A continuación, haré un análisis de la situación en los servicios de mediación de algunos hospitales de la Comunidad Valenciana, basándome en un estudio que realizó Dora Sales en el año 2005. Como veremos, casi todos los hospitales contaban antes del 2010 con algún tipo de servicio, ya sea gracias a personas voluntarias y ONG como a personal en plantilla. Sin embargo, después de la primera década del año 2000 muchos de estos servicios se eliminaron, algunos de ellos sin causa precedente y sin previo aviso, echando a todas las personas mediadoras/intérpretes en un momento en que precisamente no flojeaba la demanda.

En primer lugar, en la provincia de **Valencia**, el Hospital General tan solo recurría a las ONG, consulados, etc., mientras que el Hospital La Fe sí contaba con un servicio concertado de traducción (Newroz), pero en circunstancias extremas. De hecho, algunas veces, los/as anestesiólogos habían solicitado encarecidamente a Dirección que se tradujeran algunos consentimientos, por ejemplo, relativos a la epidural, que las pacientes tenían que firmar, al árabe, varias lenguas africanas y otras de países del Este de Europa. El Hospital Clínico Universitario, estuvo dependiendo de voluntariado y de las ONG, y más tarde, contó con un servicio subcontratado de traducción que ganó la empresa Astra tras concurso público.

En la provincia de **Castellón**, en el Hospital General siguen siendo a día de hoy los/as voluntarios/as y las asociaciones de inmigrantes quienes sostienen la situación. Incluso se ha acudido a la ayuda de pacientes de otras habitaciones, y en algún caso del equipo médico que hablasen algún idioma. Sin embargo, el Hospital General sí recurría a la Asociación Islámica de Valencia, desde donde se desplazaba alguna persona en ocasiones para dar apoyo interlingüístico e intercultural.

En la provincia de **Alicante**, el Hospital General Universitario se beneficiaba de un convenio firmado entre la Conselleria de Sanidad y la Universidad de Alicante de 2003 a 2004, y por el

cual el alumnado de Traducción e Interpretación de la universidad de Alicante hacía prácticas en el hospital siguiendo un protocolo fijado por el convenio, y generalmente en inglés, francés y alemán.

Como bien afirmaba el Secretario Territorial en Castellón de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, Enric Forner, en esta investigación, resulta evidente que si la solución recae solamente en manos de los hospitales dependiendo de sus presupuestos, supone una carga añadida puesto que ya tienen otras urgencias y prioridades en cuanto a material y personal.

3.1.1 Servicios de mediación lingüística actuales del hospital La Fe (Valencia) y del hospital La Marina Baixa (Benidorm).

A través de una entrevista telefónica que realicé en enero del 2022 a dos hospitales de la Comunidad Valenciana, el **Hospital Universitario y Politécnico La Fe** de Valencia y el **Hospital La Marina Baixa** de Benidorm, pude obtener datos objetivos y actualizados en relación a la situación expuesta en el apartado anterior. Respecto a La Fe, tras el visto bueno de la Directora del Área de Atención a la Ciudadanía, contacté con Margarita Casasús, trabajadora social del centro, quien me respondió una serie de preguntas relacionadas con el tema. Según afirma, “Actualmente, el volumen que hay de demanda no es para comprometer una partida económica fija. [...] El programa de voluntariado va cubriendo de momento las necesidades puntuales de nuestros profesionales sanitarios”.

Respecto al hospital La Marina Baixa, quien respondió a las preguntas fue el representante de la asociación inglesa **Help International Benidorm**, Kevin Jackson. Este explicó en la entrevista telefónica que había sido médico años atrás y que, gracias a sus conocimientos en medicina y a una gran competencia en la lengua española, ha podido interpretar con más seguridad y confianza. Sin embargo, Jackson no tiene estudios en traducción e interpretación ni ha podido seguir un protocolo establecido, y según afirmaba: “Intentábamos seguir un sistema de interpretación organizado pero basado casi siempre en la improvisación, sin un código ético concreto e intentando transmitir el mensaje de la mejor manera”.

4. Conceptos generales y tipos de interpretación sanitaria

4.1 Dificultades y errores en la interpretación sanitaria

Los movimientos migratorios hacen que las sociedades sean cada vez más diversas desde un punto de vista cultural y lingüístico. De hecho, la interpretación sanitaria es un ámbito tan delicado y peculiar que cualquier pequeña diferencia en la comunicación y el mensaje puede afectar de muchas maneras a todos los participantes de la conversación. Normalmente, son los/las intérpretes no profesionales o intérpretes *ad hoc* (familia, amigos, voluntarios) los/las que sufren este tipo de dificultades y cometen errores graves en la comunicación (Faya, 2016).

4.1.1 Errores de carácter social y lingüístico

Uno de los problemas habituales que sufre casi a diario el/la intérprete es aquel puramente relacionado con los **aspectos “técnicos”** (Abihssira, 2016).

Muchas veces son el equipo médico junto con los pacientes y sus familiares quienes dificultan el trabajo del/de la intérprete, al olvidarse de que este/a no es más que un/una intérprete, es decir, la persona que se encarga de que exista una comunicación fluida entre ambas partes. En ocasiones, el equipo médico **deja a solas a los/las intérpretes** con el paciente para que, una vez explicado el origen de la enfermedad y su tratamiento, sean los/as mediadores/as quienes comuniquen esta información al paciente, dando por hecho que van a ser capaces de responder cualquier duda del paciente y rompiendo, a la vez, el patrón de comunicación triádica entre el personal sanitario, el paciente y el/la intérprete.

Por otro lado, otro aspecto que supone una dificultad para el/la intérprete son las **interrupciones y solapamientos** entre paciente y médico/a. En ocasiones, ambas partes creen que se entienden porque tienen nociones básicas del otro idioma, lo cual dificulta mucho la labor del/de la intérprete. Estas situaciones generan unas condiciones en las que, al final, no se puede trabajar y el/la intérprete se ve obligado/a, en numerosas ocasiones, a pedir orden porque la comunicación ya no es fluida. Por ello, es importante que antes de empezar a interpretar se aclare a las dos partes cuál es la función del/de la intérprete, que es la comprensión entre pacientes y médicos (Abihssira, 2016).

Sin embargo, en muchos otros casos son las mismas intérpretes las que, a veces, perjudican la calidad de su trabajo al dejarse llevar inconscientemente por las **emociones** (Parrilla, 2020). A pesar de que no todas las emociones son negativas en el entorno sanitario, sí podemos encontrar una gran variedad: preocupación, tristeza, ansiedad, rabia, xenofobia y desconfianza (Navaza, 2014). A su vez, la edad, el sexo, la apariencia o la voz del/de la intérprete pueden aportar una fuerte carga subjetiva a la comunicación. Otro error habitual que se suele dar cuando el/la intérprete no tiene formación en los protocolos de interpretación, es ofrecerse para **dar su opinión** y dejarse llevar por la presión del momento o por el afán de **ayudar e intentar calmar al paciente** por su cuenta asegurándole que todo irá bien (Abihssira, 2016). Esta es una opción algo peligrosa ya que estaríamos cargando con una responsabilidad que no nos corresponde y, al fin y al cabo, la función básica del/de la intérprete es escuchar y prestar atención para entender los mensajes y favorecer en la medida de sus posibilidades una relación empática y asertiva.

El siguiente tipo de error es el relacionado con los **aspectos lingüísticos**. En primer lugar, destaca la necesidad de conocer correctamente la terminología médica tanto en la lengua extranjera como en la lengua de llegada, es decir, es imprescindible tener habilidades bilingües suficientes para actuar en un encuentro médico.

En segundo lugar, muchos/as intérpretes que no profesionales tienden, por otra parte, a omitir, añadir y sustituir la información, lo cual afecta gravemente al significado del mensaje que se retransmite. Sin embargo, en caso de haber un discurso desorganizado, con muchas repeticiones, frases inacabadas, el/la intérprete es el encargado/a de estructurar la información que el usuario le transmite, eliminar las repeticiones redundantes y darle sentido al mensaje. (Parrilla, 2020, 139)

Por otra parte, tal y como afirma García Izquierdo (2009), en el caso de la medicina, es más necesario el uso de una variedad neutral del español por diversas razones: primero, porque la frontera entre el lenguaje especializado y el del uso común no está clara. Además, la medicina está influenciada por factores sociales y culturales que rodean la idea de enfermedad, y los propios usuarios aportan sus experiencias, su forma de llamar las cosas en este lenguaje referido a las patologías, llegando a crearse un híbrido entre lenguaje especializado y lenguaje de uso común.

Teniendo en cuenta todos los ejemplos expuestos, se estaría alterando el código ético de los/las intérpretes, cuyos principios son la **fidelidad**, la **imparcialidad**, la **exactitud**, la **neutralidad** y la **confidencialidad** (Salud entre culturas, 2020).

4.1.2. Problemática cultural y religiosa

Otra de las dificultades a las que se enfrenta el/la intérprete es el choque cultural (Navaza, Estévez y Serrano, 2009) que se produce a la hora de mediar con un/una paciente extranjero/a. Dependiendo del origen del/de la paciente habrá unas barreras culturales que serán más o menos fáciles de atravesar. Y ahí entra inevitablemente en juego la mediación intercultural, especialmente para individuos de esas culturas más dispares.

Algunos de los **elementos culturales** más importantes que se interponen a la hora de mediar e interpretar a una persona de otro país y de otra cultura son: los conceptos de salud y enfermedad, la concepción del cuerpo, las creencias religiosas, los patrones comunicativos médico/a-paciente y los mandatos de género. Incluso ante aspectos como las costumbres, los hábitos alimenticios, la higiene, los rituales de nacimiento y la muerte, el/la intérprete debe estar atento/a para no cometer malentendidos ni ofender al/a la paciente. Para ello, también hace falta saber interpretar y responder a los comportamientos verbales y no verbales de cada paciente (Salud y cultura, 2009).

La población de origen indio, magrebí y pakistaní, por ejemplo, tratan de manera muy similar temas relacionados con la maternidad y la ginecología. A veces, resulta una tarea difícil para las pacientes de dicho origen hablar abiertamente sobre el sexo, la menstruación, la virginidad femenina, el seguimiento del embarazo y el parto.

Debido a este pudor e incertidumbre hacia nuestra cultura, en muchas ocasiones los/las pacientes no consiguen describir detalladamente sus dolores y molestias, lo cual no permite al equipo médico saber con exactitud el origen de la enfermedad ni proporcionar un tratamiento adecuado. Esto da lugar a que la enfermedad se alargue y los/as pacientes tengan que volver a acudir a la consulta. En otros casos, los pacientes siguen una alimentación específica asociada al embarazo, aunque ello pueda implicar negarse a tomar lo que se les recomiende. En China, por ejemplo, en el embarazo se evitan alimentos calientes como la carne, los huevos o frutos secos, en especial durante el primer trimestre. Por otro lado, en el islam y en el hinduismo no se contempla la eutanasia; se prefiere que los diagnósticos graves se le comuniquen al cabeza

de familia, no directamente al paciente, y que los familiares fallezcan en casa, no en el hospital, puesto que así pueden rezar o llevar a cabo algún ritual purificador en ese trance tan importante para la familia (Sales, 2009). Por todo ello, la mediadora debe responder a estas situaciones con mucho tacto y en un contexto de máxima confidencialidad.

4.2 Modalidades de interpretación. Intérpretes profesionales e intérpretes *ad hoc*.

Como sabemos, existen diferentes tipos de interpretación, como la interpretación simultánea y consecutiva, pero, en el ámbito sanitario, se requiere ante todo la **interpretación de enlace**, en la cual el/la intérprete actúa como puente de comunicación entre el/la paciente y el personal sanitario, lo que permite también tratar con sensibilidad las diferencias culturales, aclarar conceptos o comunicar al paciente las recomendaciones del personal sanitario.

Puesto que la interpretación *in situ* es una modalidad costosa, cada vez se recurre más a otras modalidades como la interpretación telefónica o el software multilingüe (LexGoTranslations, 2019). Podríamos dividir las diferentes modalidades en dos grupos: aquellas que corresponden a la **interpretación presencial** y las que corresponden a la **interpretación a distancia o remota**. Dentro de la interpretación presencial encontramos la interpretación por familiares o amigos y voluntarios o trabajadores sociales del hospital o del centro de salud. Por el contrario, para interpretar a distancia se utiliza el método de la interpretación telefónica o incluso la interpretación por videoconferencia. Por último, a su vez, dentro de estos dos grupos (interpretación presencial o a distancia) podríamos subdividir dichas modalidades según si las **intérpretes son profesionales o *ad hoc***.

Los/as intérpretes *ad hoc* se diferencian de los profesionales por no disponer del título de grado en traducción e interpretación ni acreditación específica en interpretación sanitaria (Angelelli, 2014). Por lo tanto, no tienen formación profesional para actuar en un proceso de comunicación que normalmente sigue un patrón bidireccional y dialógico (Castillo, 2010) a partir de las técnicas de interpretación que son necesarias para una buena transmisión del mensaje. Estas son el énfasis, el contenido, las pausas, los gestos o el tono del mensaje (Parrilla, 2020). Generalmente, los/as intérpretes *ad hoc* suelen ser empleados/as bilingües de un centro de salud o miembros de la familia, incluyendo a los menores o amigos. A continuación, expondremos las ventajas e inconvenientes de cada grupo según la calidad general de su interpretación.

4.2.1 La interpretación presencial

4.2.1.1 Interpretación por familiares o amigos

En primer lugar, dentro de la **interpretación presencial no profesional o *ad hoc***, tenemos el grupo compuesto por los familiares del paciente o sus amigos. Estos acompañan al paciente extranjero al hospital ya que conocen la lengua y la cultura, aunque generalmente tienen dificultades para entender los términos médicos en español o conocer el vocabulario en la propia lengua materna y parafrasear correctamente al paciente el mensaje del médico.

Esta modalidad de interpretación presenta múltiples desventajas, además de la de tipo lingüístico.

Primeramente, como ya hemos mencionado, hay una ausencia de la lengua española y, a su vez, una ausencia de conocimiento de la terminología médica, por lo tanto, existe la dificultad a la hora de garantizar la fidelidad de la interpretación del mensaje, que se acentúa sobre todo en aquellas lenguas exóticas y desconocidas por el personal sanitario.

También está presente la dificultad a la hora de garantizar imparcialidad, así como la confidencialidad, sobre todo resulta complicado mantener la neutralidad cuando se interpreta para un familiar o amigo, quien inconscientemente puede dar su opinión, añadir o eliminar información. Además, el hecho de que el intérprete sea un familiar resulta especialmente incómodo en algunas especialidades como en oncología o ginecología. Y, cuando se trata de menores, según los estudios anteriores de Cohen (1999), existe una gran amenaza a la inocencia de la infancia, puesto que deben afrontar la vergüenza y dificultad que sienten a la hora de interpretar información muy personal y abordar temas delicados. Esto, según los sociólogos James y Prout (1990), supone un abandono de la percepción de los menores como «proyectos pasivos de socialización» y el comienzo de la percepción del trabajo que realizan como «agentes sociales activos».

Sin embargo, contar con un familiar también presenta ciertas ventajas. Por una parte, resulta más cómodo y la disponibilidad suele ser inmediata. Además, hay un alto grado de confianza con el familiar por parte del/de la paciente. Otro gran componente es el conocimiento de las diferencias culturales, dado que el/la familiar o amigo/a normalmente comparte sus orígenes, es conocedor/a de su cultura, por lo que puede mediar en el caso de que las diferencias culturales planteasen algún problema de comunicación.

4.2.1.2 Interpretación por voluntarios/as o trabajadores/as sociales

Este se podría considerar el segundo grupo dentro de la interpretación presencial no profesional. Cada vez más se trata como una opción válida para cubrir el vacío en la comunicación intercultural en el ámbito médico-sanitario. Estos/as intérpretes son personas bilingües (en algunos casos nativos/as con un nivel alto de español) que trabajan traduciendo e interpretando para las organizaciones no gubernamentales y que normalmente carecen de formación profesional pese a su experiencia en el sector. No son capaces de realizar interpretaciones completas y fomentan la falta de concienciación respecto a confidencialidad médica, imparcialidad y neutralidad. Además, la selección y formación de los/as voluntarios/as se basa en un criterio mínimo: tener un amplio conocimiento de la lengua extranjera y de tu propia lengua, sin necesidad de experiencia previa ni titulación. Así pues, esto se consideraría una de las desventajas más importantes, puesto que por mucha experiencia que se tenga en el sector, si no se ha recibido una correcta formación se puede estar cometiendo siempre los mismos errores de interpretación (Benavides, Quiles, López-Roig, García y Ortigosa, 2002) y de tipo cultural, poniendo también gravemente en riesgo el mensaje. Por otra parte, a diferencia de los/las familiares o amigos/as que tienen bastante disponibilidad para acudir a la consulta a la hora que sea con el/la paciente extranjero/a, los/as voluntarios/as forman parte de una plantilla de trabajo poco consistente y duradera, ya que, teniendo en cuenta, la situación económica de los hospitales y la poca importancia que recibe el departamento de servicios sociales, se acaban yendo o los acaban echando.

4.2.1.3 Interpretación profesional

La interpretación profesional presencial es un servicio que apenas existe en casi ningún hospital actualmente. De hecho, según algunas investigaciones y entrevistas sobre el tema (Sanz Moreno, 2018), algunos médicos u otros miembros del personal sanitario han opinado que no se trata de un servicio imprescindible y, con la crisis económica que hubo hace unos años, resultaba aún menos necesario, ya que "tendría que haber una intérprete en urgencias 24 horas al día y no es viable" (Sanz Moreno, 2018).

Sin embargo, a pesar de que es la modalidad de interpretación menos utilizada sí que presenta una gran serie de ventajas.

En primer lugar, hay una mayor visibilidad del/de la intérprete, una garantía de confidencialidad y de fidelidad del mensaje interpretado; contar con una profesional genera más confianza en el personal sanitario, que puede creer que el mensaje se transmite de forma exacta y completa. Por otra parte, hay un desarrollo de mayor confianza en la relación médico/a-paciente y un desarrollo de estrategias de colaboración con el paciente para garantizar la comunicación fluida y eficaz como es determinar los turnos de palabra, explicar los términos especializados, etc. Otro punto favorable de la interpretación presencial profesional es que hay una mayor fluidez en la comunicación, lo que permite acortar los tiempos de consulta, siempre que la lengua y su cultura sean conocidas. No obstante, el principal obstáculo de esta modalidad es la falta de disponibilidad de las intérpretes. En muchas ocasiones, se desconoce la existencia de una intérprete en el hospital o si hay que localizar a alguna telefónicamente. De hecho, las urgencias plantean serios problemas, ya que requieren resolver situaciones de forma inmediata y no hay tiempo para esperar a un profesional de la interpretación. La falta de previsión es, sin duda, el mayor inconveniente.

4.2.2 La interpretación remota o telefónica

En los hospitales españoles ha aparecido en los últimos años la interpretación telefónica como una nueva alternativa para superar las barreras idiomáticas.

La interpretación telefónica es la forma más antigua de interpretación remota. Aunque surgió en los años cincuenta del siglo XX, no fue hasta los ochenta cuando empezó a popularizarse en los servicios públicos, entre ellos, la sanidad. En esta modalidad de interpretación, el/la intérprete se encuentra al otro lado de un aparato telefónico, escucha el mensaje del paciente y lo interpreta en el idioma del personal sanitario, y viceversa.

Como bien explica Parrilla (2020:62), aunque la interpretación telefónica pueda compartir muchas características con otro tipo de interpretación, la variedad de contextos en la que se desempeña plantea dificultades específicas y, por ello, también requiere el uso de un código ético. Hasta la fecha no se ha creado ningún código ético específico para teleintérpretes, aunque sí se puede destacar las iniciativas de algunas empresas o de algunos investigadores del sector.

4.2.2.1 Características y funcionamiento

Phelan (2001:13) define la interpretación telefónica como una interpretación bilateral a través de teléfono caracterizada por la necesidad de usar tecnología y por la ausencia física del intérprete. Las conversaciones pueden darse en un espacio compartido por los interlocutores a excepción del intérprete o en un espacio diferente para cada una de las partes (Fernández Pérez, 2015:104). Sin embargo, dicha ausencia física del intérprete puede dificultar la transmisión de la empatía y la escucha activa. Otra característica importante es la falta de información visual, lo que supone que el intérprete no tiene acceso a cuñas vocálicas ni puede emplear un lenguaje corporal para ayudarse a transmitir información. Además, este tipo de interpretación, es una práctica en la que el intérprete desconoce la situación comunicativa en la que va a interpretar hasta el momento en que atiende la llamada» (2015:107). Wadensjö añade otras dos características: la confidencialidad y una velocidad de dicción inferior. Teniendo en cuenta todas las características mencionadas, la interpretación telefónica exige que el/la intérprete desarrolle una serie de destrezas con el fin de poder realizar un servicio de calidad.

4.2.2.1.1 Tipos de llamadas.

El trabajo de Rosenberg (2007:68) clasificó las interpretaciones en tres tipos, de acuerdo con aspectos como la situación física de las partes y las características técnicas de la llamada.

El tipo de llamada más habitual son las **llamadas a tres** (*three-way telephone conversations*), en las que las tres partes están al teléfono en sitios distintos. Por lo que respecta a la información visual, es un tipo de llamada que menos problemas ocasiona, puesto que los tres interlocutores están en la misma situación. Sin embargo, es el profesional quien normalmente realiza la llamada y quien tiene un mayor conocimiento del contexto. El otro tipo de llamada más habitual es la que se hace a través de un **teléfono con manos libres**, en la que el profesional y el usuario están en el mismo lugar (por ejemplo, una consulta médica) y a través de dicho teléfono se comunican con el intérprete, que se encuentra en otro lugar. Si los interlocutores se sientan alejados del teléfono la calidad de la llamada es peor. Por último, el tercer tipo de llamada más recurrente, según Rosenberg, es aquella en la que los interlocutores conversan cara a cara y **se pasan el teléfono** (*telephone passing*). En estas

conversaciones el profesional y el usuario también están en el mismo lugar pero no tienen ningún dispositivo especial, sino un teléfono normal que se van pasando.

Debido a los avances en la tecnología que han tenido lugar desde el año 2007, actualmente existen otros tipos de interpretación con distintos dispositivos, por ejemplo, el teléfono con dos auriculares o la **interpretación remota por vídeo**. Esta última presenta una gran ventaja para aquellos usuarios con discapacidad auditiva o del habla, ya que facilita la comunicación oral y visual y reduce el riesgo de confusión.

4.2.2.2 Presesión y postsesión

En una interpretación telefónica, la presesión es el periodo anterior a la sesión. Primeramente, tras entrar en la llamada el/la intérprete debe presentarse a las dos partes siguiendo una fórmula establecida por la empresa e indicar su código identificativo. Es importante que el intérprete aproveche el primer turno de palabra para hacer un *briefing* técnico (averiguar las características técnicas de la llamada) y humano (conocer el contexto de la sesión, así como los detalles adicionales que puedan ser necesarios). La presesión tiene que ser fluida, ágil y eficaz. Una buena o mala gestión del inicio depende, casi exclusivamente, de la actuación del intérprete.

Una vez el/la intérprete llega a la postsesión, la parte final de la sesión, si no lo hace el profesional, el/la intérprete debe asegurarse de que el usuario del servicio ha terminado su intervención y no tiene más preguntas. Por último, debe pronunciar la fórmula de despedida y colgar la llamada.

Así pues, tanto la presesión como la postsesión son situaciones muy protocolarias en una interpretación telefónica.

4.2.2.3 Sesión

La sesión es la situación intermedia en una llamada telefónica en la que reside la información más relevante del mensaje por parte de los interlocutores. Para poder llevar a cabo una buena comunicación es importante gestionar correctamente la información y los turnos de palabra.

4.2.2.3.1 Gestión de la información

Un aspecto importante que debe tenerse en cuenta a la hora de hacer interpretación telefónica es el uso del estilo directo. Según los códigos deontológicos, se exige el **uso de la primera persona** ya que contribuye a que la conversación sea más fluida y directa, minimiza la intervención del intérprete y ofrece la impresión de que la información está siendo transmitida de manera más literal. No obstante, si la situación lo requiere, se aconseja utilizar la tercera persona a partir de la muletilla “dice que”. Otro aspecto a tener en cuenta es que se debe evitar la **repetición, la paráfrasis** y la traducción de los elementos propios del **estilo narrativo** (falsos comienzos o segmentos gramaticales o semánticamente incorrectos) También es importante **modular la voz** y adecuarla a la situación comunicativa y a los hablantes evitando interjecciones y muletillas.

4.2.2.3.2 Gestión de turnos de palabra (cuñas vocálicas)

En una correcta gestión de los turnos de palabra intervienen aspectos como la memoria, una técnica adecuada de toma de notas y la agilidad para interrumpir intervenciones largas. Por otra parte, en la ausencia del contacto visual los gestos y las miradas se suelen sustituir por cuñas vocálicas o fórmulas que el intérprete debe utilizar cuando deba interrumpir para pedir una aclaración o explicar un diálogo. La **cuña vocálica** por excelencia es: *habla el/la intérprete o continúa el/la intérprete*.

4.2.2.4 Ventajas e inconvenientes de la interpretación telefónica.

Dos de las principales **ventajas** que presenta la interpretación telefónica es la disponibilidad total del/de la intérprete y la flexibilidad de horarios y localización. Gracias al constante avance de las nuevas tecnologías los intérpretes no necesitan acudir cada vez a los hospitales o centros de salud y desplazarse a zonas geográficas lejanas, sino que pueden trabajar desde casa o desde la oficina. Además, en caso de emergencia médica, los intérpretes pueden conectarse rápidamente con los interlocutores evitando largas esperas en la sala de emergencias (Sanz, 2009:147).

Otra gran ventaja para los centros sanitarios son los costes, ya que se trata de un sistema más económico que evita el desplazamiento de los intérpretes. Respecto a la barrera idiomática, la interpretación telefónica dispone de un servicio lingüístico más amplio; muchas empresas

proporcionan interpretaciones en docenas de lenguas, muchas de ellas minoritarias. Por último, la interpretación telefónica aporta un mayor grado de confidencialidad e imparcialidad que la interpretación presencial ya que algunas personas se encuentran más cómodas gracias al anonimato.

Respecto a los **inconvenientes**, la ausencia física del intérprete se puede considerar la mayor desventaja. Al no estar presente el intérprete se pierde el lenguaje no verbal del paciente, gran parte de cuya información se refleja, no obstante, en rasgos como el tono de voz, los patrones de respiración o el volumen de voz. Otro inconveniente principal de la interpretación telefónica es la mala acústica y las dificultades técnicas que pueden surgir. Para poder realizar una llamada en condiciones óptimas habrá que depender siempre de que haya buena cobertura, que funcionen bien los altavoces (si no es un manos libres) y que no haya ruidos de fondo. Otra desventaja es la falta de preparación con la que cuentan los intérpretes al no trabajar tras una solicitud previa. Por último, otros dos aspectos que también suponen un inconveniente en este tipo de interpretación son: la desconfianza que genera a los interlocutores no saber cómo trabaja dicho intérprete ni qué experiencia tiene y el aumento de estrés que supone esta técnica para los intérpretes.

5. ¿Interpretación presencial o interpretación telefónica? ¿Rentabilidad o riesgo?

Una vez expuestas las características generales tanto de la interpretación presencial y sus modalidades (intérpretes *ad hoc* o profesionales) como de la interpretación remota o telefónica, se puede comprobar que los dos tipos de interpretación presentan similitudes y diferencias. No obstante, cada una requiere unas condiciones y unas habilidades técnicas diferentes que posicionan un tipo de interpretación como mejor o peor, o más o menos adecuada. Esta decisión u opinión es algo subjetivo y depende de las habilidades de cada intérprete. Sin embargo, algunas investigadoras afirman que, en algunos casos, el uso de la interpretación telefónica genera desconfianza, entre usuario y profesional sanitario, incluso llegando a producirse confusión sobre el papel o la “voz” que adopta el intérprete y el trabajo que debe desempeñar (Nevado Llopis, 2018, pág. 38). Además, a diferencia del intérprete “presencial”, el intérprete “a distancia” tiene que mantener una serie de estándares para proporcionar un trabajo de calidad.

Muchas veces la confusión sobre a quién debe dirigirse el interlocutor o quién está hablando, junto con la dificultad de comprensión por el ruido, son situaciones que ralentizan bastante una interpretación.

A partir de las evaluaciones de llamadas telefónicas que he realizado para la empresa Interpret Solutions durante los meses de prácticas (del 21 de marzo al 6 de junio), he podido comprobar algunos aspectos teóricos de la interpretación telefónica. Mi tarea principal ha consistido en escuchar interpretaciones telefónicas y evaluar del 1 al 5 tanto el papel del intérprete y su adaptación a cada contexto como el comportamiento del usuario y del profesional sanitario. Tras la escucha activa de estas llamadas reales en las que se ven claramente los problemas técnicos y lingüísticos mencionados anteriormente, se podría afirmar que menos de un 40% de las interpretaciones se hacen de manera ágil y eficaz. Esto se debe a confusiones por parte del usuario o a problemas con la cobertura y los ruidos de fondo. A continuación, muestro dos ejemplos de dos llamadas reales que he evaluado en las prácticas de estos dos casos recurrentes, en los que se puede ver como la conversación no fluye igual que si estuvieran las tres partes cara a cara.

Ejemplo de confusión y solapamiento

Intérprete (SP/EN)	Usuario (EN)	Profesional (SP)
[...] ¿Qué es lo que sucede?	What? Could you please speak in English?	Pues mira, se trata de un usuario que...Ay.
Wait, sir. I'm the interpreter. First, I need to ask the doctor something. Then I will translate for you.	Oh, okay.	Nada, que ha llamado este señor porque dice que [...].

Ejemplo de dificultad de comprensión por ruido

Intérprete (SP/EN)	Usuario (EN)
Hello, I'm your interpreter. You can go ahead.	I can't hear you very clearly.
I can't hear you well either, sir. Could you find a more quiet place?	Wait. I can't hear you.

Ok. My name is _____ and I am your interpreter, ok?

What?

Si se dieran durante un contexto de emergencia sanitaria estas dos situaciones ralentizarían mucho la solución del problema y podrían tener graves consecuencias en la salud del paciente.

Sin embargo, vivimos en una sociedad en la que la tecnología avanza cada día más rápido y en la que las personas priorizan la comodidad y la facilidad a la calidad. Así pues, gracias al inevitable avance tecnológico, muchas empresas y *freelancers* están optando por el teletrabajo, digitalizando casi al 100% su trabajo diario. Puesto que el coste de las interpretaciones es menor y la disponibilidad de los intérpretes es mayor, la mayoría de los centros sanitarios se están posicionando a favor de este nuevo estilo de trabajo, optando casi exclusivamente por la interpretación telefónica, priorizando el dinero y una vez más, la propia comodidad.

6. Conclusiones

A lo largo de este trabajo se han tratado y analizado tres temas importantes para la interpretación sanitaria que están estrechamente entrelazados. Estos son: el aumento de poblaciones migratorias, la necesidad de profesionalidad y la creciente tecnologización de la sociedad. La manera en que se gestionan y se atiende a estos tres factores afecta, a su vez, de un modo u otro, a la calidad de la interpretación.

Como sociedad nos pasamos el tiempo intentando comunicarnos y entendernos con el prójimo. Pero este trabajo se dificulta aún más cuando los símbolos y significados culturales de la otra persona son muy diferentes a los nuestros. Por este motivo, es importante respetar y adaptarse a las necesidades comunicativas que pueden surgir entre idiomas y culturas para que sus hablantes puedan tomar sus propias decisiones en cuanto a su salud, de manera informada. Por otra parte, la calidad de la ayuda lingüística que ofrecemos también debe ser óptima. Por ello, es necesario conceder gran importancia a las estrategias discursivas que empleamos y perfeccionar las habilidades lingüísticas y culturales como intérpretes en vez de conformarnos con tener simplemente a alguien que nos pueda sacar de un apuro. Por último,

es importante pararse a pensar cómo estamos utilizando la tecnología y si siempre es la herramienta más eficaz en todos los contextos, en concreto, en el sanitario. Sin embargo, para que todas estas piezas encajen a la perfección, como bien decía Martín (2000:220): «(...) tiene que haber un reconocimiento general de este oficio como realidad profesional, no sólo por parte de la Administración sino por parte de otros muchos sectores del país. En España todavía demasiada gente no distingue entre el conocimiento de idiomas y la capacidad para traducir o interpretar».

A estos tres factores anteriores y a la falta de concienciación generalizada, se suma la situación de crisis sanitaria que ha generado la pandemia de covid-19, afectando sobre todo a uno de los ámbitos más importantes, el sanitario. El solapamiento de consultas médicas, la pérdida económica y de material sanitario, junto con el estrés y el agobio generalizado, ha desembocado en una situación en la que, por falta de tiempo y disponibilidad, las consultas médicas se están llevando a cabo incluso a través de una llamada telefónica. Teniendo en cuenta esto, resulta casi evidente que la interpretación telefónica es la opción más oportuna hoy por hoy. Sin embargo, es impredecible poder valorar a medio plazo el efecto de la pandemia. Para ello, nuevas investigaciones futuras tendrán que analizar cómo ha avanzado esta situación hasta entonces.

Así pues, y a modo de conclusión, la sensibilización hacia las otras culturas, una disponibilidad total y la presencia física del/de la intérprete y una buena praxis que esté reconocida y reciba el apoyo y los recursos necesarios, sí pueden solventar todos los problemas que se han ido arrastrando con el tiempo y a los que hemos apartado la mirada por cuestiones económicas y por egoísmo.

7. Bibliografía

En la redacción de este TFG he optado por emplear el estilo APA 7ª ed.

Benavides, G., Quiles, M.J., López-Roig, S., García, E. y Ortigosa, J.M. (2002). *El voluntariado como fuente de apoyo social para enfermos hospitalizados*. Departamento. Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche. UNED Centro Asociado de Elche. <https://salud-o.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/1435/2021/03/752-Texto-del-art%C3%ADculo-3292-1-10-20200713.pdf>

Castillo, Antonio (2010). *Introducción a las relaciones públicas*. Instituto de Investigación en Relaciones Públicas (IIRP).

Darias Marrero, Agustín (2006). *Interpretación: Tipos de situación comunicativa y didáctica*. Tesis doctoral. Las Palmas de Gran Canaria. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Departamento de Filología Moderna. <http://hdl.handle.net/10553/2049>

Laghrich, Saloua (2004). *Reflexiones sobre la mediación intercultural y experiencias desde la Comunidad Valenciana*. Tonos Digital, Revista Electrónica de Estudios Filológicos, nº8, <https://www.um.es/tonosdigital/znum8/estudios/11-Salou.htm>

Lázaro Gutiérrez, Raquel, y Tejero González, Jesús Manuel (2017). *Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha*. *Panacea*, 46, 97-107. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n46_tribuna-RLazaroJMTejero.pdf

Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. Diario Oficial de la Generalitat Valenciana. BOE, núm.7434, de 31 de diciembre de 2014. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-1239-consolidado.pdf>

Linkterpreting (2020). *Interpretación sanitaria*. Universidad de Vigo. <http://linkterpreting.uvigo.es/>.

Navaza, Bárbara (2014). *Sociedad multicultural y demanda de traducción e interpretación: Necesidades y carencias actuales* (pp. 9-14). [En las actas de la Jornada «Traducción e Interpretación contra la Exclusión Social», González, L y de las Hieras, C. (eds). en Madrid].

Navaza, Bárbara; Estévez, Laura y Serrano, Jordi (2009). «Saque la lengua, por favor» Panorama actual de la interpretación sanitaria en España. *Panacea*, 30, 141-156. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf

Ortí, Roberto (2020). *Atención sanitaria a la población de origen magrebí*. Grupo CRIT. Salud y Cultura. <http://www.saludycultura.uji.es/magreb.php>

Rodrigo, Ana (2020). *Intérprete de línea de emergencias: somos la voz del médico para extranjeros*. <https://www.efe.com/efe/espana/destacada/interprete-de-linea-emergencias-somos-la-voz-del-medico-para-extranjeros/10011-4217498>

Ruiz Mezcua, Aurora (2020). *El triple reto de la interpretación a distancia: tecnológico, profesional y didáctico*. MonTI. Monografías De Traducción e Interpretación, (11), 243-262. <https://doi.org/10.6035/MonTI.2019.11.9>

Sanz-Moreno, Raquel (2018). *La percepción del personal sanitario sobre la interpretación en hospitales*. *Panacea* 47, 67-75. <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n47-tribuna-1.pdf>

Sales Salvador, Dora (dir.) (2022). *DocuRecursosTI. Recursos en línea para la Traducción y la Interpretación*. Universitat Jaume I. ISSN: 2792-6869. <https://sites.google.com/uji.es/docurecursossti>

Sales Salvador, Dora (2006). Mapa de situación de la interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia. En: *Retos del siglo XXI en comunicación intercultural: Nuevo mapa lingüístico y cultural de España*, número monográfico de *Revista Española de Lingüística Aplicada* (RESLA), 93-101.

Salud entre culturas. (2022) *Mediación e Interpretación*. <https://www.saludentreculturas.es/mediacion-interpretacion/>

8. Anexos

8.1. Anexo 1. Entrevista por correo electrónico al departamento de servicios sociales de La Fe llevada a cabo el 10 de enero de 2022:

1) ¿Habéis tenido mucha demanda hasta ahora o solamente habéis tenido encargos muy puntualmente? ¿Durante qué época del año hay más demanda?

Encargos puntuales. La demanda es incierta, pues depende de que se requiera esa necesidad en un momento dado en consultas externas, en Sala, en urgencias o acuden pacientes de acogida de Centros de Ayuda Internacional.

2) ¿De qué países provienen vuestros/as pacientes extranjeros? ¿Y cuáles son más mayoritarios?

Suelen provenir de países del norte de África como Marruecos o Argelia, del este de Europa como Rumanía, Ucrania, o bien de países de Oriente como China. También de Europa como puede ser Francia o Inglaterra. Muy puntualmente se presentan usuarios de países como Mali donde hablan el bambara. Y mayoritariamente usuarios de Pakistán que viven en nuestro departamento. Los de países del norte de África o países del Este.

3) ¿En qué diferentes idiomas os soléis comunicar con dichos pacientes? ¿O siempre es en inglés?

En el suyo o en la segunda lengua de su país, si es el inglés o francés. No siempre hablan inglés los pacientes.

4) ¿Habéis tenido alguna dificultad en la comunicación o algún problema cultural con el/la paciente a la hora de interpretar?

La cultura de cada país evidentemente influye mucho en el momento de atender a un paciente. Transmitir las indicaciones clínicas que da el facultativo es la mayor prioridad no entrando en valoraciones culturales. Se intenta que a través del traductor llegue la información fidedigna al paciente en cuestión.

5) ¿De vuestros voluntarios/as, hay alguno/a que tenga formación previa, ya sea en traducción e interpretación o en alguna filología? ¿Creéis que es necesario e importante tener formación para poder interpretar en el ámbito sanitario, o es suficiente con ser bilingüe?

Depende. Nuestro lema es ayudar en la comunicación facultativo-paciente y, la mayoría de veces, colaboran con nosotros voluntarios de asociaciones previamente seleccionadas, o personas bilingües a las que entrevistamos que deciden colaborar altruistamente en determinadas ocasiones. Es obvio que si se perfecciona una lengua en un sector determinado siempre es mucho más cómodo a la hora de traducir las indicaciones. Pero muchas veces el paciente no entiende los términos médicos y se necesita adaptar la información a su nivel de comprensión. Por otro lado, la mayoría de las ocasiones el paciente viene directamente acompañado por algún familiar o amigo que entiende ambas lenguas, la nativa y la española o el valenciano.

6) ¿Qué método de interpretación se emplea en la mayoría de los casos? ¿Habéis tenido/utilizado el servicio de **interpretación telefónica** alguna vez?

Casi siempre presencial. Sí, mediante dispositivos móviles con manos libres, o tecnología de traducción en los teléfonos.

7) ¿Creéis que se debería de invertir más en el servicio de la interpretación sanitaria optando por la contratación en plantilla de un equipo de trabajo profesional, con formación previa que esté remunerada, teniendo en cuenta la dificultad que conlleva hacer una buena interpretación

entre paciente y personal sanitario? O, por el contrario, ¿consideráis suficiente contratar para encargos puntuales a una empresa de interpretación telefónica/ a una asociación de voluntarios (algunos de ellos sin formación académica)?

Actualmente, el volumen que hay de demanda no es para comprometer una partida económica fija. Ocasionalmente, y por temas legales, sí se requiere la intervención de un traductor jurado a través de los organismos oficiales implicados. En la actualidad, no hay necesidad de contrataciones, aunque alguna vez se firmó algún convenio como fue el de Interpretación en Lenguaje de Signos, por ejemplo. El programa de voluntariado va cubriendo de momento las necesidades puntuales de nuestros profesionales sanitarios.

8.2. Anexo 2. Entrevista telefónica a la asociación inglesa Help Benidorm llevada a cabo el 20 diciembre de 2021:

1) ¿Habéis tenido mucha demanda hasta ahora o solamente habéis tenido encargos muy puntualmente?

Sí, tenemos mucha demanda. Aunque esta abunda más en verano, durante el invierno también hay mucho trabajo. Son los pacientes los que se ponen en contacto con el voluntariado de la asociación una semana antes del día de la consulta médica. Siempre solemos interpretar en centros de salud o en consultas de hospitales pero nunca en servicio de urgencias, puesto que los médicos de este sector ya tienen un nivel alto de inglés.

2) ¿De qué países son la mayoría de los/las pacientes? ¿Tenéis alguna experiencia con pacientes de Estados Unidos, Canadá, Australia, u otros países de habla inglesa? ¿De habla no inglesa (alemanes, franceses, holandeses) habéis tenido algún caso? ¿Siempre os comunicáis en inglés o se utilizan más lenguas?

La mayoría son de Reino Unido, pero también tenemos clientes/as estadounidenses, irlandeses/as y de algunos países de África. Por ello, los/las voluntarios/as de la asociación nos comunicamos con nuestros clientes/as siempre en inglés, es nuestra lengua de partida. Sin embargo, algunos/as componentes de la asociación también sabemos hablar otras lenguas.

3) ¿Habéis tenido alguna dificultad en la comunicación o algún problema cultural con el/la paciente a la hora de interpretar?

Sí que hemos tenido alguna dificultad mínima con el idioma puesto que los médicos suelen dirigirse a los pacientes extranjeros con un habla llena de términos médicos adaptados a un registro estándar/familiar para facilitar su comprensión, en vez de utilizar un registro formal. Sin embargo, esto a veces dificulta el entendimiento del voluntariado intérprete y propicia su confusión ya que está acostumbrado en su lengua y cultura a un vocabulario más técnico.

También, tuvimos dificultades con dos pacientes, uno con párkinson y otra con un tumor cerebral. Debido al lenguaje corporal y a la dificultad para hablar del paciente con párkinson, el intérprete a veces no entendía bien su mensaje. Y respecto a la paciente con tumor cerebral, también debido a su enfermedad, en ocasiones, se inventaba palabras en inglés, términos médicos, y sintácticamente no conseguía tener un habla fluida y coherente.

4) De vuestros voluntarios/as, hay alguno/a que tenga formación previa, ya sea en traducción e interpretación o en alguna filología? ¿Creéis que es necesario e importante tener formación para poder interpretar en el ámbito sanitario, o es suficiente con ser bilingüe?

Ninguno de nosotros/as tenemos formación académica previa. Solamente tenemos experiencia de más de 30 años hablando español y viviendo en países de dicha habla. Todos somos bilingües.

El intérprete entrevistado, de origen irlandés, tiene un nivel alto de español. Sin embargo, la mayoría del equipo de voluntariado tienen el español como lengua materna y el inglés como lengua B. Algunos de ellos son latinoamericanos (3 argentinos), 5 son españoles, y solo 2 son de Reino Unido. Además, el entrevistado considera que no hace falta formación médica para poder desenvolverse bien con los términos médicos. Por otra parte, aunque afirma que sí sería útil tener una preparación previa como intérprete, no lo considera estrictamente necesario ya que, según él, por su experiencia, reconoce que llevar toda su vida en contacto con el oficio y el idioma es suficiente.