

TRABAJO DE FINAL DE GRADO EN TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN

TREBALL DE FI DE GRAU EN TRADUCCIÓ I INTERPRETACIÓ

Departament de Traducció i Comunicació

TÍTULO / TÍTOL

**EL INTÉRPRETE SANITARIO Y SUS
ALTERNATIVAS**

Autor/a: Paula Soria Mascarós

Tutor/a: Amparo Jiménez Ivars

Fecha de lectura/ Data de lectura: 1 de junio de 2023



Para la realización de este trabajo se ha escogido el estilo APA (7a edición).

Resumen/ Resum:

En el presente trabajo se trata de averiguar si existe una diferencia real entre los intérpretes sanitarios y las alternativas que hoy en día pueden encontrarse en la mayoría de los centros sanitarios. Para ello, se expone la situación actual de la interpretación sanitaria en España, y se diferencian las distintas técnicas que se emplean a la hora de interpretar y las diversas modalidades de interpretación que existen. Del mismo modo, se explica el rol de los intérpretes sanitarios, al igual que se realiza una distinción entre las diversas alternativas a estos, como son los familiares de los pacientes, el personal sanitario y los traductores automáticos. A esto se suma la indagación en los riesgos del empleo de estas alternativas. Asimismo, se estudian dos códigos deontológicos respectivos a la interpretación sanitaria y, por último, se pone a prueba todo lo expuesto mediante un estudio empírico relacionado con las técnicas y los códigos deontológicos de la interpretación sanitaria y una reflexión sobre los resultados de este. Es más, se concluye el trabajo con una propuesta de futura investigación sobre el tema. Este estudio invita a la reflexión sobre los servicios de interpretación en los hospitales privados españoles que contratan personal para interpretar.

Palabras clave/ Paraules clau: (5)

Intérprete sanitario, alternativas, rol, código deontológico, técnicas de interpretación

Índice

1. Introducción	3
1.1 Justificación y motivación	3
1.2 Objetivos	4
2. Contextualización	5
2.1. Definición y contexto	5
2.2. Marco jurídico de la interpretación sanitaria	6
2.3. Situación de la interpretación sanitaria	7
2.4. Modalidades de la interpretación sanitaria	8
2.5. Técnicas empleadas	9
3. El rol del intérprete sanitario	11
3.1. Rol de conversor de mensajes	11
3.2. Rol de clarificador de mensajes	11
3.3. Rol de clarificador de diferencias culturales	12
3.4. Rol de defensor del paciente	12
4. Alternativas al intérprete	14
4.1. Familiares del paciente	15
4.2. Personal sanitario	16
4.3. Traductores automáticos	17
4.4. Riesgos de estas alternativas	19
5. Códigos deontológicos	21
6. Estudio empírico	25
6.1. Método y procedimiento	25
6.1.1. Muestra	25
6.1.2. Herramientas	26
6.2. Análisis de los resultados	27
6.3. Discusión y conclusiones	32
7. Conclusiones	35
8. Bibliografía	36

9. Anexos	42
Anexo 1. Código deontológico de IMIA	42
Anexo 2. Código deontológico de NCIHC	43

Índice de tablas

Tabla 1. Principios en común de IMIA y NCIHC	23
Tabla 2. Principios diferenciados entre IMIA y NCIHC	24
Tabla 3. Perfil sociológico y laboral de las intérpretes	27
Tabla 4. Preguntas del cuestionario	27
Tabla 5. Resultado de la primera pregunta del cuestionario	28
Tabla 6. Resultado de la segunda pregunta del cuestionario	28
Tabla 7. Resultado de la tercera pregunta del cuestionario	29
Tabla 8. Resultado de la cuarta pregunta del cuestionario	29
Tabla 9. Resultado de la quinta pregunta del cuestionario	30
Tabla 10. Resultado de la sexta pregunta del cuestionario	30
Tabla 11. Resultado de la séptima pregunta del cuestionario	31
Tabla 12. Resultado de la octava pregunta del cuestionario	31
Tabla 13. Resultado de la novena pregunta del cuestionario	32
Tabla 14. Resultado de la décima pregunta del cuestionario	32

1. Introducción

1.1 Justificación y motivación

Para comenzar, mi interés por la interpretación en el sector sanitario comenzó cuando tenía catorce años y estaba de intercambio en Killorglin, Irlanda, donde me golpeé la cabeza y tuve que acudir al hospital. Allí, todos hablaban inglés y, por aquel entonces, mi nivel de dicha lengua era básico. Apenas pude comunicarle al doctor lo que había ocurrido ni cómo me sentía puesto que estaba dolorida y nerviosa. Mi familia de acogida, que tenía mínimos conocimientos de español, trataba de interpretar lo que yo decía. Fue en ese momento en el que me di cuenta de la importancia de la presencia de un experto, no solo para facilitar la comunicación en un momento tan delicado, sino también para que el médico comprenda realmente lo que ocurre y pueda recetar los medicamentos adecuados. Así, años más tarde, en el grado de traducción e interpretación, tuve la oportunidad de realizar mis prácticas curriculares en una clínica privada, y pensé que sería una gran experiencia para poder conocer de primera mano la interpretación en el ámbito sanitario, además de observar en acción a las intérpretes y practicar todo lo aprendido tanto en el grado como en el día a día de la clínica.

Aparte de lo mencionado anteriormente, al comentarle a numerosas personas de mi alrededor en qué iban a consistir mis prácticas, el hecho de que la mayoría de ellas no comprendieran la necesidad de los intérpretes en los hospitales, ya que hoy en día «todo el mundo habla inglés», me hizo reflexionar, y quise añadir a mi estudio, un desarrollo más profundo de la importancia del rol de los intérpretes, para comprobar si es esencial para que haya una buena comunicación entre el médico y el paciente.

En el presente estudio analizaré las diferencias teóricas entre la figura del intérprete profesional y las distintas alternativas que se ofrecen en la mayoría de los centros hospitalarios, como personal sanitario bilingüe, familiares de los pacientes, traductores automáticos y voluntarios no titulados que actúan como intérpretes.

1.2 Objetivos

El presente trabajo pretende aproximarse al «eterno» debate de si es necesario contratar a intérpretes profesionales, tanto con formación como sin ella, en los hospitales, como es el caso de las intérpretes que trabajan en el centro en el que realicé mis prácticas curriculares, o si se puede obtener un resultado óptimo con alternativas sin coste, como por ejemplo mediante el uso de traductores automáticos o la ayuda de familiares o personal sanitario bilingües. Para ello, nos proponemos contextualizar la interpretación sanitaria dentro de la interpretación en los servicios públicos en España, presentar las modalidades y técnicas empleadas en este ámbito, definir el rol del intérprete en el ámbito sanitario, analizar las ventajas y los inconvenientes de las alternativas al intérprete profesional y exponer los principios comunes a dos de los códigos deontológicos más importantes.

2. Contextualización

Vivimos en un mundo globalizado y España es uno de los países que más turismo recibe puesto que es el tercer país más visitado del mundo. Esto crea una serie de necesidades relacionadas con las barreras lingüísticas y los intérpretes son quienes deberían de cubrirlas. El sector sanitario ha de tratar de comunicarse con las personas alófonas de manera que consiga una comprensión total por parte tanto del paciente como del personal sanitario. No obstante, esto no siempre es posible. Pero ¿cómo funciona la interpretación sanitaria? ¿Es necesario contar con intérpretes profesionales en los hospitales? Gracias a las prácticas curriculares como intérprete en un hospital privado de la zona mediterránea, pude observar el funcionamiento de la interpretación sanitaria de primera mano y reflexionar sobre la interacción entre los intérpretes y el resto de las partes. A lo largo del presente trabajo, se debatirá sobre esta necesidad. A continuación, se pondrá en contexto la situación actual de la interpretación sanitaria tanto a nivel legislativo, como en la puesta en práctica de esta actividad. Además, se explicarán las distintas modalidades de interpretación sanitaria existentes y las técnicas que se emplean para el desarrollo de esta.

2.1. Definición y contexto

La interpretación en el ámbito sanitario es un servicio imprescindible que, junto con la interpretación jurídica y la policial, entre otras, conforman el conjunto de interpretación para los servicios públicos. Así, Abril Martí (2006) la define como:

Aquella que facilita la comunicación entre los servicios públicos nacionales –policiales, judiciales, médicos, administrativos, sociales, educativos y religiosos– y aquellos usuarios que no hablan la lengua oficial del país y que habitualmente pertenecen a minorías lingüísticas y culturales: comunidades indígenas que conservan su propia lengua, inmigrantes políticos, sociales y económicos, turistas y personas sordas (p. 5).

En concreto, la interpretación sanitaria, según la ISO 21998:2020, es la comunicación relacionada con la salud entre paciente, acompañantes, proveedores o administradores de tratamiento que no hablan la misma lengua. Además, se define la interpretación médica como la interpretación que ocurre cuando los individuos acceden a servicios que lidian con la prevención y el tratamiento de las enfermedades y donde los pacientes o sus familias tienen dificultades para comunicarse con los proveedores o administradores de tratamiento.

La interpretación no solo consiste en la traducción oral de los términos, sino que también se han de tener en cuenta diversos factores como el lenguaje corporal, el contexto, las diferencias culturales... Es más, la interpretación en el ámbito sanitario requiere preparación para multitud de situaciones, desde un procedimiento rutinario hasta saber cómo actuar en casos de emergencia en los que la vida del paciente está en peligro (Mikkelsen, 1999). Asimismo, el mayor reto a la hora de realizar interpretaciones sanitarias es la terminología especializada y el conocimiento de medicina. Es por esto que los profesionales deben estar en constante formación y controlar las diversas técnicas de interpretación para evitar problemas graves de comunicación. Adicionalmente, el intérprete sanitario se ve en situaciones que pueden llegar a afectarle psicológica y emocionalmente. Es por esto por lo que el profesional ha de estar preparado para lo que se pueda presentar (Ruiz Mezcua, 2014).

2.2. Marco jurídico de la interpretación sanitaria

El 9 de marzo de 2011 la Unión Europea aprobó la Directiva 2011/24/UE, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Dicha Directiva establece que el paciente debe recibir toda la información para poder decidir en base a esta. A pesar de que los servicios de traducción e interpretación no son mencionados en ella, se consideran implícitos en la redacción de la Directiva. Así, el 7 de febrero de 2014, en España se estableció el Real Decreto 81/2014 que trata, al igual que la Directiva Europea, sobre los derechos a la asistencia sanitaria transfronteriza. Sin embargo, las decisiones sobre los servicios sanitarios en este país dependen de las comunidades autónomas. Por lo tanto, el gobierno de cada comunidad tiene unas leyes distintas a las europeas.

Esto ocurre en algunos centros privados de la Comunidad Valenciana, donde se contrata a una plantilla de intérpretes para prestar los servicios de traducción e interpretación. No obstante, para otros idiomas, cuentan con recepcionistas políglotas para realizar este trabajo, sin asegurarse de estar ofreciendo una prestación de calidad (Angelelli, 2015: 62). En cambio, en los centros públicos de zonas turísticas no se suele contratar a intérpretes, sino que habitualmente cuentan con la opción de los recepcionistas bilingües. Del mismo modo, según la Ley Orgánica 8/2000: «los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles». Por lo tanto, un paciente que no domina la lengua española no se encuentra en las mismas condiciones que un paciente cuya lengua materna es

el español, por este motivo, debería de entenderse que es indispensable ofrecer servicios lingüísticos a los pacientes que presenten esta condición.

2.3. Situación de la interpretación sanitaria

A continuación se describirá la situación de la interpretación sanitaria tanto en España como en la Comunidad Valenciana. Generalmente, en la mayor parte del país se suele recurrir a familiares, gestos o traductores automáticos (Foulquié-Rubio, 2018) y estos recursos no garantizan el cumplimiento del derecho a la salud, puesto que va en contra de la dignidad de los pacientes (Abril Martí y Martín, 2011:1524). Es más, esto no concuerda con la Constitución Española de 1978 en su artículo 43, donde se asienta «el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos». Ciertamente, en algunas comunidades autónomas se ha empleado la interpretación telefónica, pero es una opción que no suele agrandar al personal sanitario debido a que es impersonal y nada práctica (Foulquié-Rubio, 2018). La Comunidad Valenciana no dispone de un servicio público de interpretación sanitaria, sino que el personal sanitario y el paciente suelen tratar de comunicarse en inglés, como lengua «comodín», y en ciertos casos se sustituye al intérprete mediante voluntarios o familiares bilingües (Angelelli, 2015: 61-62). En cambio, existen diversos centros privados en los que hay plantillas de intérpretes, que en multitud de ocasiones no son titulados, pero cuentan con años de experiencia (Gavlovyh, 2012: 42). Esta es una opción a la que no todas las personas alófonas pueden acceder puesto que no tienen recursos para acudir a hospitales privados.

Por tanto, se puede afirmar que la interpretación sanitaria en España no es un derecho explícito, puesto que ninguna ley establece el derecho a la interpretación entre el paciente alófono y el personal sanitario. Sin embargo, como se ha mencionado previamente, los servicios sanitarios dependen de los gobiernos autonómicos. Se trata de una situación compleja e injusta, ya que todas las personas con la necesidad de atención sanitaria deberían tener el derecho a recibirla sin ningún tipo de problema y con la misma calidad, independientemente de su lengua.

2.4. Modalidades de la interpretación sanitaria

Existen modalidades de interpretación sanitaria y todas ellas han sido aplicadas en ocasiones, según las circunstancias que han requerido interpretación. Para explicarlas, nos basaremos en el artículo de Navaza, Estévez y Serrano (2009), que presenta un estudio comparativo entre las distintas modalidades que se emplean en la interpretación sanitaria y sus ventajas e

inconvenientes. Así, la interpretación presencial consiste en la presencia física de un intérprete en la consulta, que realiza una interpretación de enlace entre el personal sanitario y el paciente. Este intérprete debe informar, si se da el caso, de los choques culturales y evitar los malentendidos. Además, debe conocer los códigos deontológicos para respetar y proteger tanto la intimidad del paciente como la confidencialidad del centro sanitario. El principal problema es que tanto en este país como en numerosos otros, no hay un código específico de interpretación en el ámbito sanitario. No obstante, existen países, como Australia o Estados Unidos, que cuentan con asociaciones como el National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC) o la International Medical Interpreters Association (IMIA) que sí que han desarrollado los códigos deontológicos, por los cuales deben regirse los intérpretes españoles y conocerlos a la perfección. Y, sobre todo, los intérpretes deben asegurarse de que la comunicación sea fluida y que el mensaje se transmita claramente sin perder información. La interpretación presencial abarca distintas modalidades. No obstante, en el ámbito sanitario se emplea la interpretación consecutiva, en la que una parte conversa, se hace una pausa para interpretar, y así sucesivamente. En esta modalidad se pone en práctica la técnica de toma de notas, que se explicará en el próximo epígrafe.

En cuanto a la interpretación telefónica, consiste en que el intérprete escuche a través de un teléfono al paciente, lo interprete para el personal sanitario y viceversa. Esta modalidad es de las más utilizadas, y cuenta con ventajas e inconvenientes. En lo que respecta a las ventajas de este tipo de interpretación, se reduce el coste con respecto a la interpretación presencial y no deja de contar con un profesional para realizar la labor. Además, puesto que se dispone de una mayor cantidad de intérpretes debido a que es una interpretación remota, se tiene acceso a numerosos idiomas y no hay limitaciones de horario. Otra ventaja es que los pacientes se suelen sentir más cómodos al no estar frente al intérprete (Navaza, Estévez y Serrano, 2009). Con respecto a los inconvenientes, debido a la falta de imagen, es imposible para el intérprete observar el lenguaje corporal que es una parte importante ya que influye en gran medida a la comunicación. A esto se suma que los dispositivos pueden fallar, la llamada puede cortarse o no oírse con claridad, lo que aumenta el riesgo de malentendidos y el estrés del intérprete. Ciertamente, en caso de que la llamada se corte, es probable que cuando se llame de nuevo, se contacte con un intérprete distinto, quien no cuenta con ningún tipo de contexto y a quien le puede costar comprender la situación. Por último, tanto los pacientes como el personal sanitario pueden desconfiar del intérprete y de su profesionalidad por el hecho de no poder verle.

En conclusión, los traductores automáticos también son una opción empleada en distintos casos. No obstante, estos se crearon con la intención de facilitar la tarea del traductor profesional, no para sustituirlo, pero se emplean en las situaciones en las que parece no haber otra opción. Así, para conseguir una comunicación medianamente clara, es necesario que ambas partes comprendan el funcionamiento del traductor, al igual que es necesario un *software* adecuado y, en caso de tratarse de un traductor avanzado con dictado de voz, serán necesarios buenos altavoces.

2.5. Técnicas empleadas

A la hora de realizar tanto una traducción como una interpretación de calidad, se emplean diversas técnicas que ayudan al intérprete a reproducir la información, adaptándola a las necesidades comunicativas. Así las técnicas de interpretación más habituales son las siguientes (Hurtado, 1999):

Por una parte, el equivalente acuñado, que consiste en emplear el término reconocido como equivalente. Otra técnica es la descripción, que detalla el término en lugar de traducirlo literalmente. Para aplicarla, no se emplearía el término «enfermedad de Crohn», sino que se explicaría «unidentified chronic inflammation of the gastrointestinal tract». Mediante la técnica de la amplificación, se añade una breve explicación para especificar la referencia. Es decir, se traduciría «mamografía» por «mammography, the radiographic technique to visualise the inside of the breast». Por otra parte, la generalización se pone en práctica cuando en lugar de emplear un término particular, se utiliza un término menos específico, como en el caso de la traducción de «avoid eating bacon and the like» por «evite las grasas». Por el contrario, con la técnica de la particularización se emplea un término más preciso. Por lo tanto, en lugar de traducir literalmente «evite las grasas», se podría especificar a «avoid eating bacon and the like».

Además, la técnica de la adaptación, que es una de las más empleadas, reemplaza un elemento cultural por uno de otra cultura. En el caso de que un paciente inglés afirme que suele tomar el típico desayuno normal, se deberá explicar que un desayuno habitual inglés suele contener alimentos altos en grasa, para que el facultativo pueda tener en cuenta estos factores, a la hora de realizar cambios en la dieta del paciente. Mediante el préstamo, se adopta un término y, en ocasiones, se altera ligeramente para adaptarlo a la otra lengua. Por ejemplo, el término «bypass», que se ha llegado a adaptar al español como «baipás». Cuando se emplea el calco,

se traduce el término literalmente. Un ejemplo de calco es la traducción de «abnormality» como «anormalidad» en lugar de «anomalía». Existen técnicas que son específicas de la interpretación, como es el caso de la toma de notas y el uso de la primera persona del singular. La primera, consiste en anotar mediante símbolos y palabras clave, los fragmentos más importantes del discurso, para poder recordarlos en el momento de reproducirlos. En la segunda, el uso de la primera persona del singular facilita y agiliza la interpretación, ya que se evita repetir constantemente «el doctor dice que...».

Todas las técnicas mencionadas son empleadas diariamente por los intérpretes sanitarios con formación, ya que son una ayuda considerable para evitar errores y confusiones. Independientemente del idioma en el que se interprete, estas técnicas son ampliamente utilizadas. Como se puede observar en los ejemplos anteriores, cada una de ellas cubre una necesidad distinta, pero el conjunto es de gran utilidad para el profesional de la lengua.

A continuación, se explicará el rol del intérprete en el ámbito sanitario. Pero, debido a la importancia que tiene su papel para el presente trabajo, se expondrá en el siguiente epígrafe.

3. El rol del intérprete sanitario

Son numerosos los estudios que tratan de determinar el rol del intérprete en distintos ámbitos. Diversos autores como Angelelli (2003), Beltran Avery (2001), Brisset, Leanza y Laforest (2013) y Phelan y Martín (2010) entre otros, han ido analizando y tratando de delimitar este rol a lo largo de los años. Los autores anteriormente nombrados delimitan el rol del intérprete en diversos ámbitos.

No obstante, el presente trabajo trata sobre la interpretación sanitaria. Por lo tanto, para este apartado se ha escogido la California Healthcare Interpreters Association (2002), que es la asociación de intérpretes sanitarios de California. Esta asociación explica los distintos roles que adopta el intérprete en el ámbito sanitario, dependiendo de la situación, y se explicarán a continuación.

3.1. Rol de conversor de mensajes

En este caso, los intérpretes escuchan a ambas partes, tienen en cuenta el lenguaje corporal y traducen el significado de todos los mensajes de un idioma a otro, sin añadir, suprimir ni cambiar el significado. Para poder llevarlo a cabo, los intérpretes gestionan el flujo de comunicación entre las partes, además de intervenir cuando consideran que la comunicación está avanzando demasiado rápido y no pueden interpretar. Otra de sus tareas es gestionar los turnos de palabra, para evitar interrupciones.

3.2. Rol de clarificador de mensajes

De acuerdo con este rol, el intérprete debe darse cuenta de cuándo se puede producir un malentendido. Y en el caso de que considere que una de las partes, o el propio intérprete, está confundido, puede añadir un comentario, avisar de lo que está sucediendo a ambas partes, solicitar que se repita un fragmento de la conversación o describir aquello que no considera que tenga una traducción. No obstante, en estos casos, es imprescindible que el intérprete intervenga aclarando que ese mensaje es suyo propio y, además, es importante que esta interrupción se de en momentos puntuales y siempre debe tratar de evitarse.

3.3. Rol de clarificador de diferencias culturales

Este rol consiste en aclarar diferencias culturales. La cultura es un factor determinante en cuanto al comportamiento, la toma de decisiones y la comunicación de las personas, y es un factor que va de la mano de la lengua. Por este motivo, es complicado encontrar equivalencias en numerosas ocasiones. Pero no solo eso, sino que también en el ámbito de la salud hay perspectivas distintas que varían según la cultura. En estos casos, los intérpretes deben hacer comprender a ambas partes las diferencias y las explicaciones que se den. Además, si el intérprete percibe confusión por alguna de las partes, debe proceder como se ha mencionado en el epígrafe previo.

3.4. Rol de defensor del paciente

Es el deber del intérprete familiarizar al paciente con los servicios disponibles y el sistema sanitario del país, ya que tanto estos como sus derechos pueden ser distintos en su país de origen y es posible que no los conozca. En la mayoría de los casos es el intérprete quien se cerciora de que esto ocurre y, por ende, quien debe solucionarlo.

Estos cuatro roles descritos nos ayudan a comprender que el papel del intérprete va más allá de lo que puede llegar a parecer en ocasiones. Además, demuestra que no es suficiente con conocer dos lenguas, sino que es imprescindible conocer las diferencias culturales y cómo actuar en caso de que se presenten. Asimismo, para acabar de ilustrar la figura del intérprete, se ejemplifica con una de las situaciones planteadas en el estudio de Valero (2005: 110), que ocurrió en el servicio médico de la Cruz Roja Española para solicitantes de asilo. Se presentó una familia iraquí y, en un momento determinado, el doctor realizó preguntas a la hija sobre su menstruación, un tema que, en la cultura iraquí, es incómodo de mencionar ante hombres y desconocidos. Gracias al intérprete, que adoptó el rol de clarificador de diferencias culturales, se comunicó al doctor y este solicitó que los familiares varones abandonaran la sala. Así, se expone la falta de sensibilidad intercultural del personal institucional y es una muestra de cómo el intérprete en los Servicios Públicos tiene funciones que van más allá de interpretar.

Phelan y Martín (2010: 4) exponen que el rol del intérprete consiste en ser un puente entre las barreras lingüísticas. Según las autoras, el intérprete es crucial para permitir la comunicación entre el personal sanitario y el usuario. Si el personal sanitario no puede comunicarse con los pacientes, será incapaz de prestar un servicio profesional y eficaz. Del mismo modo, los

pacientes que no pueden comunicarse no tienen la capacidad de explicar sus síntomas, proporcionar su historial médico o realizar preguntas. No obstante, Mason (2009: 53) restó importancia al concepto de rol ya que esto significaba para él que los participantes se encuentran de algún modo encasillados en patrones de comportamiento preestablecidos. Por lo tanto, propone un concepto dinámico de «posicionamiento», lo que quiere decir que los intérpretes van cambiando de posición según el momento y la función de las partes principales.

En conclusión, la definición del rol del intérprete es realmente importante, pero no es igual de crucial para todos los autores nombrados delimitarlo. Lo importante es comprender las funciones que un intérprete puede realizar y cuáles son los límites de estas. Para ello, también son útiles los códigos deontológicos, que se explicarán en el epígrafe 5.

4. Alternativas al intérprete

Aquellos pacientes que no cuentan con un alto nivel de la lengua del país en el que viven suelen depender de familiares, amigos o personal sanitario bilingüe para que asuman el rol de intérpretes cuando necesitan atención sanitaria. Sin embargo, esto acarrea problemas con respecto a la confidencialidad y la exactitud de la información, puesto que estas personas no cuentan con formación (Martín y Phelan, 2010). Es cierto que saber dos idiomas es necesario para poder realizar una interpretación de calidad. No obstante, hay diversos factores que influyen en esta. Se debe tener en cuenta que los estudios proporcionan herramientas y técnicas que acaban determinando la claridad y comprensión del mensaje. Además, la experiencia es un elemento fundamental que determina los factores mencionados. Sin embargo, como afirma Gavlovych (2017) existen numerosos casos en los que no se cuenta con intérpretes, ya sea porque no son considerados como una necesidad real o porque no hay presupuesto para contratarlos, «... las consideraciones de tipo económico parecen enfriar el entusiasmo de la Administración por contar con un apoyo lingüístico de esta índole en la sanidad pública» (Sánchez-Reyes y Martín, 2004). Así es como aparecen las alternativas al intérprete o los intérpretes *ad hoc* que, de acuerdo con Angelelli (2014: 573-574), son personas que no disponen del título en traducción e interpretación, ni se han especializado en traducción e interpretación sanitaria, por lo que carecen de las técnicas necesarias para una buena transmisión del mensaje.

Mientras que en otros países como Australia o Canadá se han conseguido numerosos avances en lo que respecta a los intérpretes profesionales en los servicios públicos (Sales, 2013), actualmente en España, el recurso que se pone en práctica con mayor frecuencia con respecto a la interpretación sanitaria en los hospitales públicos es el de los intérpretes *ad hoc*. Así, en Australia es imperativo desde 1988 ofrecer servicios lingüísticos adecuados en los servicios públicos para respetar los derechos de las personas alófonas y no poner en peligro la salud de estas (Lorenzo, 2017). Ciertamente, cuando no es posible conseguir los servicios de un intérprete profesional, ya sea de manera presencial o por teléfono, recurrir a personal sanitario o familiares es lo más razonable, pero la opción de los intérpretes profesionales es siempre la más aconsejable ya que estos obtienen un nivel de satisfacción y comprensión elevado y evitan numerosos problemas (Juckett y Unger, 2014).

Hoy en día el intérprete *ad hoc* no es la única alternativa al profesional. A continuación, presentamos las alternativas que se emplean en interpretación sanitaria.

4.1. Familiares del paciente

En el caso de los familiares del paciente, por excelentes que sean los conocimientos de ambas lenguas, no se puede evitar tener emociones y parcialidad, además del desconocimiento de la práctica. Así lo demostró Pöchhacker (2000) cuando los empleados de hospitales afirmaron que los familiares de los pacientes que asumían el rol de intérpretes no contaban con los suficientes conocimientos médicos, no comprendían la terminología específica o hablaban en lugar de los pacientes, dificultando así la comunicación.

A esto se suma que hay diversas situaciones que pueden influir negativamente en la comunicación debido a la cercanía de las partes o sus intereses. Un ejemplo son las situaciones de violencia de género. Como explican Toledano y Del Pozo (2015: 10-13), la mayoría de los agentes que trabajan con víctimas de violencia de género coinciden en que la asistencia lingüística no solo ayuda a una atención mejor, sino que debería ser considerada como un derecho. No obstante, debido a la indisponibilidad de intérpretes en la plantilla, las víctimas no tienen otra opción excepto buscar amigos o familiares (incluyendo a sus hijos) para realizar esta labor. Incluso se llega a dar el caso de que sea el agresor quien acompañe a la víctima e interprete. Esto hace que no sea posible asegurarse de respetar los códigos deontológicos y crea una gran desconfianza por parte de las víctimas hacia las instituciones que existen para ayudarlas.

Existen numerosos estudios que tratan sobre los intérpretes en el ámbito sanitario y ponen a prueba a los intérpretes *ad hoc* en comparación con los intérpretes profesionales. Uno de ellos concluye con que los intérpretes profesionales producen un número significativamente más bajo de errores que los intérpretes *ad hoc* (Flores et al, 2012). Incluso se demuestra que los intérpretes profesionales mejoran la calidad de la asistencia clínica para los pacientes con barreras lingüísticas. Así, se resaltan los beneficios positivos, no solo en la comunicación, sino también en los resultados clínicos y la satisfacción en la atención (Karliner et al, 2007). Efectivamente, es necesario concienciar de la necesidad de los intérpretes profesionales cuando las partes no hablan el mismo idioma. Y, por lo tanto, se hace hincapié en que se disponga de un servicio de interpretación, aunque sea telefónica, en los centros de salud pública, al menos en las lenguas más demandadas, a la vez que en promover la enseñanza al personal sanitario

de competencias para trabajar con intérpretes (Sánchez-Reyes y Martín, 2004). Además, Valero (2005:109) expone el caso de un intérprete que acude a un hospital sin haber obtenido información sobre el caso o la patología del paciente al que iba a interpretar. Una vez allí, averigua que un familiar del paciente le acompaña y se apropia del rol de intérprete, lo que imposibilita que el intérprete realice sus funciones, permitiéndole solo intervenir para aclarar malentendidos. Esta consulta resulta extremadamente complicada ya que, debido a los problemas de comunicación, el resultado es que el paciente no acepta el diagnóstico del doctor. También se demuestra en un hospital psiquiátrico de Sudáfrica que los intérpretes *ad hoc* en ocasiones ni siquiera cuentan con el nivel necesario de las lenguas para poder transmitir adecuadamente el mensaje, al igual que carecen tanto de la terminología específica para desarrollar una buena interpretación como de las competencias suficientes para llevar a cabo esta tarea (Hagan et al, 2013).

Por todo esto, la opción del familiar como intérprete *ad hoc* es cuanto menos desaconsejable ya que produce numerosos problemas de comunicación que pueden resultar en diagnósticos erróneos y malentendidos en general, que pueden incomodar o preocupar a las partes.

4.2. Personal sanitario

En cuanto al personal sanitario como intérprete, existen diversos estudios que demuestran que no es aconsejable. Elderkin-Thompson, Cohen y Waitzkin (2001) examinaron las interpretaciones proporcionadas por enfermeras bilingües sin formación en una clínica de atención primaria multiétnica y universitaria en el sur de California y analizaron la precisión de las interpretaciones proporcionadas por enfermeras bilingües sin formación ni experiencia en interpretación médica. Así, el resultado fue que aproximadamente la mitad de las consultas tuvieron problemas graves con respecto a la comprensión de los síntomas o la credibilidad de las preocupaciones de los pacientes. Los errores en las interpretaciones causaron los siguientes problemas: los médicos no quisieron reevaluar el problema cuando se mencionó información contradictoria; las enfermeras proporcionaron información acorde con las expectativas clínicas, pero no con los comentarios de los pacientes; las enfermeras distorsionaron las interpretaciones, lo que se reflejó desfavorablemente en los pacientes y perjudicó su credibilidad; y los pacientes explicaron los síntomas utilizando una metáfora cultural que no era compatible con la práctica occidental. En cambio, en las interpretaciones en las que no ocurrieron malentendidos, las enfermeras interpretaron transmitiendo el máximo posible de información y permitieron a los médicos valorar la información más relevante. En estos casos,

los médicos también resumían en ocasiones su percepción del problema para comprobar si los pacientes estaban de acuerdo. La conclusión de esta investigación fue que en las interpretaciones proporcionadas por las enfermeras no formadas en interpretación suelen llevar a numerosos errores y graves malentendidos.

En contraste, el estudio de Sánchez-Reyes y Martín (2004), revela que los profesionales sanitarios ejerciendo la función de intérprete son una opción adecuada siempre y cuando tengan un amplio dominio de las lenguas, además de control y experiencia en lo que a las competencias de interpretación se refiere ya que, de esta forma, se evita la presencia de una tercera persona y la comunicación puede ser más fluida. Sin embargo, es crucial que estos sanitarios tengan un dominio de las cualidades y técnicas necesarias para realizar una interpretación de calidad, pero esto no ocurre porque, a pesar de ser bilingües, no están entrenados en estas destrezas y cometen errores. Bischoff y Hudelson (2010) señalan incluso que la mejor opción existente de intérpretes *ad hoc* es la de personal sanitario, puesto que el conocimiento de medicina y de procedimientos del centro sanitario facilita y favorece la comprensión a gran escala. De todos modos, sigue sin ser aconsejable a no ser que el personal reciba formación de intérprete.

Ciertamente, se ha demostrado que ciertos intérpretes *ad hoc* podrían llegar a ser una buena alternativa siempre y cuando recibieran una formación (Larrison et al, 2010) a pesar de los límites de recursos existentes. Además, se hace hincapié en el estudio de los códigos deontológicos para tenerles en cuenta como alternativas viables. Por lo tanto, esta es la mejor alternativa a los intérpretes profesionales debido a los amplios conocimientos del campo de la medicina y del funcionamiento del centro de trabajo. No obstante, a pesar de ser una opción socorrida, sigue sin garantizar una comunicación clara ni el cumplimiento de los códigos.

4.3. Traductores automáticos

En cuanto a la alternativa de los traductores automáticos, con los diversos avances tecnológicos de nuestra era, se están consiguiendo mejoras. Pero ¿en algún momento podrán llegar a sustituir al trabajo humano? Según Torrens (1994):

Translation theorists tell us, in different ways and with different words, implicitly or explicitly, that the process of translation implies grasping the meaning of a text and then conveying the same meaning in a different language. And yet computers cannot grasp

the meaning of anything, so they actually *translate* without understanding, i.e. they do not translate but do something else instead (p. 387).

Es decir, las máquinas pueden ser de gran ayuda, pero de momento, no son capaces de comprender y transmitir de la forma en la que un humano lo hace.

Así, como afirma Bermúdez (2020:2), «la traducción automática presenta algunas limitaciones, principalmente en cuatro ámbitos: inteligibilidad, fidelidad, precisión y estilo, lo que afecta a la calidad de la traducción». Por lo tanto, a pesar de que se pueda llegar a transmitir el mensaje, se corre un grave riesgo de que surjan malentendidos y que esto acarree un mal diagnóstico. Este servicio de traducción cuenta con diversas ventajas, como exponen Navaza, Estévez y Serrano (2009). Entre ellas, que se encuentra disponible en numerosas lenguas todo el tiempo y que carece de coste. No obstante, también propicia numerosos inconvenientes, puesto que se trata de un recurso limitado y no puede cubrir todas las necesidades que se presentan. Se ha demostrado que los traductores automáticos todavía no están capacitados para llevar a cabo una interpretación de calidad y aún menos para sustituir a los intérpretes. La calidad que ofrecen es baja y los facultativos deben evitarla siempre que sea posible, ya que puede afectar enormemente a la calidad de la comunicación (Lee et al, 2023).

Las traducciones llevadas a cabo por máquinas siguen siendo imperfectas y pueden llevar a grandes malentendidos. Por ello, si son empleadas por facultativos, estos deben estar siempre alerta de que este riesgo puede ocurrir y preguntar constantemente al paciente si les ha comprendido. Además, para obtener una mejor comunicación, el facultativo puede parafrasear la información y así asegurarse de que el paciente la comprende. No obstante, mediante esta práctica se pierde la comunicación no verbal, que también es una parte realmente importante de la comunicación. A esto se suma que existe un gran riesgo de falta de comprensión por parte de los pacientes analfabetos o con límites en la educación. Incluso se puede llegar a ocasionar problemas de confidencialidad en caso de que se usen datos identificativos del paciente (Randhawa et al, 2013).

Existen casos en los que los intérpretes deben trabajar con lenguas que desconocen a través del traductor automático debido a carencias en los presupuestos. No obstante, se corre el riesgo de que ocurran problemas con la señal y en ocasiones no funciona en el lugar de la interpretación por lo que la única opción existente es el empleo de gestos (Jiménez Ivars, 2023, comunicación personal). Es más, como pude observar en mi estancia de prácticas, en diversos casos los

pacientes trataban de ayudar cuando veían que la situación era complicada y empleaban los traductores automáticos para comunicarse. Esto provocaba un largo retraso en la duración de la consulta e impacientaba a los facultativos. Incluso en numerosas ocasiones les confundía puesto que las traducciones proporcionadas no eran precisas. Así, se puede afirmar que los traductores automáticos son herramientas prometedoras para el futuro de la traducción y la interpretación en el ámbito sanitario, pero está confirmado que todavía no están preparados para ser empleados de manera profesional, solo experimental (Khoong y Rodriguez, 2022).

4.4. Riesgos de estas alternativas

Una vez definidas las alternativas a los intérpretes profesionales, a continuación, se expondrán los riesgos del uso de estas de acuerdo con el servicio de intérpretes que ofrece el gobierno de Queensland, Australia para los servicios sanitarios públicos (Queensland Health Interpreter Service, 2007). Dichos riesgos incluyen la inexactitud, ya que no se puede asegurar que el intérprete *ad hoc* sea competente en los dos idiomas de trabajo; la distorsión de los datos a causa de la relación personal del paciente con el intérprete (en caso de que sean familia); una comunicación no adecuada en vista del desconocimiento de las técnicas de traducción e interpretación; el hecho de que tanto el paciente como el facultativo no estén seguros de si se está transmitiendo toda la información y, por lo tanto, no puedan asegurarse de estar recibiendo u ofreciendo una atención sanitaria óptima; el incumplimiento de los estándares de confidencialidad. El conjunto de estos riesgos puede conllevar a poner en peligro la salud del paciente y la integridad del facultativo, quien puede tomar malas decisiones por haber recibido una información errónea o que carece de claridad.

Sin embargo, el principal problema que provoca que todo lo mencionado ocurra, es la falta de conciencia sobre los riesgos por parte tanto de los pacientes como de los facultativos, al igual que de los centros sanitarios, que además desconocen el verdadero rol del intérprete, lo que acaba resultando en el incumplimiento del derecho del paciente a una asistencia sanitaria en condiciones, ya que no se puede garantizar que vaya a recibir toda la información necesaria para comprender los procedimientos a los que debe someterse o incluso comprender su diagnóstico.

En el estudio de Navaza, Estévez y Serrano (2009) se exponen desventajas de la interpretación presencial realizada por intérpretes profesionales como la cantidad de lenguas que puede abarcar un solo intérprete, es decir, que no se puede contar con una plantilla que hable todos

los idiomas existentes, por lo que habitualmente, se contrata a intérpretes con las lenguas que suelen frecuentar los pacientes de cada hospital. Además del coste, ya que aumenta considerablemente en comparación con la interpretación telefónica. A pesar de ello, esta es la modalidad más efectiva, puesto que asegura la comprensión de la información al completo por ambas partes. Y, con respecto al argumento de los costes, Sánchez-Reyes y Martín (2004) afirman que:

[...] no debería entorpecer el establecimiento de un servicio que contribuye de manera tan manifiesta a proporcionar asistencia sanitaria de calidad; el objetivo de una gestión eficaz en un servicio público de salud no es el ahorro a toda costa, sino una distribución de los recursos orientada a responder a razones de eficiencia social, lo que justifica ampliamente la dotación de intérpretes (p. 6).

Así, se puede concluir en que todas estas alternativas pueden sacar de un apuro tanto al paciente como al médico, pero no son recomendables debido a la alta probabilidad de error que puede darse, además de los malentendidos que ocurren debido al desconocimiento de los códigos deontológicos. La reducción de intérpretes *ad hoc* en sustitución de intérpretes profesionales es un reto, pero es posible mediante unas políticas institucionales sólidas y una sensibilización adecuada sobre el tema. El conjunto de estos factores puede lograr el comienzo de un cambio (Paradise et al, 2019). No obstante, no basta con lo mencionado, sino que es crucial para las personas que actúan como intérpretes conocer los códigos y saber cómo aplicarlos en el momento de realizar su trabajo. Estos códigos son un pilar fundamental para la labor de los intérpretes, y se explicarán en el siguiente epígrafe.

5. Códigos deontológicos

Debido a la evolución de la interpretación en el ámbito sanitario, con el tiempo se ha incrementado la importancia de los principios éticos comunes entre los profesionales. Por este motivo, con los años se han redactado nuevos códigos deontológicos, como el que la Asociación Internacional de Intérpretes Médicos (IMIA) publicó en 1987, y renovó en 2006 el primer código para intérpretes en el ámbito sanitario (véase el anexo 2). El Consejo Nacional de Interpretación Sanitaria (NCIHC) de Estados Unidos, también redactó en 2004 un código para definir la puesta en práctica de la profesión de una manera competente (véase el anexo 3). En cambio, en España no encontramos códigos específicos de la interpretación sanitaria. Por ello, nos basaremos en los estándares estadounidenses para explicar los códigos en la interpretación sanitaria ya que observamos que todos ellos tienen la mayoría de los puntos en común.

Las siguientes tablas exponen los códigos tanto de la IMIA como del NCIHC. En la primera se pueden encontrar aquellos principios que contienen en común, y en la siguiente se pueden observar aquellos que son diferentes.

Tabla 1. Principios en común de IMIA y NCIHC

Principios en común de IMIA y NCIHC
Confidencialidad, es decir, que el intérprete no revelará ningún tipo de información sobre sus encargos y todos los datos nombrados durante la interpretación se mantendrán confidenciales.
Imparcialidad, por la cual el intérprete no añadirá sus opiniones ni aconsejará a los pacientes.
Clarificación de diferencias culturales, es decir, el intérprete explicará las diferencias culturales solo cuando sea apropiado y necesario para la comunicación.
Evitar los conflictos de interés, por lo que se rechazará cualquier encargo en caso de que haya conflictos de interés que puedan afectar a la imparcialidad del intérprete.
Delimitación de funciones: el intérprete deberá abstenerse de realizar funciones que no correspondan a las de intérprete para mostrar a las partes los límites de su profesión.
Fidelidad: el intérprete deberá realizar la interpretación de manera precisa, completa y clara, siendo fiel a la información original.
Transmisión de la información al completo, por lo tanto, el intérprete deberá interpretar todo lo que se mencione en la consulta.
Profesionalidad, por la cual el intérprete no se aprovechará de su posición para obtener favores de las partes.

Tabla 2. Principios diferenciados entre IMIA y NCIHC

Principios correspondientes a IMIA	Principios correspondientes a NCIHC
<p>Realismo: el intérprete rechazará un encargo en caso de que se encuentre fuera de sus posibilidades, ya sea por el nivel de la lengua o su preparación.</p> <p>Formación: el intérprete se mantendrá actualizado en cuanto a la terminología específica del campo y las novedades en sus lenguas de trabajo.</p> <p>Contacto con profesionales: el intérprete se esforzará por mantener relaciones profesionales para mantenerse actualizado en las novedades de los protocolos.</p>	<p>Respeto: el intérprete tratará a ambas partes de manera respetuosa</p> <p>Defensa: cuando la salud, el bienestar o la dignidad del paciente se vean en riesgo, el intérprete podrá actuar como defensor del paciente. Esto se puede justificar cuando la situación va más allá de la comunicación y aparece la intención de propiciar unos buenos resultados en el ámbito de la salud. Esto solo se puede poner en práctica si se cuenta con una rápida capacidad de discernimiento y toma de decisión y si otras acciones menos intrusivas no han dado resultado.</p>

Una vez expuestos los códigos deontológicos, consideramos algunos de ellos especialmente relevantes para el presente trabajo. En concreto, la delimitación de las funciones del intérprete, ya que en diversas ocasiones se espera que realice labores que no le corresponden, como calmar a los pacientes, ayudarles con asuntos administrativos o comunicarse con sus seguros. Esto ocurría constantemente en el hospital privado en el que realicé las prácticas, puesto que se confundía el rol del intérprete con el de atención al paciente. También se esperaba de los intérpretes que calmaran a los pacientes cuando estos se alteraban, lo que tampoco es propio de dichas funciones y va más allá de transmitir información.

En relación con el párrafo anterior, también se crea una gran confusión cuando el intérprete aporta información propia, sin aclarar a ambas partes lo que está haciendo. Así, surgen conversaciones paralelas en las que una parte se siente excluida y cree que están hablando de ella. Es importante evitar este tipo de situaciones ya que pueden generar una gran desconfianza por las partes.

En cuanto al aspecto de la clarificación de diferencias culturales, se considera realmente importante puesto que se puede generar una gran cantidad de malentendidos y, por ende, diagnósticos erróneos, además de faltas de respeto involuntarias. Por ello, es importante que el intérprete conozca ambas culturas con las que trabaja, y sea capaz de prever y evitar este tipo de situaciones, haciendo apuntes y aclaraciones sin interrumpir a las partes.

Así, los códigos son un elemento crucial para las situaciones complejas que se les presentan a los intérpretes. Aunque estos complementan la formación en traducción e interpretación, no la sustituyen. Para poner a prueba las diferencias entre los conocimientos de los códigos de los intérpretes con y sin formación, el siguiente epígrafe presenta un estudio empírico que relaciona la puesta en práctica de la interpretación sanitaria, con la aplicación de los códigos.

6. Estudio empírico

A raíz de los conceptos expuestos más relevantes en relación con la situación de la interpretación sanitaria en España y la Comunidad Valenciana, se mostrará el estudio empírico observacional de carácter cuantitativo llevado a cabo en el centro privado donde realicé las prácticas. Dicho estudio presentaba como objetivo conocer las técnicas y los recursos empleados por las intérpretes profesionales, y comparar aquellas que cuentan con una formación previa, con quienes solo cuentan con años de experiencia, que son la mayoría. Así, se observaron los códigos deontológicos en la interpretación en el ámbito sanitario, al igual que las técnicas de interpretación empleadas también en este ámbito. Con esta información, se planteó el estudio y se elaboró un cuestionario para las intérpretes, quienes cuentan con años de experiencia en el sector, para constatar si en la práctica se emplea todo lo estudiado previamente.

6.1. Método y procedimiento

El primer paso del estudio fue la elaboración de un cuestionario para las intérpretes, para lo cual se requirió la ayuda de la tutora de este trabajo. Este contenía diez preguntas sobre la aplicación de las técnicas de interpretación y los códigos deontológicos. Las respuestas eran numéricas, pudiendo elegir entre 1 (nada/nunca) y 5 (todo/siempre). Y, una vez fue aprobado por el centro, se entregó a las intérpretes del centro. Previamente, se les explicó en qué consistía el estudio y se les pidió tanto sinceridad a la hora de contestar, como una profunda reflexión sobre la realización de su trabajo. Así, cada una de ellas contestó individualmente y, tras una semana, se recibieron todas las respuestas de las participantes.

6.1.1. Muestra

Las encuestas fueron completadas por todas las intérpretes contratadas en el centro privado en el que realicé las prácticas curriculares. Este equipo consta de seis mujeres de entre 33 y 60 años, procedentes de países extranjeros y con un amplio dominio de las lenguas de trabajo.

Tabla 3. Perfil sociológico y laboral de las intérpretes

	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6
Lengua materna	Flamenco	Neerlandés	Alemán	Neerlandés	Ruso	Noruego
Edad	49 años	55 años	33 años	60 años	35 años	58 años
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Estudios	Educación secundaria	Educación secundaria	Grado en Traducción e interpretación	Educación secundaria	Grado en Magisterio	Educación secundaria
Experiencia en esta modalidad de interpretación	2 años	11 años	3 años	13 años	1 año	4 años
Combinación de lenguas	Flamenco, neerlandés, español, inglés, alemán y francés	Neerlandés y español	Alemán, inglés y español	Neerlandés, español, alemán e inglés	Ruso y español	Noruego, inglés y español

6.1.2. Herramientas

El cuestionario dirigido a las intérpretes contenía las siguientes preguntas, que debían ser respondidas seleccionando un valor entre el 1 (nada/nunca) y el 5 (todo/siempre):

Tabla 4. Preguntas del cuestionario

<ol style="list-style-type: none"> 1- Cuando interpreto empleo la primera persona del singular. 2- Completo información relevante que el médico ha pasado por alto. 3- Completo información relevante que el paciente ha pasado por alto. 4- Converso con una de las partes sin que sea necesario interpretar. 5- Comunico el lenguaje no verbal. 6- Clarifico las diferencias culturales cuando lo creo necesario. 7- Tomo notas cuando interpreto. 8- Explico los procedimientos médicos mencionados a petición explícita o implícita del personal sanitario. 9- Se espera de mí que calme a los pacientes. 10- Gestiono cuestiones administrativas (problemas con el seguro, repatriaciones...) a petición implícita o explícita de los pacientes.

6.2. Análisis de los resultados

Los resultados de los cuestionarios se muestran en gráficos. Cada uno de ellos corresponde a las diez preguntas realizadas en los cuestionarios. En ellos, podemos ver las respuestas de las intérpretes.

Tabla 5. Resultado de la primera pregunta del cuestionario

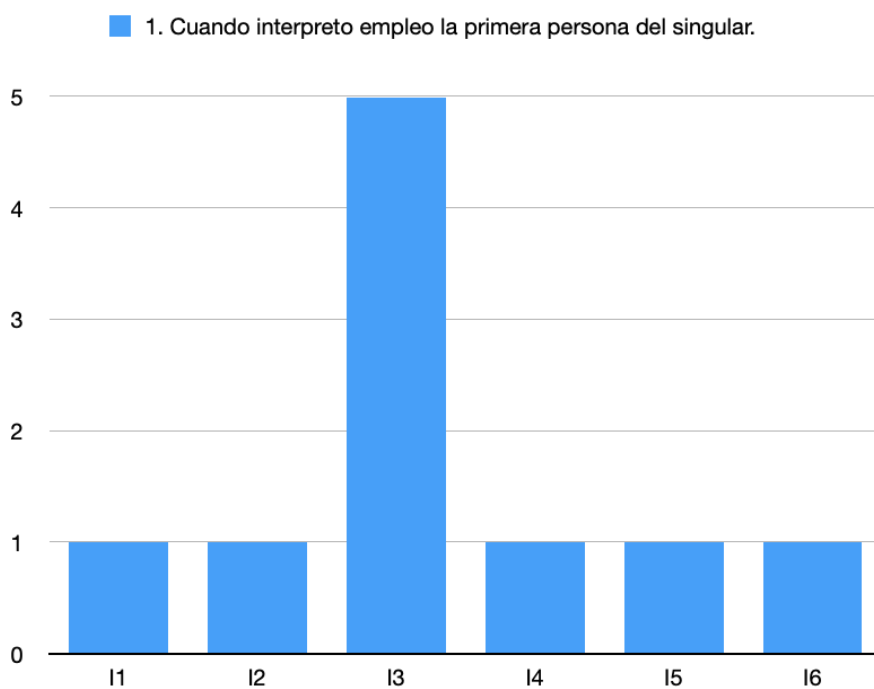


Tabla 6. Resultado de la segunda pregunta del cuestionario

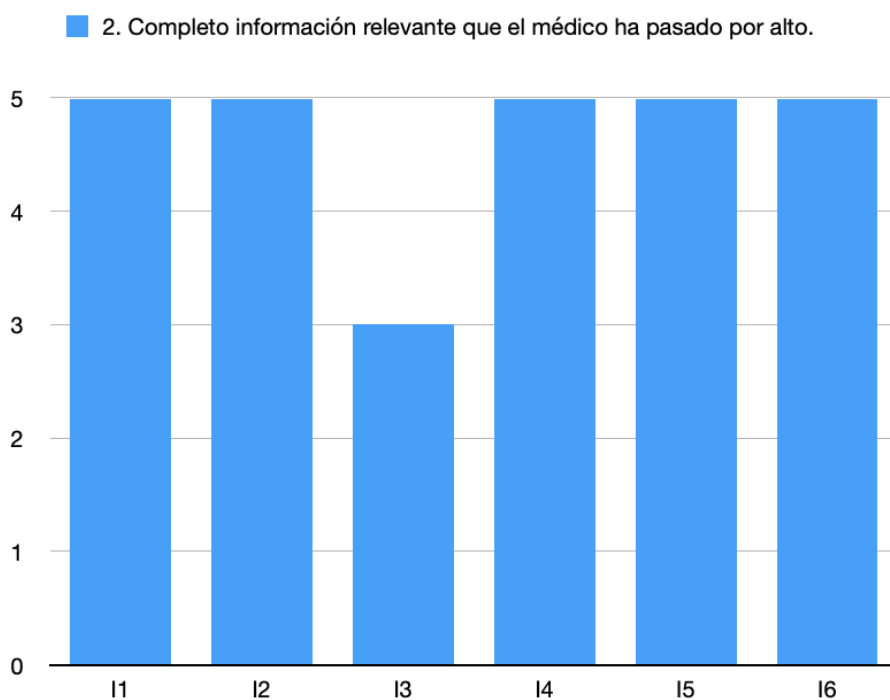


Tabla 7. Resultado de la tercera pregunta del cuestionario

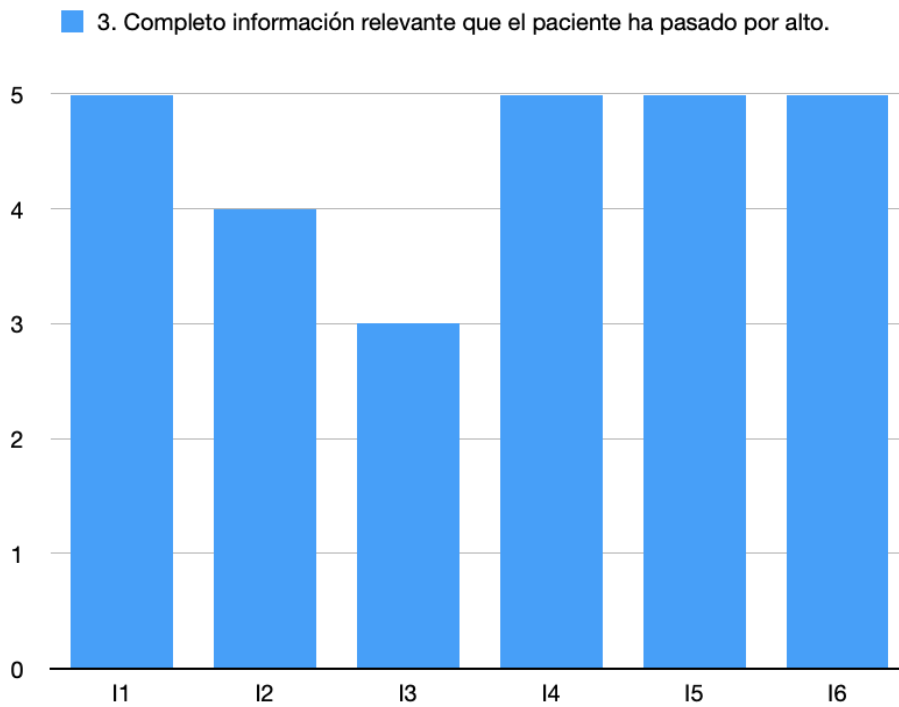


Tabla 8. Resultado de la cuarta pregunta del cuestionario

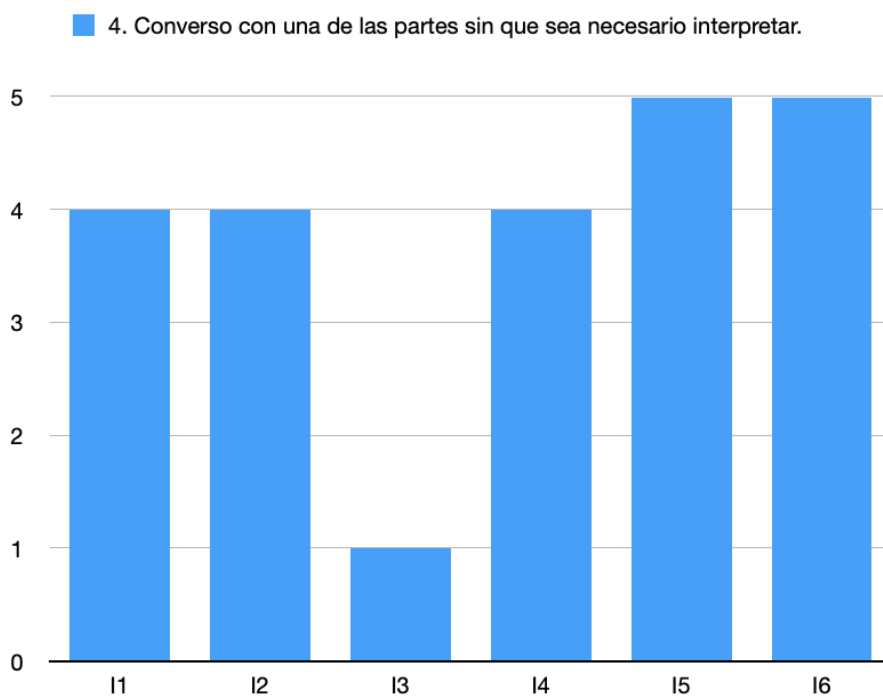


Tabla 9. Resultado de la quinta pregunta del cuestionario

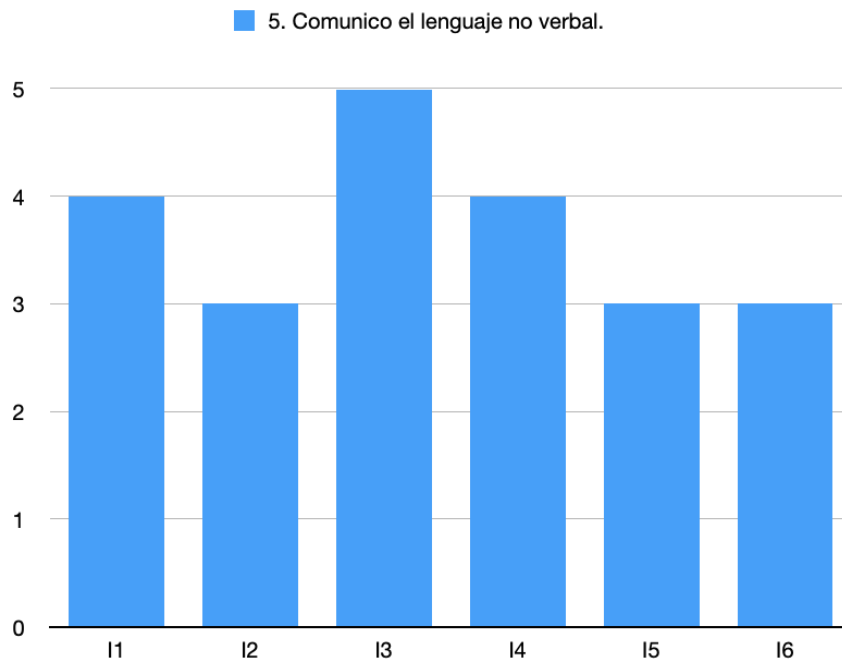


Tabla 10. Resultado de la sexta pregunta del cuestionario

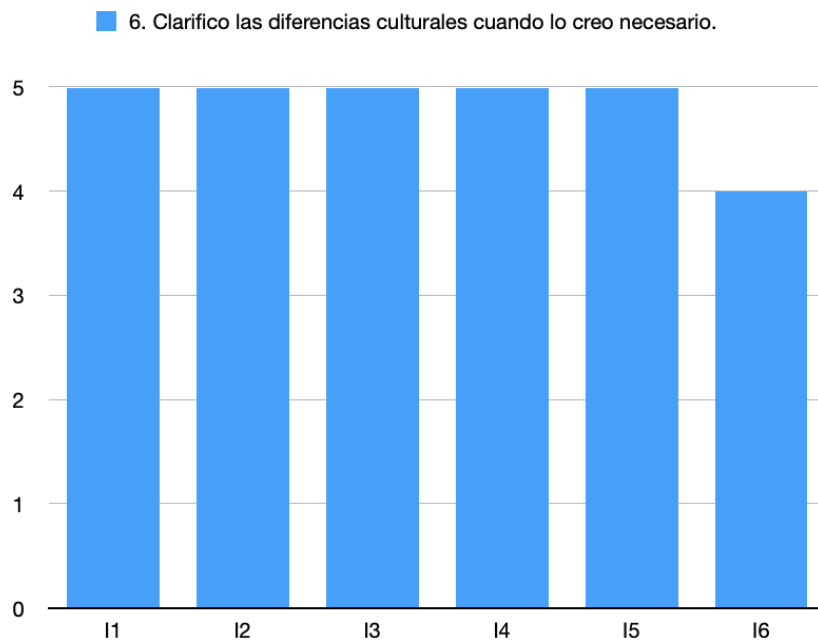


Tabla 11. Resultado de la séptima pregunta del cuestionario

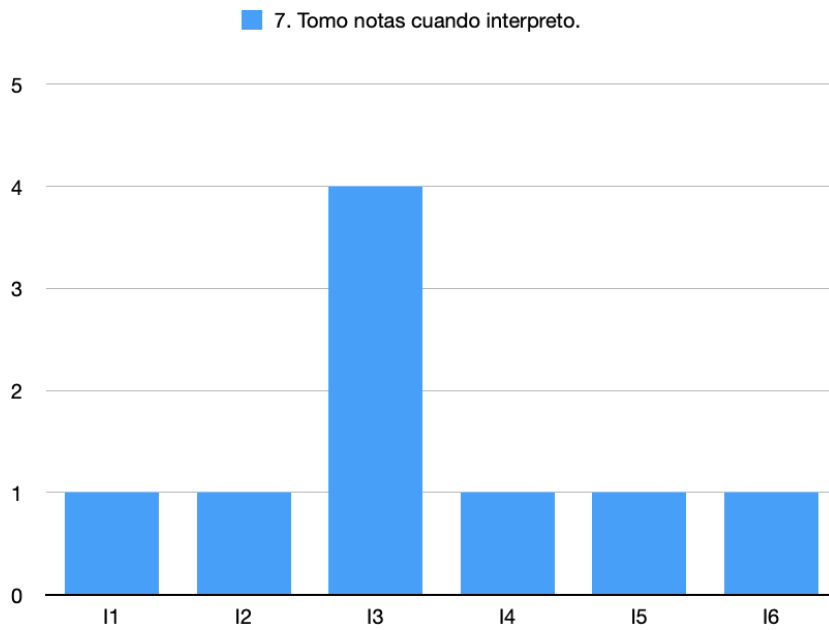


Tabla 12. Resultado de la octava pregunta del cuestionario

■ 8. Explico los procedimientos médicos mencionados a petición explícita o implícita del personal sanitario.

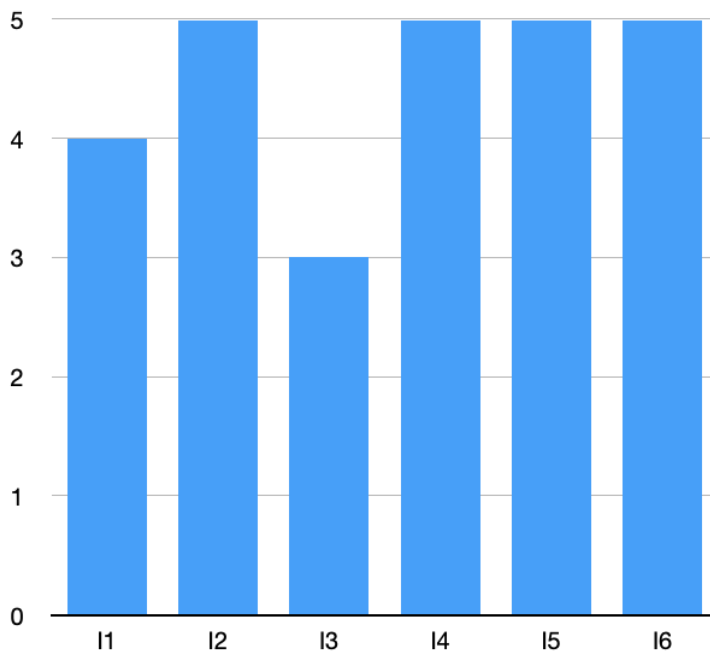


Tabla 13. Resultado de la novena pregunta del cuestionario

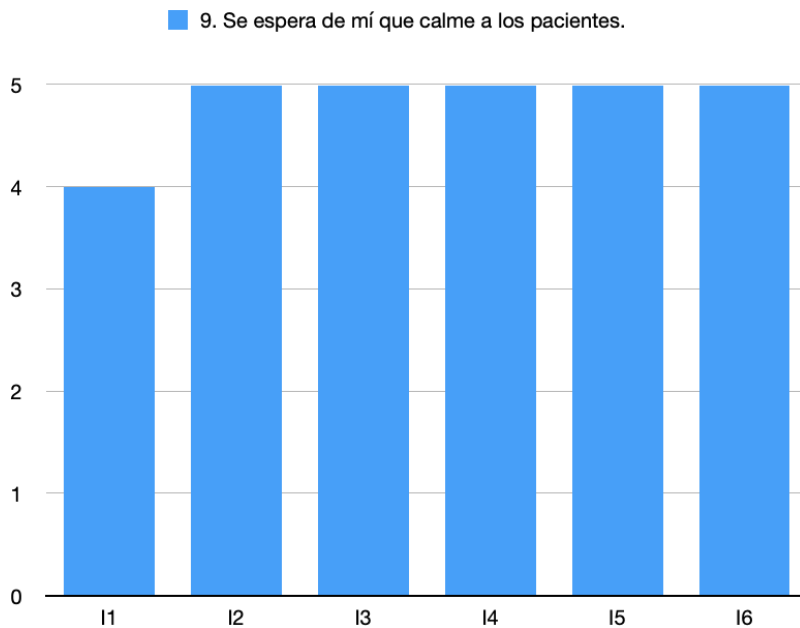
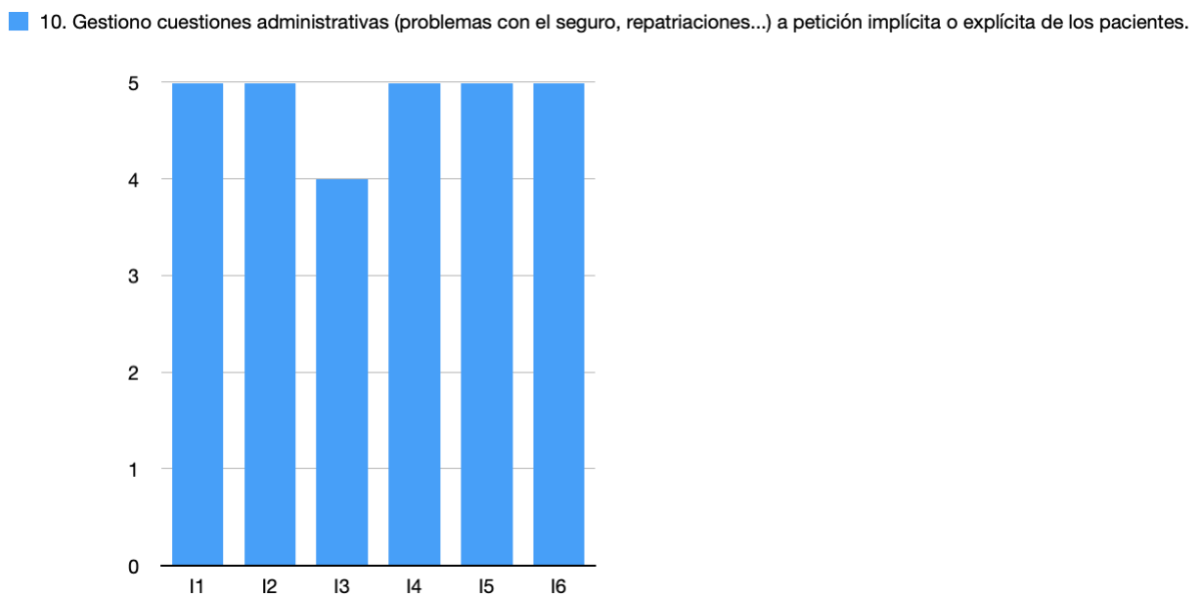


Tabla 14. Resultado de la décima pregunta del cuestionario



Como se puede observar, la mayoría de las participantes han aportado respuestas similares. Entre las participantes, solo se encuentra una persona, la intérprete 3, que ha recibido formación en el área de la traducción y la interpretación, mientras que el resto de ellas cuentan con más de un año de experiencia. Así, la intérprete número 3 destaca debido a la diferencia entre sus respuestas y las de sus compañeras.

6.3. Discusión y conclusiones

El cuestionario cuenta con preguntas sobre conocimientos básicos de las intérpretes y competencias habituales que se suelen requerir en este tipo de trabajos. Como se puede apreciar, la intérprete 3 es la única que cuenta con estudios de traducción e interpretación. Podemos ver que las respuestas con una mayor diferencia son aquellas que tienen contenido relacionado con las técnicas de interpretación y con los códigos deontológicos. Esto no es una casualidad, sino que los estudios específicos en esta materia son clave para estos aspectos.

Por consiguiente, podemos ver que una de las competencias básicas que se enseñan en los grados de traducción e interpretación, como es el empleo de la primera persona del singular (tabla 5), solo se lleva a cabo por la intérprete 3, mientras que las demás siempre interpretan en tercera persona. De hecho, se ha observado que los intérpretes formados siempre emplean la primera persona del singular, mientras que los intérpretes no formados tienden a utilizar tanto la primera como la tercera indistintamente (Hsieh, 2003: 302). Respecto a completar información relevante que el médico o el paciente han pasado por alto (tablas 6 y 7), también se observa una diferencia entre las participantes sin formación, quienes completan la información siempre y la intérprete 3, quien lo hace de vez en cuando. No obstante, completar información está permitido según los códigos (artículo 7 de IMIA), siempre y cuando sea estrictamente necesario y las intérpretes hagan saber a ambas partes que desean añadir información propia.

Otro aspecto interesante a comentar con respecto al cuestionario es la conversación con una de las partes sin necesidad de interpretar (tabla 8). En este caso, ocurre de nuevo que únicamente la participante número 3 evita poner en práctica esta situación, mientras que el resto de ellas no encuentra problema en hacerlo. Esto es algo sobre lo que reflexionar, puesto que, a pesar de que sea posible que todas las partes involucradas estén conformes o no se vean afectadas, no es nada recomendable según los estudios de traducción e interpretación. El motivo principal es que el intérprete está obligado por los códigos deontológicos a interpretar todo aquello que sea mencionado en la consulta (artículo 2 del código deontológico de NCIHC). Es más, es posible que una de las partes se sienta ofendida o cohibida a seguir con la consulta y, por ende, que afecte negativamente al diagnóstico del facultativo, la predisposición o la salud del paciente.

Por una parte, la transmisión del lenguaje no verbal es un aspecto realmente importante en cualquier tipo de comunicación. Así, podemos observar en el cuestionario (tabla 9) que todas

las intérpretes tienen en cuenta que deben transmitir más allá del mensaje hablado, incluyendo los gestos, el tono y el lenguaje corporal, que son elementos clave para comprender el mensaje (Mikkelson, 1999). Por otra parte, la clarificación de diferencias culturales (tabla 10), según los códigos de IMIA (artículo 7) y NCIHC (artículo 5), es importante que se ponga en práctica solo en momentos clave para evitar malentendidos y faltas de respeto. Las participantes en el cuestionario, lo ponían en práctica, como dice la pregunta, solo cuando era pertinente. Igualmente, en mi experiencia durante las prácticas, hubo diversos momentos en los que, de no haberse explicado la diferencia cultural, habría sido probable que el facultativo no hubiera dispuesto de los datos suficientes para llevar a cabo un diagnóstico adecuado. También se daban casos en los que el facultativo se extrañaba de ciertos comentarios, y era entonces cuando la intérprete clarificaba que se trataba de asuntos culturales. De esta forma, se evitaban los conflictos.

En lo que respecta a la técnica de toma de notas, podemos observar que solo la pone en práctica la intérprete número 3 (tabla 11). Esto no quiere decir que las demás no conozcan esta técnica, sino que prefieren no utilizarla. Si bien me comentaban que era asunto de preferencias, la participante que señaló que tomaba notas en todas sus interpretaciones afirmaba que para ella eran una herramienta de apoyo, que le ayudaba a no olvidar ningún aspecto relevante para la comunicación y que aconsejaba sin duda este método. Como se ha expuesto anteriormente, la toma de notas es una técnica que emplean las intérpretes, sobre todo en la modalidad consecutiva, para evitar olvidar fragmentos relevantes para la interpretación y evitar pedir a las partes que repitan lo ya mencionado, lo que observé más de una vez en el centro privado en el que realicé las prácticas, puesto que la mayoría de las intérpretes no tomaban notas.

La pregunta del cuestionario relativa a la explicación de los procedimientos médicos a petición implícita o explícita del personal sanitario (tabla 12), que podemos relacionar con el artículo 5 del código deontológico de IMIA y 3 y 4 del de NCIHC, ocasionó dudas por parte de las participantes, y todas ellas me comentaron que estaban de acuerdo en que no se veían capacitadas para llevar a cabo estas explicaciones debido a que ninguna de ellas tenía los suficientes conocimientos médicos. Así, me explicaron que consideraban que el facultativo era quien debería realizarlas, y que ellas interpretarían a partir de esta información. En cuanto a las funciones de las intérpretes en este centro en concreto, se espera de ellas algunas labores que no suelen coincidir con las del intérprete generalmente. Por ejemplo, el hecho de calmar a los pacientes (tabla 13) o gestionar cuestiones administrativas (tabla 14) no forma parte de la

interpretación, pero es comprensible que los pacientes busquen asistencia en personas que compartan su lengua. Es por esto por lo que quizá en un centro sanitario sea complicado mantener el papel de intérprete sin salir en ningún momento del rol. Por ello, si un paciente necesita ayuda, se sobreentiende que el intérprete está allí para ayudarle, independientemente de que esta función no forme parte de las normas establecidas. No obstante, en el mismo centro en el que ocurría esto, disponen de personal administrativo con un amplio dominio de idiomas, que podría realizar esta labor más relacionada con sus funciones, pero a pesar de esto, los pacientes desarrollan una mayor confianza con las intérpretes y les piden ayuda a ellas. Quizá esté en sus manos remitir a los pacientes a sus compañeros administrativos, para delimitar sus propias funciones pero, generalmente allí, siempre que no estuvieran demasiado ocupadas y debido a que su trabajo era cara al público, se ocupaban de satisfacer las necesidades de los pacientes.

Por lo tanto, podemos observar que hay una gran diferencia entre la manera de trabajar de las intérpretes sin formación y la intérprete que sí que cuenta con ella. Pero ¿hay alguna diferencia entre las intérpretes sin formación? Por lo general, todas proporcionaron las mismas respuestas al cuestionario, la única que podríamos decir que destaca por responder ligeramente distinto es la intérprete 1 quien, casualmente, es la que más lenguas domina. A pesar de ello, no se encuentra una diferencia notable entre ella y las demás, al igual que no podemos asociar diferencias por la edad de las intérpretes ni sus años de experiencia.

7. Conclusiones

La interpretación en el ámbito sanitario es necesaria en el momento en el que una persona alófono no es capaz de comunicarse con el facultativo. Por ello, se ponen en práctica en los centros sanitarios distintas modalidades de interpretación, llevadas a cabo por intérpretes *ad hoc*.

Tras reflexionar sobre lo establecido en el presente trabajo, se puede afirmar, por una parte, que la situación de la interpretación sanitaria debe mejorar y ser regulada en nuestro país. De este modo, se podría evitar una gran cantidad de malentendidos y habría un peligro de diagnóstico erróneo por parte del facultativo mucho menor. Asimismo, hemos podido concluir en que los intérpretes *ad hoc* no son una opción recomendable debido al gran número de problemas que pueden ocasionar, puesto que desconocen los códigos deontológicos y el procedimiento estándar de las interpretaciones. Por otra parte, teniendo en cuenta lo descubierto en el estudio empírico, se llega a la conclusión de que los estudios de traducción e interpretación cumplen una función ampliamente relevante en la profesión de interpretación, y son más que aconsejables. Mediante la contratación de personal formado en traducción e interpretación, como hemos visto en el estudio empírico, se podría llegar a reducir el tiempo de consulta, en comparación con los intérpretes sin formación, puesto que el empleo de técnicas como la toma de notas, evita las preguntas por parte del intérprete y esto hace que el tiempo de consulta se aproveche en mayor medida. Aunque hoy en día no sean un requisito fundamental y numerosos centros funcionen con intérpretes sin formación, no se puede dudar de que la formación en la materia, junto con el conocimiento de los códigos no solo puede reducir considerablemente el número de errores y malentendidos que pueden surgir en una interpretación, sino que aporta una mayor calidad.

No obstante, este es un tema en el que se podría profundizar notablemente, pero debido a las limitaciones del presente trabajo, se ha resumido la información más relevante. Así, propondría como futura investigación averiguar si los comportamientos de las intérpretes sin formación, alejados de las normas profesionales, afectarían de algún modo a la calidad de sus interpretaciones.

8. Bibliografía

Abril Martí, María Isabel (2006). *La interpretación en los servicios públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. [Tesis de Maestría, Universidad de Granada]. Recuperado de: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1075/16235320.pdf?sequence=1>

Abril Martí, María Isabel y Marin, Anne (2011). *La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051279>

Angelelli, Claudia Viviana (2003). *The visible co-participant: The interpreter's role in doctor-patient encounters*. Gallaudet University Press.

Angelelli, Claudia Viviana (2014). *Interpreting in the healthcare setting: access in cross-linguistic communication*. Routledge.

Angelelli, Claudia Viviana y Baer, Brian James (Eds.). (2015). *Researching Translation and Interpreting*. Routledge.

Beltran Avery, Maria-Paz (2001). *The Role of the Health Care Interpreter: An Evolving Dialogue*. Recuperado de: [https://memberfiles.freewebs.com/17/56/66565617/documents/The%20role of health care i nterpreter.pdf](https://memberfiles.freewebs.com/17/56/66565617/documents/The%20role%20of%20health%20care%20interpreter.pdf)

Bermúdez Endrino, Cristina María (2020). *La interpretación en la atención sanitaria a pacientes con discapacidad auditiva*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Granada]. Recuperado de: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/62583/TFG-Cristina%20Mar%C3%ADa%20Bermúdez%20Endrino.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Bischoff, Alexander y Hudelson, Patricia (2010). *Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go?*. *International journal of environmental research and public health*, 7(7), 2838-2844. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922730/>

Brisset, Camille, Leanza, Yvan 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. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23246426/>

California Healthcare Interpreters Association (2002). *California Standards for Healthcare Interpreters Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention*. Recuperado de:

https://chia.wildapricot.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/standards_chia.pdf

Elderkin-Thompson, Virginia, Cohen Silver, Roxane y Waitzkin, Howard (2001). *When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting*. Recuperado de:

https://www.academia.edu/47506000/When_nurses_double_as_interpreters_a_study_of_Spanish_speaking_patients_in_a_US_primary_care_setting

Flores, Glenn, Abreu, Milagros, Barone, Cara Pizzo, Bachur, Richard, y Lin, Hua (2012). *Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters*. *Annals of emergency*. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22424655/>

Foulquié-Rubio, Ana Isabel (2018). *Aproximación a la interpretación en los servicios públicos en la Región de Murcia*. Editorial Comares, Granada.

Gavlovyh, Nina. (2017). *La calidad de los servicios de traducción e interpretación médico-sanitaria en el contexto del turismo de salud en el área de la Comunidad Valenciana* [Trabajo de fin de máster, Universitat Jaume I]. Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/168019/TFM_2017_Gavlovyh_Nina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hagan, Suzanne, Swartz, Leslie, Kilian, Sanja, Chiliza, Bonginkosi, Bisogno, Paolo y Joska, John A. (2013). *The accuracy of interpreting key psychiatric terms by ad hoc interpreters at a South African psychiatric hospital*. *African Journal of Psychiatry*, 16(6). Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24173631/>

Hsieh, Elaine (2003). *The importance of liaison interpreting in the theoretical development of translation studies*. Recuperado de:

https://www.academia.edu/338299/Hsieh_E_2003_The_importance_of_liaison_interpreting_in_the_theoretical_development_of_translation_studies 翻譯學研究集刊 Fan I Hsueh Yen Chiu Chi Kan Studies of Translation and Interpretation 8 283 322

Hurtado Albir, Amparo (1999). *Enseñar a traducir: Metodología en la formación de traductores e intérpretes*. Madrid: Edelsa.

International Medical Interpreters Association (2017). *IMIA Code of Ethics*. Recuperado de: <https://www.imiaweb.org/code/default.asp>

International Organization for Standardization (2020). *ISO 21998:2020(en) Interpreting services — Healthcare interpreting — Requirements and recommendations*. Recuperado de: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:21998:ed-1:v1:en>

Juckett, Gregory, y Unger, Kendra (2014). *Appropriate use of medical interpreters*. American family physician, 90(7), 476-480. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25369625/>

Karliner, Leah S., Jacobs Elizabeth A., Chen, Alice Hm., Mutha, Sunita (2007). *Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature*. Health services research, 42(2), 727–754. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>

Khoong, Elaine C. y Rodriguez, Jorge A. (2022). *A Research Agenda for Using Machine Translation in Clinical Medicine*. Journal of general internal medicine, 37(5), 1275–1277. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07164-y>

Larrison, Christopher R., Velez-Ortiz, Daniel, Hernandez, Pedro M., Piedra, Lisette M. y Goldberg, Andrea (2010). *Brokering language and culture: can ad hoc interpreters fill the language service gap at community health centers?*. Social Work in Public Health, 25(3-4), 387-407. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20446183/>

Lee, Won, Khoong, Elaine C., Zeng, Billy, Rios-Fetchko, Francine, Ying, Ying, Liu, Kristen y Fernandez, Alicia (2023). *Evaluation of Commercially Available Machine Interpretation Applications for Simple Clinical Communication*. Journal of General Internal Medicine. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08079-6>

Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado*, 307, de 23 de diciembre de 2000. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-23660>

Lorenzo Damián, Aurora (2017). *La figura del intérprete en los centros de salud de la Comunidad Valenciana: situación actual y comparativa con el modelo de interpretación sanitaria en Australia*. [Trabajo de investigación, Universidad de Alcalá]. Recuperado de: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/34125/TFM_Lorenzo_Damian_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mason, Ian (2009). *Projected and perceived identities in dialogue interpreting* [versión electrónica]. Routledge. Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=rpS3AwwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA52&dq=Projected+and+perceived+identities+in+dialogue+interpreting+ian+mason&ots=JRxUWPz4ZI&sig=jxlYXatMmrrmt_fgkT96vHTiY8SU#v=onepage&q=Projected%20and%20perceived%20identities%20in%20dialogue%20interpreting%20ian%20mason&f=false

Mikkelsen, Holly (1999). *Interpreting Is Interpreting — Or Is It?*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/41373508_Interpreting_Is_Interpreting_-_Or_Is_It

National Council on Interpreting in Health Care (2004). *Code of Ethics for Interpreters in Health Care*. Recuperado de: <https://www.ncihc.org/assets/z2021Images/NCIHC%20National%20Code%20of%20Ethics.pdf>

Navaza, Bárbara, Estévez, Lucía y Serrano, Jordi (2009). "Saque la lengua, por favor". *Panorama actual de la interpretación sanitaria en España*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/41150845_Saque_la_lengua_por_favor_Panorama_actual_de_la_interpretacion_sanitaria_en_Espana

Paradise, Ranjani Krishnan, Hatch, Megan, Quessa, Avlot, Gargano, Fernando, Khaliif, Mursal y Costa, Vonessa (2019). *Reducing the use of ad hoc interpreters at a safety-net health care system*. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(6), 397-405. *medicine*, 60(5), 545-553. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30975471/>

Phelan, Mary y Martín, Mayte C. (2010). Interpreters and cultural mediators – different but complementary roles. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/279358214_Interpreters_and_cultural_mediators_-_different_but_complementary_roles

Pöchhacker, Franz (2000). *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Stauffenburg.

Queensland Health Interpreter Service (2007). *Working with interpreters guidelines*.

Recuperado de:

https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0033/155994/guidelines_int.pdf

Randhawa, Gurdeeshpal, Ferreyra, Mariella, Ahmed, Rukhsana, Ezzat, Omar, & Pottie, Kevin (2013). *Using machine translation in clinical practice*. Canadian family physician *Medecin de famille canadien*, 59(4), 382–383. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625087/>

Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. *Boletín Oficial del Estado*, 34, de 08/02/2014. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2014-1331>

Ruiz Mezcuca, Aurora (2014). *Interpretación formación para los centros sanitarios españoles* [versión electrónica]. *Hermeneus*, 16, 265-289. Recuperado de:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4918353>

Sales, Dora (2013). *Living in a Translational World. Translation as Part of Transcultural Identity*. *Transfer: revista electrónica sobre traducción e interculturalidad*, 2013, Vol. 8, Núm. 1-2, p. 70-90. Recuperado de: <https://raco.cat/index.php/Transfer/article/view/269612>

Sánchez-Reyes, María Sonsoles y Martín, Manuel (2004). *Necesidad de la provisión de un servicio de intérpretes en los hospitales* [versión electrónica]. *Hermeneus*, 6, 1-6. Guía para la atención a personas sordas en urgencias sanitarias. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1027643>

Toledano, Carmen y del Pozo, Maribel (2015). *Construir puentes de comunicación en el ámbito de la violencia de género*. Comares. Recuperado de: <https://www.comares.com/media/comares/files/toc-113716.pdf>

Torrens, Antonio (1994). *Machine Translation Evaluation and Quality Benchmarks. Terminologie et Traduction*. 1, 375-415. Recuperado de: <https://aclanthology.org/www.mt-archive.info/90/T&T-1994-Torrens.pdf>

Unión Europea. Directiva (UE) 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Diario Oficial de la Unión Europea L 88/45, 4 de abril de 2011. Recuperado de: <https://www.boe.es/doue/2011/088/L00045-00065.pdf>

Valero Garcés, Carmen (2005). *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. [Universidad de Alcalá]. Recuperado de: <https://uahmastercitisp.es/wp-content/uploads/2015/11/TRAD-COMO-MEDIACION-LGS-Y-CULTURAS-2005.pdf>

9. Anexos

Anexo 1. Código deontológico de IMIA

IMIA Code of Ethics

(established in 1987 and revised in 2006)

The IMIA was the first organization to author an ethical code of conduct specifically for medical interpreters. Multiple codes of ethics have since followed. A code of ethics is necessary for medical interpreters to maintain standards for the individuals within that profession to adhere to. It brings about accountability, responsibility and trust to the individuals that the profession serves.

1. Interpreters will maintain confidentiality of all assignment-related information.
2. Interpreters will select the language and mode of interpretation that most accurately conveys the content and spirit of the messages of their clients.
3. Interpreters will refrain from accepting assignments beyond their professional skills, language fluency, or level of training.
4. Interpreters will refrain from accepting an assignment when family or close personal relationships affect impartiality.
5. Interpreters will not interject personal opinions or counsel patients.
6. Interpreters will not engage in interpretations that relate to issues outside the provision of health care services unless qualified to do so.
7. Interpreters will engage in patient advocacy and in the intercultural mediation role of explaining cultural differences/practices to health care providers and patients only when appropriate and necessary for communication purposes, using professional judgment.
8. Interpreters will use skillful unobtrusive interventions so as not to interfere with the flow of communication in a triadic medical setting.
9. Interpreters will keep abreast of their evolving languages and medical terminology.

10. Interpreters will participate in continuing education programs as available.

11. Interpreters will seek to maintain ties with relevant professional organizations in order to be up-to-date with the latest professional standards and protocols.

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

The IMIA was the first organization to author an ethical code of conduct specifically for medical interpreters. IMIA members uphold high standards of professionalism and ethical conduct for interpreters. At the core of this code of conduct are the twelve tenets above. These tenets are to be viewed holistically and as a guide to professional behavior. Members who do not adhere to the standards of practice or the code of ethics can be terminated.

Anexo 2. Código deontológico de NCIHC

Code of Ethics for Interpreters in Health Care

- The interpreter treats as confidential, within the treating team, all information learned in the performance of their professional duties, while observing relevant requirements regarding disclosure.
- The interpreter strives to render the message accurately, conveying the content and spirit of the original message, taking into consideration its cultural context.
- The interpreter strives to maintain impartiality and refrains from counseling, advising or projecting personal biases or beliefs.
- The interpreter maintains the boundaries of the professional role, refraining from personal involvement.
- The interpreter continuously strives to develop awareness of his/her own and other (including biomedical) cultures encountered in the performance of their professional duties.
- The interpreter treats all parties with respect.
- When the patient's health, well-being, or dignity is at risk, the interpreter may be justified in acting as an advocate. Advocacy is understood as an action taken on behalf of an individual that goes beyond facilitating communication, with the intention of supporting good health outcomes. Advocacy must only be undertaken after careful and thoughtful analysis of the situation and if other less intrusive actions have not resolved the problem.

- The interpreter strives to continually further his/her knowledge and skills.
- The interpreter must at all times act in a professional and ethical manner.