

LA BARRERA DE LA COMUNICACIÓN COMO OBSTÁCULO EN EL ACCESO A LA SALUD DE LOS INMIGRANTES¹

María Isabel Abril Martí y Anne Martín

Universidad de Granada

España ha pasado en poco tiempo de país emisor a receptor de inmigración a gran escala. Como consecuencia, nos encontramos en una nueva sociedad multilingüe y multicultural para la que las infraestructuras públicas no necesariamente estaban preparadas. Es cierto que el marco jurídico de la España de las Autonomías reconoce desde su concepción las distintas identidades culturales y lingüísticas de nuestro país, pero partiendo siempre de la existencia del castellano como lengua común, lo que prácticamente ha evitado que se plantearan necesidades de mediación lingüística en los servicios públicos (Figueroa-Saavedra 2009:158). En cambio, la llegada masiva de inmigrantes, entre ellos numerosos no hispanohablantes, ha planteado dificultades de relación a nivel institucional que, de no gestionarse convenientemente, podrían obstaculizar la integración y, por tanto, la convivencia.

En este contexto se enmarca nuestro trabajo, cuyo objetivo es contribuir a sensibilizar sobre la barrera del idioma como obstáculo para el acceso a los servicios sanitarios por parte de los colectivos alófonos (es decir, que no dominan el idioma mayoritario de la sociedad de acogida) y, como consecuencia, como riesgo para su salud. Frente a esto, resaltaremos los beneficios que una generalización de servicios de interpretación de calidad tendrían para todos los implicados en la comunicación en el entorno médico.

Comenzaremos identificando de forma general las barreras que obstaculizan el acceso a una atención sanitaria de calidad, para pasar a centrarnos en las relacionadas con la comunicación y sus principales consecuencias, según ha identificado la investigación a nivel internacional. Señalaremos asimismo los mecanismos disponibles para superar dichas barreras, y describiremos aquellos que se vienen aplicando en nuestro país, para continuar con una relación de las razones que explican el rechazo a soluciones lingüísticas aparentemente ideales. Para finalizar, incidiremos en la necesidad no solo de contar con servicios lingüísticos en el sector sanitario, sino de evitar el recurso a soluciones de interpretación y mediación informales, que solo consiguen aumentar los riesgos para el paciente y el sistema en su conjunto.

1. BARRERAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: LA BARRERA DE LA COMUNICACIÓN

Entre los años 2003 y 2005 se desarrolló bajo los auspicios de la Comisión Europea un proyecto denominado "Hospitales Amigos del Inmigrante" (MFH), en el que participaron centros hospitalarios de 12 países (Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Suecia y España). Con el objetivo de crear entornos favorables a la atención a la población inmigrante, el proyecto comenzó analizando las principales dificultades a las que se enfrentan los hospitales en la asistencia a dicha población. El ámbito de la comunicación, con especial referencia a la barrera del idioma, fue el mencionado con mayor frecuencia en los resultados de los análisis de necesidades preliminares; se identificó como el área con deficiencias más evidentes, y que planteaba necesidades de intervención más urgentes (Bischoff, 2003: 5).

En cuanto a la situación específica en nuestro país, en el *Manual de Atención al Inmigrante*, Díaz (2009: 26-28) repasa dos tipos de obstáculos en el acceso al sistema normalizado de cuidados: los dependientes del sistema, y los dependientes del inmigrante y sus circunstancias. Entre los segundos destaca la lengua:

Los límites que implica la lengua para una gran parte de la población no hispana, tanto para el acceso como para cada paso del proceso de atención, merece también una consideración realista. (Díaz, 2009: 27)

Tanto la investigación como la experiencia demuestran que la comunicación, entendida en su sentido más amplio, es clave para la calidad de la atención médica. Según Roat (2005: 3), el 70% de la información en la que el profesional médico apoya su diagnóstico proviene de la historia clínica y el reconocimiento físico, lo cual resalta la importancia clave de la comunicación durante la entrevista clínica.

La comunicación es un concepto amplio, que no se limita al intercambio de información verbal: es una interacción social y cultural, que, como tal, refleja la paracultura (cultura nacional) y diacultura (grupo de interés, profesional o de género) de los interlocutores, y se ve condicionada por el marco social en que se desarrolla. Por esta complejidad de facetas que la integran, la comunicación puede verse obstaculizada por factores diversos. Roat et al. (1999: 15-23) en su definición del papel del intérprete médico, señalan en el entorno

¹ Trabajo realizado en el marco del grupo GAETI: "La interpretación ante los retos de la mundialización: formación y profesión", grupo de Investigación HUM-737 de la Junta de Andalucía, cuya investigadora principal es Presentación Padilla Benítez.

sanitario al menos cuatro tipos de barreras a la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes alófonos: las lingüísticas (diferencia de idioma); las basadas en el distinto uso y dominio, por parte de profesionales médicos y pacientes, del registro, conceptos y términos propios de la medicina y el sistema sanitario; las culturales; y las sistémicas, es decir, las que proceden de la complejidad del sistema sanitario o de actitudes de sus profesionales.

En cuanto a las diferencias culturales y su impacto en la comunicación, deben entenderse en su sentido más amplio. En lo que se refiere a la experiencia de la salud y la sanidad, implica diferencias en la percepción de la enfermedad y sus causas, en las creencias sobre la salud y la curación, en las conductas relacionadas con la salud, y en las actitudes hacia el sistema de atención médica, factores que inevitablemente se trasladan a la relación asistencial y comunicativa entre médico y paciente (Grantmakers in Health, 2003: 8; Sirur-Flores y Álvarez, 2009: 90, 91).

1.1 La barrera del idioma y sus implicaciones en el ámbito de la salud

El proyecto europeo "Hospitales Amigos del Inmigrante", mencionado más arriba, incluyó en sus primeras etapas un amplio trabajo de revisión bibliográfica cuyo objetivo fue identificar los efectos de la barrera lingüística sobre la salud de los grupos inmigrantes y la atención sanitaria que reciben. Este estudio analizó investigaciones realizadas en EE. UU. (la mayoría de las publicadas), Canadá, Australia y, dentro de Europa, Alemania, Austria y Suiza. Los resultados de esta revisión bibliográfica demuestran cómo el hecho de que profesionales sanitarios y pacientes no compartan una misma lengua puede tener consecuencias relativas a los siguientes aspectos (cf. Bischoff, 2003: 18-30)²:

- *Pruebas diagnósticas:* El número de pruebas diagnósticas solicitadas para pacientes alófonos puede ser mayor como consecuencia de deficiencias en la comunicación durante la consulta médica.
- *Atención médica de seguimiento:* Los pacientes alófonos tienen más probabilidades de no acudir a citas de seguimiento, así como de no seguir la medicación indicada correctamente, y de acudir a urgencias con mayor frecuencia.
- *Ingresos hospitalarios y derivación a especialistas:* Algunos estudios demuestran que los pacientes alófonos presentan más probabilidades de ser ingresados, y que pueden no ser derivados a consultas especializadas con la debida frecuencia, como consecuencia de las dificultades para evaluar su caso por problemas de comunicación.
- *Medicación y adherencia a los tratamientos:* Los pacientes alófonos tienen menos probabilidades de recibir la medicación adecuada, y tienden a entender peor el tratamiento que se les prescribe, por lo que pueden dejar de seguirlo.
- *Comprensión de diagnóstico y tratamiento, y participación del paciente en la comunicación:* La imposibilidad de comunicarse directamente con el médico afecta negativamente a la percepción que los pacientes tienen sobre su grado de comprensión de diagnóstico y tratamiento. Asimismo, y por la misma razón, estos pacientes tienden a no informar de muchos de sus síntomas, intervienen menos en su entrevista médica y reciben menos invitaciones a participar por parte del médico, que en los casos en los que no hay barrera lingüística.
- *Satisfacción del paciente:* El grado de satisfacción de los pacientes alófonos con la calidad de la atención médica recibida es inferior al del resto de los pacientes. Por esta razón son más reacios a volver a acudir a los mismos servicios médicos.
- *Calidad de la comunicación:* Un estudio realizado en una clínica ambulatoria en Ginebra en 2003 (Bischoff et al., 2003) con una muestra de 1016 pacientes, mostró que el grado de satisfacción de pacientes y médicos con la comunicación era menor en las consultas en las que facultativo y paciente no compartían idioma (independientemente de que hubiera un intérprete presente). Para valorar la calidad de la comunicación, se midió la percepción de los participantes en cuanto a satisfacción de las necesidades del paciente, la forma de transmitir explicaciones tanto el médico como el paciente, la forma de hacer llegar actitud de respeto por ambas partes, el desarrollo de la consulta en general, o el modo de hacer llegar/recibir información para el seguimiento posterior a la consulta. El análisis de resultados también demostró que la percepción de la calidad de la comunicación mejoraba sensiblemente en las consultas mediadas por intérpretes cualificados.

² Los estudios analizados tienen en común el hecho de que médico y paciente no pudieron comunicarse directamente, independientemente de que hubiera o no intérprete, o de que el intérprete fuera o no profesional; nos referiremos a estos otros parámetros más adelante en este trabajo.

2. SOLUCIONES FRENTE A LA BARRERA DEL IDIOMA

Existe por tanto una plétora de efectos adversos de la barrera lingüística sobre la salud de las minorías lingüísticas. Ante esta realidad y en el marco de normativas que recogen los derechos a un acceso igualitario a los servicios de salud, los países con mayor tradición como receptores de inmigración, tales como Australia, Canadá, EE. UU., Reino Unido o Suecia han ido adoptando distintas soluciones de apoyo lingüístico en el entorno médico, que se empiezan a adoptar y adaptar en países receptores más recientes. En general, las soluciones disponibles para facilitar la comunicación en hospitales y centros de salud son las siguientes (cf. Grantmakers in Health, 2003: 16-28; Roat, 2005: 8-14; Sánchez-Reyes 2002: 175-176).

- Comunicación directa, sin mediación alguna, entre profesionales sanitarios y pacientes alófonos, confiando en la competencia lingüística de ambos, ya sea en la lengua mayoritaria de la sociedad de acogida, en la lengua del paciente, o en una lengua vehicular, como inglés o francés. En caso de que la competencia lingüística sea la adecuada, es la solución ideal, aunque no cabe esperar su utilización generalizada (Sánchez-Reyes, 2002: 175) puesto que es imposible cubrir todas las lenguas minoritarias o esperar que el nivel de competencia lingüística sea el necesario entre un número significativo de profesionales de la sanidad, al menos a corto plazo.
- Asistencia lingüística presencial de una tercera parte. Existen varias opciones posibles:

Profesionales bilingües: Es una solución habitual en países cuya historia como receptores de inmigración se remonta muy atrás. Cuentan con profesionales sanitarios -y aún más frecuentemente con personal de mantenimiento, administración y servicios- nativos de las lenguas minoritarias, que simultanean sus funciones en el servicio sanitario con tareas de interpretación para otros profesionales. En el mejor de los casos se habrá comprobado su competencia lingüística y se les habrá proporcionado un mínimo de formación en interpretación para interpretar, pero no es necesariamente el caso (National Health Law Program, 2010: 14).

Intérpretes informales, especialmente familiares y amigos del paciente: La disponibilidad inmediata de estos intérpretes hace de esta una de las soluciones más habituales, aunque se encuentra lejos de ser la ideal. Aunque es desaconsejable, el paciente o el médico pueden elegirla deliberada y expresamente, al percibir que las ventajas de la relación de confianza y apoyo entre el paciente y su acompañante pueden compensar otras deficiencias. En este caso, es preciso que el profesional sanitario sepa cómo comunicarse a través de estos intérpretes informales, adaptando sus expectativas y su conducta comunicativa (Bischoff, 2003: 29; Roat, 2005: 8; Sánchez-Reyes, 2005: 140).

Intérpretes voluntarios: Si bien su intención es muy loable (y en ocasiones son la única solución existente, o la única que permite cubrir lenguas de difusión limitada o de demanda reciente), es esencial estar alerta sobre los riesgos que suponen. En la medida en que crean una (a veces falsa) sensación de confianza en que la barrera del idioma está resuelta (Bowen, 2010: 146, 147), pueden constituir una solución especialmente arriesgada. Su competencia es variable, y a menudo no se ha comprobado; su condición de voluntario impide exigirles formación; su disponibilidad es variable y no exigible, puesto que donan su tiempo libre (Grantmakers in Health, 2003: 23; Roat, 2005: 10); y su vocación de ayuda puede condicionar su concepto del papel del intérprete y favorecer su sobreintervención.

Servicios profesionales de interpretación: Esta solución consiste en la contratación de intérpretes profesionales, ya sea individualmente (intérpretes *free-lance*), a través de agencias, o bien creando plantillas de intérpretes en los centros sanitarios. Las dos primeras opciones puede presentar los mismos riesgos que el recurso a voluntarios, ya que la comprobación de la cualificación de los intérpretes queda en manos del propio servicio sanitario, si contrata directamente al intérprete (y no siempre cuenta con los medios para llevar a cabo un proceso de selección), o bien de las agencias, que no siempre ofrecen garantías. En este sentido, la selección de la agencia es fundamental (Grantmakers in Health, 2003: 23; Roat, 2005: 10).

La creación de plantillas de intérpretes profesionales es una de las soluciones ideales, ya que permite adaptar el servicio a necesidades específicas, y favorece la integración del intérprete en la estructura asistencial, lo que a su vez mejora la calidad de la comunicación y las relaciones entre todos los implicados. No obstante, exige un proceso de selección y una inversión económica, y, dependiendo de las lenguas para las que existan problemas de comunicación, no siempre es posible contar con intérpretes cualificados, puesto que no existe formación específica (Grantmakers in Health, 2003: 23; De Pedro, 2010: 100). En estos casos, siempre es preferible que el mismo servicio médico asegure un mínimo de formación para los intérpretes de la futura plantilla, recurriendo a agencias y a especialistas en formación.

- *Asistencia lingüística remota, basada en la tecnología:* Incluye interpretación telefónica y por videoconferencia, aunque esta aún no se ha extendido a gran escala. La interpretación telefónica es una solución que cuenta con gran aceptación. Es de disponibilidad prácticamente inmediata, y suele ofrecer cobertura durante 24 horas y para una gran variedad de lenguas (Grantmakers in Health, 2003: 24). No obstante, no

debe sustituir por completo a la interpretación presencial, ya que no todas las particularidades de la entrevista clínica con pacientes alófonos se resuelven correctamente si no hay relación cara a cara (Root, 2005: 11). Aunque no existe aún un corpus abundante sobre las peculiaridades de la interpretación telefónica y su impacto en la comunicación médica, la mayoría de los autores consideran que la ausencia de información visual puede dificultar algunos aspectos de la comunicación, especialmente interlingüística e intercultural. No obstante, un intérprete profesional con la debida cualificación ha de ser capaz de percibir y transmitir gran parte de la información no verbal a través de matices paralingüísticos y de recursos verbales (tono de voz, entonación, volumen, énfasis, explicitaciones, reiteraciones, etc.) (Kelly y Bancroft, 2007: 93).

Por otra parte, la interpretación telefónica puede plantear algunos de los riesgos mencionados en referencia a las agencias de interpretación, ya que es frecuente que las empresas de interpretación telefónica oferten cobertura para un número de lenguas muy elevado, incluyendo lenguas de difusión muy limitada, lo que hace pensar en que el nivel de cualificación de los intérpretes será variable (Sánchez-Reyes, 2002: 177). En este sentido, es fundamental comprobar que la empresa en cuestión lleva a cabo procesos de selección y que forma a sus intérpretes.

- *Material escrito traducido a distintas lenguas:* Es una solución de complemento a la comunicación, que puede garantizar la comunicación de primer contacto, y facilitar el acceso de los pacientes alófonos a información general divulgativa sobre distintas patologías, medicina preventiva y pautas de salud, indicaciones sobre dieta y tratamientos farmacológicos, preguntas básicas de la entrevista clínica, información pre y postoperatoria, formularios de consentimiento informado o administrativos, etc. (Grantmakers in Health, 2003: 26).

3. SOLUCIONES ADOPTADAS EN ESPAÑA

En esencia, las soluciones adoptadas para facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y la población inmigrada no difieren de forma significativa de las que se adoptaron en otros países en su camino hacia la profesionalización de la comunicación en ámbitos sanitarios.

Lo primero que hay que destacar es que entre las múltiples soluciones *ad hoc* que se han ido desarrollando en la última década, muy pocas plantean la contratación de personal formado para prestar un servicio de interpretación verdaderamente profesional que ofrezca todas las garantías necesarias.

En España hay los dos grandes grupos de población extranjera claramente diferenciados: por una parte, los residentes extranjeros y turistas y, por otra, los inmigrantes económicos. Ya en los años 80 los residentes extranjeros impulsaron iniciativas de interpretación voluntaria implantados en los hospitales de las zonas costeras de Andalucía, la Comunidad Valenciana y Cataluña para atender a la población residente y turista. Dichos servicios partieron de iniciativas de los mismos colectivos de extranjeros, coordinados y compuestos casi en su totalidad por extranjeros, y llegaron a alcanzar cierto nivel de sofisticación organizativa, amplia cobertura de lenguas y algo de formación, aunque no en interpretación (Martin, 2006: 135).

Aunque estas iniciativas siguen existiendo, ahora se han visto complementadas por otras soluciones dirigidas más bien a resolver situaciones surgidas a raíz de la llegada de inmigrantes económicos no europeos.

Como señalamos arriba, las medidas *ad hoc* que surgieron en la primera fase de inmigración se asemejan a las de otros países con anterioridad e incluyen el recurso a las siguientes soluciones: profesionales sanitarios que aducen conocer algún idioma extranjero (normalmente europeo), acompañantes del paciente extranjero (habitualmente familiares o amigos e incluso niños), voluntarios individuales o que colaboran con ONG, personal de consulados, embajadas, hoteles y restaurantes (que a veces prestan servicio por teléfono), hablar despacio y usar palabras sencillas, dibujos, signos y lenguaje gestual (Martin y Abril, 2006; Morera de Paz, 2000; Valero 2003:182; Aguayo et al. 2010). Las desventajas de estas soluciones ya se han evidenciado en otros países, sobre todo en cuanto a la merma de garantías que supone para la salud y el bienestar de los pacientes el que el proceso de comunicación no esté en manos de personas formadas para ello. En la última sección de este trabajo nos referiremos específicamente a estas desventajas, pero diremos aquí que algunas medidas, como el uso de signos, gestos y dibujos, son un atentado a la dignidad de las personas implicadas y a la credibilidad del sistema, siendo un recurso tan burdo en cuanto a la garantía de un derecho como es el de la salud que no merece siquiera comentarios.

Estas soluciones surgieron como primeras reacciones puntuales a una situación imprevista y ante el desconocimiento de la interpretación como una profesión especializada. En una fase posterior, los centros sanitarios y la Administración quisieron buscar soluciones algo más estructuradas a una nueva realidad que iban asumiendo. Esta fase trajo la colaboración oficial con ONG, el recurso a mediadores interculturales sin formación en interpretación, así como a estudiantes de Traducción e Interpretación en prácticas y, en algunas zonas, la adjudicación de un servicio de traducción e interpretación a empresas privadas mediante concurso público.

Un buen ejemplo de la primera solución sería el de la Junta de Andalucía que, en 1999 a través de la Consejería de Salud del Gobierno Regional estableció la Fundación Progreso y Salud encargada de coordinar la implantación de un convenio firmado con determinados ONG y sindicatos para fomentar el acceso de la población inmigrada a los servicios de salud. Además de la traducción de abundante material escrito, este convenio preveía la actuación de voluntarios de las ONG adscritas como intérpretes en centros hospitalarios. A cambio, la Fundación realizaba una aportación a los fondos de la ONG en cuestión de unos 18 euros por servicio. Otro ejemplo de estas soluciones sería la realización de prácticas en centros hospitalarios y de salud por parte de estudiantes de las Universidades de Alcalá de Henares y de Jaime I, Castellón. Si bien es deseable para la formación, no deja de ser singular y en cierta manera contradictoria la realización de prácticas para una profesión no reconocida y para la que no hay profesionales en ejercicio, con el riesgo de que se perciba simplemente como la realización gratuita de lo que en esencia se considera una tarea no especializada normalmente efectuada por familiares y voluntarios.

Otra solución *ad hoc* algo más estructurada en este periodo de evolución es el recurso a empresas de traducción en busca de una respuesta profesional. Esta solución se da especialmente en la Comunidad Valenciana donde algunos hospitales subcontratan el servicio de interpretación a empresas privadas o intérpretes *freelance* (Sales, 2006: 98). Aunque es de suponer que los intérpretes contratados de esta forma y remunerados por sus servicios tengan cierta formación u cualificación, como se ha comentado en la sección anterior, no es necesariamente un requisito de las empresas implicadas. De hecho, en el ámbito judicial, donde esta solución está generalizada, existen serios problemas de calidad y organización que ponen en peligro tanto la tutela judicial efectiva como la profesionalización del servicio en lugar de fomentarlo (Ortega Herráez, 2010). De todas formas, estas subcontrataciones siempre se realizan de forma individual, siendo una decisión de cada hospital y con cargo a su presupuesto.

Mención aparte merece la figura del mediador intercultural que empezó a despuntar con la llegada masiva de inmigrantes económicos, y que sigue siendo la opción preferida en la actualidad para superar barreras de comunicación en ámbitos sanitarios en España, por lo menos en cuanto a la interpretación presencial. El foco de reflexión e impulso de la mediación intercultural en España se ha centrado en la EMSI (Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid), puesta en marcha en 1995 bajo la dirección Carlos Giménez, el autor más conocido en este campo en España, así como el Grupo Triángulo, integrado por la Federación Andalucía Aco-ge y la asociación *Desenvolupament Comunitari* de Barcelona.

No obstante el interesante y riguroso trabajo realizado por estos grupos, el mediador intercultural no es una figura profesional reconocida o registrada en la Clasificación Nacional de Ocupaciones (Sánchez Elías, 2005). Al igual que la traducción e interpretación, esta profesión da pie a numerosos malentendidos por parte de la Administración, que en la última década ha demostrado una tendencia a crear puestos de trabajo para mediadores interculturales con el objeto de asignar a dicho personal tareas de traducción e interpretación, para las cuales no tienen la formación adecuada. En ninguna de las numerosas iniciativas formativas en mediación intercultural se incluye formación en interpretación (Abril, 2006).

Esta preferencia de la Administración por la contratación de mediadores parece deberse a la creencia errónea de que la traducción e interpretación son operaciones exclusivamente lingüísticas que no tienen relación con la comunicación y la cultura. Es evidente para cualquier traductor o intérprete profesional que lengua y cultura son indisolubles y que el significado lingüístico siempre está imbricado en un contexto y unos supuestos culturales. La precisión en la transmisión del significado depende tanto del trasfondo lingüístico como de estos últimos factores.

De alguna manera esta tendencia ha llegado hasta el mundo profesional y académico donde ya en algunos casos se está planteando una figura mixta de intérprete/mediador (Navaza et al., 2009; Valero, 2003). Sin embargo, para que este modelo funcione, es imprescindible que se preste atención a las aptitudes necesarias para la interpretación (Navaza et al., 2009). Además, es fundamental que se aclare en todo momento qué función está desempeñando el mediador/intérprete ya que en el caso de un mediador que asume funciones de interpretación puede haber un solapamiento e incluso una contradicción entre sus papeles profesionales. Señalan García Beyaert y Serrano Pons (2009: 57, 60) que:

Si el papel de mediador es por definición interventor, el intérprete en los servicios públicos evitará, siempre que pueda, interferir en la comunicación. (García Beyaert y Serrano Pons, 2009: 57)

al considerar que su función se centra en fomentar la relación comunicativa entre las partes primarias, por lo que resulta:

...fácil para el mediador olvidar los límites de su labor como intérprete para intervenir activamente como suele tener que hacerlo en otros contextos. (García Beyaert y Serrano Pons, 2009: 60)

Cabe señalar que la fusión de mediación intercultural e interpretación constituye un perfil que se da en pocos países (Italia y Bélgica) y en ninguno de los que ya han profesionalizado la comunicación en ámbitos sanitarios (Australia, Canadá, EE. UU., Reino Unido, Suecia, entre otros). En Bélgica, se han realizado dos ejercicios

de evaluación del programa de mediación intercultural en hospitales, y uno de los resultados más notables fue que las destrezas de interpretación de los mediadores eran muy deficientes: no sabían gestionar la entrevista, ni los coordinar los turnos de palabra, había faltas de transparencia y muchas omisiones en la transmisión de la información, la cual se filtraba según su propio criterio (a veces por falta de tiempo, a veces porque se les había olvidado o no sabían expresarlo en la otra lengua)³ (Verrept, 2008: 194).

En resumen, parece que, en la actualidad, la marcha hacia la profesionalización de la comunicación en ámbitos sanitarios en España pasa por la contratación de mediadores interculturales a los que se asignan labores de interpretación. Si esta evolución continúa es imprescindible que se incluya una capacitación en técnicas de interpretación en la formación de estos profesionales y que se distinga nítidamente su papel en cada momento.

Estas contrataciones -sean de mediadores o de intérpretes o figuras intermedias- de momento no son iniciativas oficiales y generalizadas, sino que surgen por distintas vías y suelen depender de centros hospitalarios individuales aunque a menudo con colaboración de gobiernos autónomos, entidades privadas y ONG⁴. Como ejemplo están el programa de la Obra Social de la Caixa en colaboración con el Departamento de Salud de la Generalitat; los puestos en marcha por ONG, especialmente en Madrid desde los años 90, como el SETI de COMRADE (el Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en España); o los servicios puntuales de Cruz Roja y Médicos del Mundo. Por otra parte, entre las iniciativas que han surgido desde los hospitales una de las más destacadas es la de la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Además de contratar a profesionales de la interpretación y la mediación intercultural desde 2006, esta Unidad organizó en 2008 un curso de mediación intercultural en el ámbito sociosanitario centrado principalmente en lenguas africanas (Navaza et al., 2009).

Más recientemente han surgido en España iniciativas no presenciales que reflejan una paulatina concienciación así como cierto compromiso presupuestario por parte de las CC.AA y la Administración sanitaria. Nos referimos a la contratación de servicios de interpretación telefónica, ahora muy extendidos en España, y a la utilización de software multilingüe.

En cuanto a la interpretación telefónica, en España se están repitiendo exactamente los mismos pasos dados por otros países que nos han precedido en el desarrollo de este campo, donde se han convertido en el primer recurso de la Administración a la hora de cubrir necesidades que empiezan a ser acuciantes, antes de que se haya reconocido la necesidad de proveer un servicio de interpretación presencial. En una fase posterior, el servicio de interpretación telefónica acaba sirviendo de complemento a la interpretación profesional presencial, ya que es evidente la imposibilidad de cubrir todas las combinaciones lingüísticas en toda la geografía de un país y en un horario de 24 horas al día.

En España en la actualidad hay varias iniciativas de interpretación telefónica que han conocido un crecimiento extraordinario en los últimos años. De hecho, numerosas comunidades autónomas han sacado a concurso público el servicio de interpretación telefónica para atender a sus sistemas sanitarios, adjudicándolo a empresas privadas. Las empresas de mayor implantación son Dualia e Interpret Solutions⁵, que ofrecen interpretación telefónica de forma permanente en una amplia gama de idiomas y dialectos. En el caso de Dualia, el servicio de interpretación está subcontratado a una agencia de traducción e interpretación con sede en Euskadi. Los intérpretes contratados por ambas empresas deben cumplir ciertos requisitos respecto a su formación y titulación, al tiempo que en ambos casos reciben instrucciones específicas y/o formación adicional por parte de la empresa (Navaza et al., 2009).

No queremos terminar este repaso de las soluciones que se están implantando en España sin aludir a una iniciativa interesante e original de software específico multilingüe que ha partido del colectivo médico y que se ha elaborado con la colaboración de un equipo de traductores e intérpretes cualificados y profesionales. Se trata del *UniversalDoctor Speaker* elaborado en Barcelona por el médico Jordi Serrano Pons y su equipo, avalado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y con el patrocinio de Novartis. Este software facilita la interacción entre pacientes y profesionales sanitarios mediante un corpus de preguntas, explicaciones y respuestas, elaboradas en varios idiomas, y asociadas a un archivo de audio. Permite asimismo la generación en la lengua del paciente de ciertos documentos habituales en la consulta médica⁶. La gran seriedad con la que se ha elaborado esta herramienta hace que un recurso limitado que potencialmente tiene

³ En Bélgica el proyecto de mediación intercultural en hospitales ha recibido una financiación pública generosa y se ha implementado con gran seriedad. Como resultado de estas evaluaciones se modificó la formación de los mediadores para incluir talleres de técnicas de interpretación, terminología y ética profesional, así como la adopción de las normas de práctica profesional reconocidas internacionalmente.

⁴ Para una visión muy completa de la situación actual en España en cuanto a contrataciones véase Navaza et al., 2009.

⁵ <http://www.dualis.es> ; <http://www.interpretsolutions.com> .

⁶ Para mayor información sobre su implantación véase Navaza et al., 2009.

muchas posibilidades de fallar, se haya convertido en un instrumento de gran utilidad en muchas consultas, así como un excelente recurso didáctico para la formación de intérpretes presenciales.

En resumen, a lo largo de los últimos 12-15 años es posible identificar una evolución en las soluciones buscadas para franquear las barreras lingüísticas en ámbitos sanitarios en España, pero aún queda mucho camino por recorrer, puesto que, a pesar de haberse introducido modelos de mediación lingüística y cultural específicos, las prácticas *ad hoc* y no profesionales siguen siendo las más frecuentes.

3. ¿POR QUÉ NO SE ADOPTAN LAS SOLUCIONES IDEALES CONTRA LA BARRERA LINGÜÍSTICA?

A pesar de existir alternativas de apoyo lingüístico profesional, la tendencia generalizada es a recurrir a intermediarios no profesionales, y la norma, en la inmensa mayoría de los países, es que los servicios de interpretación, incluso si los hay, no estén sistematizados ni generalizados (Abraham y Fiola, 2006: 190; Leanza, 2005: 168).

En este sentido, es interesante investigar las razones que explican el rechazo a los servicios profesionales de interpretación, a veces en favor de recursos claramente inferiores o incluso prefiriendo la ausencia de apoyo lingüístico. (Cabe aclarar que nos referiremos en esta sección a las razones que explican la resistencia a adoptar recursos profesionales cuando existen. No somos ajenas a la realidad de los impedimentos efectivos, tales como la imposibilidad de encontrar intérpretes cualificados en el momento necesario, especialmente para algunas lenguas, o la ausencia de mecanismos de profesionalización para determinadas lenguas, lo que deja la única opción de recurrir a soluciones informales (De Pedro, 2010: 100).)

En primer lugar, es habitual pensar que la contratación de servicios lingüísticos supone un incremento en los costes de la atención sanitaria. En efecto, la contratación de nuevos servicios supone un desembolso, pero el precio a corto, medio y largo plazo de las barreras lingüísticas no superadas podría ser aún mayor.

Según distintos estudios, estas barreras aumentan los costes al incrementar la ineficacia del sistema, el menor uso de medicina preventiva en favor de servicios especializados intensivos, la repetición de visitas y pruebas por las mismas afecciones, y la mayor duración de los ingresos hospitalarios (Bowen, 2010: 146). En EE. UU. se ha comprobado que, al tratar a pacientes no angloparlantes, los profesionales sanitarios tienden a requerir más pruebas diagnósticas, algunas más invasivas de lo necesario, por temor a infradiagnosticar o a cometer errores, incluso en casos en los que una historia clínica adecuada sería suficiente (Grantmakers in Health, 2003: 8).

Un estudio realizado en un departamento de urgencias pediátricas de Chicago (Hampers et al., 1999) con el objetivo de cuantificar los costes de las barreras lingüísticas, pudo establecer que las consultas en las que médico y paciente no compartían idioma resultaban \$38 más caras que el resto, al derivar en un mayor número de ingresos hospitalarios y en la realización de pruebas diagnósticas con un precio medio más elevado (Jacobs et al., 2003: 27; Kelly y Bancroft, 2007: 87).

En contraste con estos datos, la investigación sugiere que la intervención de intérpretes puede contribuir a controlar los costes de la atención médica en urgencias, reducir la necesidad de que los pacientes vuelvan a los servicios de urgencias si han sido atendidos con intérprete la primera vez (con el consiguiente ahorro en recursos), y reducir los gastos generados en las visitas de seguimiento posteriores a una atención de urgencia (Jakobs et al. 2007: 306; Kelly y Bancroft, 2007: 87;).

Por otro lado, al cuantificar los gastos de interpretación, también las cifras parecen ser favorables: en un estudio realizado en 2002 en EE. UU., se estimó que el proporcionar servicios lingüísticos apropiados a todos los pacientes del país que lo necesitaran (en atención de urgencias, hospitalaria, ambulatoria y dental) costaría una media de solo \$4,04 (0,5%) más por visita médica (Flores, 2006: 231).

Los argumentos económicos, aunque insoslayables, no siempre son la razón determinante de la resistencia a adoptar servicios lingüísticos de calidad en el contexto sanitario. En ocasiones los motivos se relacionan con actitudes y percepciones personales de los implicados en la atención médica, tanto profesionales medicosanitarios como pacientes.

En primer lugar, existen distintas percepciones sobre el grado de necesidad de intermediario para garantizar la comunicación con pacientes alófonos. El personal sanitario, tanto como los propios pacientes, pueden sobrevalorar su competencia lingüística y pensar que pueden comunicarse directamente mediante una lengua común (sea la del país o una lengua vehicular, como inglés o francés), ayudados por la comunicación no verbal, y contando con los recursos clínicos (exploración y pruebas diagnósticas) para cubrir las deficiencias del intercambio verbal (Grantmakers in Health, 2003: 25; Sirur-Flores y Álvarez, 2009: 95; Sánchez-Reyes, 2002: 176, 179).

A veces el personal sanitario simplemente desconoce la existencia de servicios de interpretación, o se resiste a emplearlos por encontrarlos ajenos o extraños a su entorno laboral habitual (Aguayo et al. 2010: 278), por

estimar que no son necesarios, o bien por reticencia a las nuevas tecnologías o a lo que se considera una intromisión en la relación facultativo/paciente. En este sentido, la implantación de cualquier sistema de interpretación debería ir acompañada de medidas de sensibilización entre los profesionales de la salud para optimizar su uso.

Por otra parte, no es infrecuente pensar que es responsabilidad del inmigrante aprender la lengua del país de acogida o, en todo caso, aportar la solución para comunicarse, normalmente haciéndose acompañar de personas de su círculo inmediato con un mayor dominio de la lengua del sistema (Grantmakers in Health, 2003: 25). Es más, el personal puede reaccionar con irritación ante pacientes que llevan décadas residiendo en el país y que, aparentemente, no han hecho el esfuerzo de aprender el idioma (Abraham y Fiola, 2006: 196). Lo cierto es que el aprendizaje del idioma mayoritario no puede darse por sentado ni siquiera a largo plazo, puesto que existen diversos factores que juegan en contra del aprendizaje de un idioma: el nivel educativo, la edad, las diferencias entre la lengua propia y la extranjera, o el grado de integración en la comunidad mayoritaria y la frecuencia de las relaciones con los hablantes mayoritarios (El-Madkouri y Soto 2002: 108).

En tercer lugar, las experiencias negativas con los servicios de interpretación son determinantes en la reticencia a desarrollar la entrevista clínica con intérprete. Si el localizar un intérprete y esperar a que llegue supone un retraso inaceptable para las consultas médicas ya saturadas, o el comunicarse a través de un intérprete supone un intercambio incómodo, lento y torpe, alienante y antinatural (Abraham y Fiola, 2006: 196; Grantmakers in Health, 2003: 25), es lógico que se perciba la interpretación como un obstáculo, más que como una herramienta útil.

El desconocimiento del potencial de una interpretación profesional, o las malas experiencias con intérpretes no cualificados, determinan un elevado grado de desconfianza hacia la eficacia de la interpretación en general. La interpretación supone inevitablemente la intervención de una tercera persona en lo que naturalmente es un encuentro bilateral entre médico y paciente. En este sentido, es lógico que los interlocutores "naturales" en la comunicación médica perciban que la comunicación a través de intermediario es dificultosa. Los médicos perciben que el ritmo de la consulta se ralentiza y que es más difícil mantener centrada la entrevista clínica y establecer una relación con el paciente, tanto más si los intérpretes no son profesionales cualificados (Rosenberg et al., 2007); pueden tener la sensación de perder el control del encuentro terapéutico e incluso sentirse excluidos de una interacción que gran parte del tiempo se produce entre paciente e intérprete (Leanza, 2005: 176); o pueden tener la impresión de que el flujo de la conversación es lento y artificial, y que la falta de *feedback* directo del paciente impide comprobar si la transmisión del mensaje ha sido eficaz (Abraham y Fiola, 2006: 196).

Actitudes e impresiones equivalentes se aprecian entre los pacientes, que pueden quejarse de que los intérpretes no se explican con claridad, omiten información, añaden explicaciones innecesarias o su opinión personal, no dicen la verdad, no garantizan la confidencialidad, mantienen conversaciones independientes con el médico o el paciente sin informar al otro interlocutor, e impiden que el médico establezca una relación directa con ellos, creándoles desconfianza en la calidad de la comunicación (Tellechea, 2005: 117, 120; Wirthlin Worldwide, 2001: 11)

Otro aspecto que plantea reticencias respecto de los intérpretes es el impacto que su presencia puede tener en el establecimiento de una relación interpersonal médico-paciente apoyada en la cercanía, el afecto y la empatía (la sintonía o *rapport*).

Iglesias (2010) revisa nueve estudios que exploran el impacto de la interpretación en los aspectos médicos y sociales de la relación terapéutica. Los resultados sugieren que la interpretación, incluso profesional, puede ser insuficiente o ineficaz a la hora de transmitir parámetros que favorecen la sintonía entre los participantes, especialmente aspectos de comunicación no verbal. Así parecen percibirlo los profesionales, que utilizan recursos no verbales (el tono de voz) y estrategias comunicativas (repeticiones orientadas a reconfortar, expresiones y gestos empáticos, etc.), que encuentran difíciles de hacer llegar al paciente a través del intérprete. En este sentido, y aunque mantenemos que un intérprete profesional y experto sí es capaz de percibir y transmitir todos los matices no verbales y emotivos, concluiríamos en línea con las recomendaciones de Iglesias (2010: 223), que estas valoraciones han de considerarse a la hora de diseñar la formación en interpretación, pues efectivamente es una faceta poco explotada en la didáctica⁷.

Es probable que muchas de las impresiones y reticencias recogidas más arriba procedan de la pretensión de valorar la entrevista con pacientes alófonos a través de intérprete comparándola con interacciones en las que médico y paciente comparten idioma, obviando el hecho de que se trata de realidades diferentes.

⁷ También los profesionales sanitarios se beneficiarían de una formación mínima sobre cómo comunicarse a través de intérpretes para optimizar la comunicación. Así se hace regularmente en países más avanzados en la interpretación en servicios públicos, como Australia, EE. UU. o Reino Unido.

En el *Manual de Atención al Inmigrante* (2009: 89), Sirur-Flores y Álvarez mantienen que la entrevista clínica con pacientes inmigrantes presenta particularidades que la hacen única y que requieren una modificación de hábitos por parte del profesional sanitario, puesto que se hace necesario superar interferencias de tres tipos: lingüísticas, culturales y emocionales.

En primer lugar, las lenguas no son solo códigos de comunicación, sino que representan distintas formas de entender y expresar la realidad. Así, la forma de representar e interpretar conceptos puede variar de uno a otro idioma, y determinar distintos grados de abstracción (el concepto de *tristeza*, por ejemplo, se expresa con varios términos en algunos idiomas, mientras que en otros no existe una palabra específica -Sirur-Flores y Álvarez, 2009: 89-).

Por otra parte, los conceptos médicos pueden no tener equivalente terminológico en todas las lenguas, o la experiencia que el paciente tenga de la medicina puede no ser tan amplia como lo es para la media del país de acogida; estos casos requieren explicaciones más extensas de conceptos médicos por parte del especialista, incluso en presencia de intérpretes profesionales.

Las normas sociales de la comunicación y las estrategias comunicativas (la cercanía física al comunicarse, el contacto visual, la cantidad de información que se considera relevante en una conversación, etc.), el sentido de pertinencia y propiedad a la hora de expresar las emociones, o el lenguaje no verbal, pueden variar entre países y culturas, aun si comparten el mismo idioma (Alexieva 1997: 162; Cambridge 1999: 204; Sirur-Flores y Álvarez, 2009: 89).

En cuanto a las interferencias culturales y emocionales, Sirur-Flores y Álvarez (2009: 90, 91) señalan los distintos conceptos y actitudes respecto de la salud y la enfermedad, que pueden determinar la existencia de síndromes culturales no identificados como tales en la sociedad de acogida (enfermedades relacionadas con la brujería, los espíritus, etc.). Los pacientes pueden acudir a la consulta con distintas experiencias y expectativas del sistema sanitario, con diferentes conceptos y niveles de uso de la medicina preventiva, con el hábito de simultanear medicina tradicional y occidental, o con ciertos tabúes en cuanto a la exploración física o el interrogatorio médico. Todas estas particularidades determinan que el profesional sanitario tenga que dedicar tiempo y esfuerzo adicionales a la atención del inmigrante, a veces en situación de inseguridad e incertidumbre sobre su capacidad para hacerlo correctamente. Esto puede tener consecuencias emocionales que se traduzcan en actitudes de impaciencia o negatividad por parte del profesional, y en sensación de incomunicación, o falta de atención por parte del inmigrante.

En definitiva, la entrevista clínica con inmigrante no es comparable al encuentro terapéutico con pacientes con los que se comparte lengua y cultura, por lo que requiere un esfuerzo de adaptación por parte de todos los implicados.

4. SOLUCIONES INFORMALES FRENTE A INTERPRETACIÓN PROFESIONAL: IMPLICACIONES EN EL CONTEXTO SANITARIO

Partimos de la base de que nada sustituye a la comunicación directa entre el profesional médico y su paciente, pero, en ausencia de condiciones ideales, es preciso considerar cuál es la mejor solución, abandonando análisis simplistas en la línea de "cualquier cosa es mejor que nada". De hecho, estudios basados en el análisis de transcripciones de entrevistas clínicas realizadas con intérpretes no profesionales o familiares del paciente identifican frecuentes errores de potenciales consecuencias clínicas; y, dado que el contar con estos intérpretes contribuye a crear la ilusión de que los problemas de comunicación están resueltos, el trabajar con ellos podría resultar incluso más peligroso que el prescindir totalmente de la interpretación (Bowen, 2010: 146, 147; Healthcare Interpretation Network, 2007: 34). La investigación recoge evidencias de los efectos adversos reales y de los potenciales riesgos clínicos de la intervención de intérpretes no profesionales, así como datos que sugieren las ventajas comparativas de introducir servicios lingüísticos profesionales:

Abraham y Fiola (2006: 193-195) distinguen cuatro aspectos susceptibles de verse afectados negativamente por el recurso a soluciones lingüísticas informales o a intérpretes sin la debida cualificación: la calidad de la interpretación, los costes, cuestiones éticas, y el funcionamiento y relaciones laborales dentro del servicio sanitario.

a) Desde el punto de vista de la calidad de la interpretación y por tanto de la comunicación, cabe resaltar que la interpretación, además de un acto de comunicación realizado en un entorno social e interpersonal con todo lo que ello implica, es un proceso cognitivo complejo, que requiere un conocimiento experto y unas competencias adquiribles mediante la formación y la práctica (Abril y Martín, 2008). El intérprete profesional:

- Domina sus lenguas de trabajo en distintos registros, dialectos y variedades.
- Es competente en las culturas asociadas a sus lenguas de trabajo y en interculturalidad.

- Tiene (y se asegura de seguir desarrollando) un profundo conocimiento conceptual y terminológico de los campos temáticos de trabajo (medicina, derecho, etc.), lo que a su vez implica un dominio de herramientas documentales y terminológicas.
- Domina las técnicas de interpretación en su sentido más amplio, lo que a su vez supone dominar un proceso cognitivo complejo, basado en aptitudes psicofisiológicas como capacidad de atención, concentración y memoria, análisis y reformulación.
- Ha desarrollado habilidades sociales o de comunicación interpersonal (escucha activa, asertividad, y dominio de estrategias de interrogación y negociación), y es capaz de gestionar la entrevista interpretada, aplicando técnicas para moderar y arbitrar las intervenciones de los interlocutores.
- Posee un conocimiento profundo de la deontología profesional que asegura su comportamiento ético en todo momento en cuestiones como la fidelidad, la confidencialidad, la imparcialidad, o la profesionalidad.
- Domina unas normas de actuación que le permiten contar con criterios básicos para la resolución de dilemas inherentes a la interpretación en los servicios públicos, como los relacionados con los distintos papeles que el intérprete puede asumir (traductor, mediador, agente de salud, agente comunitario, defensor, etc.) y que pueden crear expectativas poco realistas en sus clientes.

En relación con esta lista de competencias, los intérpretes sin cualificación pueden tener una competencia tanto lingüística como temática insuficiente, pero sobrevalorada; suelen adolecer de la capacidad para gestionar el proceso cognitivo de la interpretación como técnica, y, muy especialmente, carecen de las normas de actuación que les permitan tomar decisiones profesionales directamente relacionadas con el proceso traductor y cuestiones de ética profesional.

Flores et al. (2003) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de identificar la frecuencia, tipo y consecuencias clínicas potenciales de los errores en interpretación (para pacientes hispanos en EE. UU.) en consultas pediátricas, y pudieron identificar los siguientes errores, por orden de frecuencia: omisiones, falsa fluidez (confusión entre términos o uso de palabras inexistentes), sustitución (cambio de la expresión original por otra), modificaciones del mensaje según interpretación personal del mismo, y adiciones. Los errores podían afectar a cuestiones fundamentales de la atención médica, relacionadas con la historia clínica, el diagnóstico y la intervención terapéutica.

Asimismo, los intérpretes sin formación específica pueden no tener la necesaria competencia lingüística en el nivel de lengua no especializada (por ejemplo no dominar los distintos registros de habla) tanto como en el discurso médico (Thomsen y Bancroft, 2002: 38), y tender a abordar los problemas asociados a estas deficiencias con sustituciones, omisiones o ediciones del mensaje.

Los intérpretes sin formación pueden también adolecer de una deficiente competencia intercultural, que les impide identificar la base cultural de un error de comprensión o les lleva a malinterpretar referencias culturales (Thomsen y Bancroft, 2002: 38).

En cuanto a normas de actuación, la falta de protocolos y recursos profesionales puede impulsarles a censurar información sensible o tabú, o a filtrar y editar información sobre creencias o remedios alternativos habituales en la cultura del paciente, por apreciarlos como vergonzosas o amenazantes para la imagen propia, del paciente o de su comunidad (Kelly y Bancroft, 2007: 88-80; Thomsen y Bancroft, 2002: 38)

Cuando son los familiares del paciente los que actúan como intérpretes, la investigación muestra cómo tienden a contestar en lugar del enfermo, a menudo simplemente para evitarle dolor o incomodidad (Healthcare Interpretation Network, 2007: 33, 34). De forma similar, pueden aportar información que consideran relevante o sus propias opiniones, y omitir en cambio comentarios del paciente que consideran superfluos (Kelly y Bancroft, 2007: 88-90; Tellechea, 2005: 117). Las razones socioculturales, por su parte, pueden explicar el que el familiar de un paciente filtre información al traducir. Sirur-Flores y Álvarez (2009: 94) explican cómo determinadas comunidades (china, latinoamericana y paquistaní) tienden a proteger al enfermo terminal evitando que conozca su grado de enfermedad, por lo que un familiar o amigo del paciente podría omitir determinados datos al actuar como intérprete.

b) En cuanto al impacto de una interpretación deficiente sobre los costes de la atención médica, aparte de las consecuencias económicas derivadas de las barreras lingüísticas, ya descritas, Abraham y Fiola (2006: 194) hacen referencia a perjuicios económicos más amplios para la sociedad, puesto que las enfermedades no curadas suponen pérdida de días de trabajo o productividad de los pacientes. La bibliografía recoge además las consecuencias económicas que los errores médicos pueden tener en términos de demandas judiciales contra los servicios sanitarios. En EE. UU. algunos estudios hacen referencia a errores médicos basados en errores de interpretación por parte de familiares y amigos del paciente, y que desembocaron en demandas judiciales saldadas con cifras millonarias en concepto de compensación por daños y perjuicios (Healthcare Interpretation Network, 2007: 33; Root, 2005: 32, 33).

c) En lo concerniente a cuestiones éticas, son varios los aspectos implicados en el recurso a intérpretes sin la necesaria cualificación. Factores como la confidencialidad de la relación terapéutica pueden verse afectados desde distintas perspectivas. Los pacientes pueden ver invadida su privacidad, y ser reacios a revelar información delicada o embarazosa ante familiares o conocidos que les acompañen para interpretar (Roat, 2005: 8); por otra parte, los intérpretes informales, especialmente en el caso de lenguas de difusión limitada, son a menudo miembros de la misma minoría que el paciente, que pueden romper la confidencialidad de la consulta o inspirar en el paciente el temor a que lo hagan, reduciendo la disposición del enfermo a ofrecer información al profesional sanitario (Abraham y Fiola 2006: 194).

En cuanto a la imparcialidad que guía la relación entre un intérprete profesional y sus clientes, esta no puede quedar garantizada cuando el intérprete es un familiar o conocido del paciente directamente implicado en el caso. Así ocurre en ocasiones en las que el maltratador o el responsable de un abuso interpreta para la víctima, omitiendo y distorsionando la información por autoprotección (Thomsen y Bancroft, 2002: 38).

Por otro parte, el actuar como intérprete supone intervenir activamente en la relación médico-paciente, y esto puede distorsionar las relaciones y la dinámica familiar, especialmente cuando se trata de niños a los que se sitúa en una posición de poder y control que no les corresponde, y que además no tienen la madurez necesaria para asimilar información que podrían obtener durante una consulta que debería estar centrada en sus mayores (Roat, 2005: 8; Tellechea, 2005: 116).

d) En cuarto y último lugar, el recurrir a profesionales sanitarios bilingües como intérpretes (dejando a un lado cuestiones de competencia traductora) puede distorsionar el buen funcionamiento del sistema y afectar a la estructura laboral del centro de trabajo, ya que para interpretar han de abandonar sus tareas dentro del servicio, obligando a otros miembros del personal a cubrirles (Abraham & Fiola, 2006: 195, Roat, 2005: 10).

Aunque no tan abundante como la investigación relativa a los efectos adversos de la barrera lingüística, la investigación sobre los servicios profesionales de interpretación y su impacto sobre la atención médica ofrece algunos ejemplos interesantes.

Karliner et al. (2007) comparan las implicaciones de la interpretación profesional e informal (proporcionada por personal sanitario bilingüe sin formación en interpretación, y por familiares y otros acompañantes del paciente) mediante la revisión de 28 publicaciones médicas centradas en comparar situaciones clínicas con y sin intérprete, o con distintos tipos de intérprete. Se analizaron cuatro ámbitos sensibles al impacto de las barreras lingüísticas: comunicación (errores y grado de comprensión); utilización de recursos clínicos; resultados de la atención clínica; y grado de satisfacción con la atención médica. El resultado del análisis demuestra que el empleo de intérpretes profesionales está relacionado con una mejor atención médica, en comparación con el empleo de intérpretes informales. Asimismo, los datos estudiados sugieren que la intervención de profesionales de la interpretación eleva la calidad asistencial hasta niveles similares o iguales que los registrados para pacientes sin barrera lingüística.

Por otra parte, un estudio publicado en 2010 (Bagchi et al., 2010) y realizado en los servicios de urgencias de dos hospitales norteamericanos, prueba que tanto los pacientes como el personal sanitario muestran un mayor grado de satisfacción con la calidad de la comunicación y atención médica cuando esta se presta mediante intérpretes profesionales que cuando se hace mediante otras soluciones.

Por último, como se mencionaba anteriormente, el temor a los costes adicionales de crear un servicio de interpretación puede ser un obstáculo para la búsqueda de soluciones lingüísticas de calidad. En este sentido, Shlesinger (2007: 79) afirma que en realidad aún no existe suficiente investigación que avale de forma incontestable las ventajas puramente económicas de contratar servicios profesionales de interpretación, y parece que los costes de hacerlo son más fáciles de cuantificar que el precio de no intervenir para franquear las barreras lingüísticas. Lo cierto es que es difícil cuantificar los beneficios de una buena interpretación y las consecuencias de una comunicación deficiente, ya que estaríamos tratando de atribuir un valor monetario a conceptos tan intangibles como la dignidad y los derechos humanos, la comprensión mutua por encima de barreras socioculturales, y la satisfacción del paciente.

5. CONCLUSIÓN

Es alentador comprobar que en España existe una paulatina concienciación con respecto a las barreras para la comunicación entre los profesionales de la salud y los inmigrantes, que ha desembocado en la puesta en práctica de distintas medidas. Sin embargo, por el momento no dejan de ser medidas muy limitadas y puntuales, dejando gran parte de la comunicación todavía en manos de familiares, profesionales sanitarios que dominan algún idioma y voluntarios. Por otra parte, la práctica totalidad de estas soluciones omiten el requisito de una formación específica en interpretación.

Por tanto, se comprueba que si bien por una parte se están creando puestos remunerados para prestar servicios de traducción e interpretación, por otra parte estos servicios no son verdaderamente profesionales.

Ante esto, esperamos con este trabajo haber contribuido a sensibilizar sobre la gravedad de los riesgos implicados en las soluciones lingüísticas no profesionales, y a sugerir modelos de comunicación interlingüística e intercultural conducentes a una mejor atención al inmigrante.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, Diana y Fiola, Marco A. (2006). Making the case for community interpreting in health care: from needs assessment to risk management. *Linguistica Antverpiensia*, 5, 189-202. [Número especial: E. Hørtog y B. Van der Veer (Eds.). *Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting*].
- Abril, M^a Isabel y Martin, Anne. (2008). Profesionalizar en la práctica: La competencia en ISP como base para la formación de profesionales. En C. Valero (Coord. y Ed.) *Investigación y Práctica en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos* (pp. 103-120). Alcalá: Universidad. CD-ROM
- Abril, M^a Isabel. (2006). *La Interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada. Disponible en <http://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf>.
- Aguaño, Natividad, Fernández, M^a Rocío, Herman, Christine, Lazo, Manuel, López-Cepero, Silvia, Muñoz, Teresa y Ramírez, Cristina (2010, enero). La interpretación social en los centros hospitalarios de Sevilla, Cádiz, Jerez de la Frontera y Puerto Real. Trabajo presentado en el *Máster Oficial en Comunicación Internacional, Traducción e Interpretación 2009-2010 (Asignatura "Interpretación Social")*. Universidad Pablo de Olavide, Sevilla.
- Alexieva, Bistra. (1997). A Typology of Interpreter-Mediated Events. *The Translator*, 3(2), 153-174.
- Bagchi, Ann, Dale, Stacy, Verbitsky-Savitz, Natalya y Andrecheck, Sky. (2010). Using professionally trained interpreters to increase patient/provider satisfaction: Does it work?. *Mathematica*, 6. Recuperado el 25/10/2010, del sitio Web de *Mathematica Policy Research, Inc.* http://www.mathematica-mpr.com/publications/pdfs/health/trained_interpreters_ib.pdf.
- Bischoff, A., Perneger, T.V., Bovier, P., Stalder, H. y Loutan, L. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, 53, 541-546.
- Bischoff, Alexander. (2003). *Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective Interventions* (Informe encargado por el proyecto europeo 'MFH - Migrant Friendly Hospitals'). Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies. Recuperado el 25/10/2010, de <http://www.mfh-eu.net>.
- Bowen, Sarah. (2010). From 'multicultural health' to 'knowledge translation'. Rethinking strategies to promote language access within a risk management framework. *Jostrans*, 14, 145-164.
- Cambridge, Jan. (1999). Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter. *Dialogue Interpreting. The Translator Studies in Intercultural Communication*, 5 (2), 201-19.
- De Pedro Rico, Raquel. (2010). Training Public Service Interpreters in the UK. A Fine Balancing Act. *Jostrans*, 14, 100-120.
- Díaz Olalla, J.M. (2009). Situación actual de la inmigración en España. Desigualdades en salud. En J. Morera Montes, A. Alonso Babarro y H. Huerga Aramburu (Coords.). *Manual de atención al inmigrante*. (pp.11-30). Madrid y Barcelona: Ergon.
- El-Madkouri, Mohamed y Soto, Beatriz. (2002). La función de la interpretación en una sociedad de recepción (la complejidad lingüístico-cultural en el caso del inmigrante marroquí). En C. Valero y G. Mancho (Eds.). *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas Necesidades para Nuevas Realidades* (pp.105-116). Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá Servicio de Publicaciones. [CD-ROM]
- Figuroa-Saavedra, Miguel. (2009, julio-diciembre). Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. *Nueva época*, 12, 149-175.
- Flores, Glenn, Laws, Barton, Mayo, Sandra, Zuckerman, Barry, Abreu, Milagros, Medina, Leonardo y Hardt, Eric. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14.
- Flores, Glenn. (2006). Language barriers to health care in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 355(3), 229-231.
- García Beyaert, Sofía y Serrano Pons, Jordi. (2009). *Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud*. En J. Morera Montes, A. Alonso Babarro y H. Huerga Aramburu (Coords.). *Manual de atención al inmigrante*. (pp.53-66). Madrid y Barcelona: Ergon.
- Gilbert. (1995). Language barriers in medicine in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 273 (9), 724-728.
- Grantmakers in Health. (2003). *In the Right Words: Addressing Language and Culture in Providing Health Care (Issue Brief 18)*. Recuperado el 10/06/2010 del sitio Web de Grantmakers in Health <http://www.gih.org>.
- Hampers, Louis C., Susie Cha, David J. Gutglass, Binns, Helen y Krug, Steven. (1999). Language Barriers and Resource Utilization in a Pediatric Emergency Department. *Pediatrics*, 103(6), 1253-1256.

- Healthcare Interpretation Network. (2007). *National Standard Guide for Community Interpreting Services*. Recuperado el 17/11/2009, de http://www.multi-languages.com/materials/National_Standard_Guide_for_Community_Interpreting_Services.pdf.
- Iglesias, Emilia. (2010). Verbal and non-verbal concomitants of rapport in health-care encounters: implications for interpreters. *Jostrans*, 14, 216-228.
- Jacobs, Elizabeth, Sadowski, Laura y Rathouz, Paul. (2007). The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction. *J Gen Intern Med*, 22 (Suppl 2), 306-11.
- Jacobs, Elizabeth A., Agger-Gupta, Niels., Chen, Alice, Piotrowski, Adam y Hardt, Eric J. (2003). *Language Barriers in Health Care Settings: An annotated bibliography of the research literature*. Woodland Hills, California: The California Endowment. Recuperado el 25/10/2010, del sitio Web de *Hablamos Juntos*: http://www.hablamosjuntos.org/pdf_files/Cal.Endow.Bibliography.pdf
- Karliner, Leah S., Jacobs, Elizabeth, Chen, Alice y 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.
- Kelly, Nataly y Bancroft, Marjory. (2007). The Critical Role of Health Care Interpreting: Views from the Literature, Promising Practices and Lessons Learned in the United States. En L. Epstein (Ed.). *Culturally Appropriate Health Care by Culturally Competent Health Professionals. International Workshop Report* (pp. 85-100). Caesarea, Israel: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.
- Leanza, Yvan. (2005). Roles of Community Interpreters in Pediatrics as Seen by Interpreters, Physicians, and Researchers. *Interpreting*, 7, 167-192.
- Martin, Anne y Abril Martí, M^o Isabel. (2006). Percepciones de los profesionales de los servicios públicos con respecto a la interpretación para la población inmigrante. En P. Blanco García y P. Martino Alba (Eds.) *Traducción y multiculturalidad. Actas de "XI Encuentros Complutenses en Torno a la Traducción"*. Madrid, 1-19 de noviembre, 2005. Madrid: Universidad Complutense.
- Martin, Anne. (2006). La realidad de la traducción e interpretación en los servicios públicos en Andalucía. *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA)*, 1 (Extra), 129-150. [Número monográfico: F. Raga y C. Valero (Eds.). *Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*].
- Morera de Paz, Isabel. (2000). Trabajo de campo: la interpretación Social en los Hospitales de Granada Capital. Trabajo presentado en el curso Interpretación Social del programa de doctorado *Traducción y Sociedad* (1999/2000). FTI, Universidad de Granada.
- Morera Montes, Joaquín, Alonso Babarro, Alberto y Hueriga Aramburu, Helena (Coords.). (2009). *Manual de atención al inmigrante*. Madrid y Barcelona: Ergon.
- National Health Law Program. (2010). *What's in a Word?*. Recuperado el 31/01/2011, del sitio Web del NCHC: http://data.memberclicks.com/site/nchc/Whats_in_a_Word_Guide.pdf.
- Navaza, Bárbara, Estévez, Laura y Serrano, Jordi. (2009). "Saque la lengua, por favor". Panorama actual de la interpretación sanitaria en España. *Panacea*, 10 (30), 141-156.
- Ortega Herráez, Juan Miguel. (2010). *Interpretar para la Justicia*. Granada: Comares.
- Raga, Francisco y Valero, Carmen (Eds.). (2006). *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA)*, 1 (Extra). Número monográfico: *Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*.
- Roat, Cynthia, Gheisar, Bookda, Putsch, Robert y SenGupta, Ira. (1999). *Bridging the Gap: A Basic Training for Medical Interpreters. Interpreter's Handbook*. Seattle, WA: Cross Cultural Health Care Program (CCHCP).
- Roat, Cynthia. (2005). *Addressing Language Access Issues in Your Practice. A Toolkit for Physicians and Their Staff Members*. California Academy of Family Physicians. Recuperado el 31/01/2011, de la Web de *The California Endowment* http://www.calendow.org/uploadedFiles/language_access_issues.pdf.
- Rosenberg, Ellen, Leanza, Yvan y Seller, Robbyn. (2007). Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 67, 286-292.
- Sales, Dora. (2006). Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana y la región de Murcia. *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA)*, 1 (Extra), 85-110. [Número monográfico: F. Raga y C. Valero (Eds.). *Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*].
- Sánchez Elías, Manuel Vicente. (2005). Mediación Intercultural: Formación y praxis de convivencia. La experiencia de Sevilla Acoge. *Cuadernos IAPH. Patrimonio Inmaterial, Multiculturalidad y Gestión de la diversidad*, 182-197.
- Sánchez-Reyes, Sonsoles y Martín Casado, Manuel. (2002). Argumentos a favor de la implantación de un servicio de intérpretes en los hospitales. En C. Valero y G. Mancho (Eds.). *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas Necesidades para Nuevas Realidades* (pp.175-180). Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá Servicio de Publicaciones. [CD-ROM]

- Sánchez-Reyes, Sonsoles y Martín Cosado, Manuel. (2005). Intérpretes profesionales e intérpretes 'ad hoc' en un entorno sanitario. En C. Valero (Ed.). *Traducción como mediación entre lenguas y culturas* (pp. 139-146). Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá Servicio de Publicaciones.
- Shlesinger, Miriam. (2007). Healthcare Interpreting - Legal Requirement, Necessary Evil, or Best Practice?. En L. Epstein (Ed.). *Culturally Appropriate Health Care by Culturally Competent Health Professionals. International Workshop Report* (pp. 71-84). Coesarea, Israel: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.
- Sirur-Flores, M.A. y Álvarez Herrero, M.C. (2009). Entrevista clínica con el inmigrante. En J. Morera Montes, A. Alonso Babarro y H. Huerga Aramburu (Coords.). *Manual de atención al inmigrante*. (pp.89-98). Madrid y Barcelona: Ergon.
- Tellechea, María Teresa. (2005). El intérprete como obstáculo: fortalecimiento y emancipación del usuario para superarlo. En C. Valero (Ed.). *Traducción como mediación entre lenguas y culturas* (pp. 114-122). Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá Servicio de Publicaciones.
- Thomsen, Dawn y Bancroft, Marjory. (2002). *Connecting across Cultures*. Recuperado el 19/02/2010, del sitio Web del FIRN <http://www.firnonline.org/FIRNDoc/improveingAccessForHealth.pdf>.
- Valero Garcés, C. (2003). *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, Actualidad y Futuro*. Granada: Comares.
- Valero Garcés, Carmen y Dergam, Adriana. (2003). ¿Mediador social = mediador interlingüístico = intérprete? Práctica, formación y reconocimiento social del intérprete en los servicios públicos. En A. Collados Aís, M. Fernández Sánchez, E. M. Pradas Macías, C. Sánchez Adam y E. Stévaux (Eds.). *La evaluación de la calidad en interpretación: docencia y profesión* (pp. 257-266). Granada: Comares.
- Verrept, Hans. (2008). Intercultural Mediation: An answer to healthcare disparities? En C. Valero y A. Martin (Eds.). *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas* (pp. 187-202). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- Wirthlin Worldwide. (2001). *Hablamos Juntos: We Speak Together*. Robert Wood Johnson Foundation. Recuperado el 31/01/2011, de la Web de *Hablamos Juntos* http://www.hablamosjuntos.org/pdf_files/wirthlin_report.pdf.