

## 4

# Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud

S. García Beyaert, J. Serrano Pons



## INTRODUCCIÓN

La diversidad cultural trae consigo diferentes maneras de concebir, expresar y organizar el mundo. Las barreras de comunicación, ya sean originadas por diferencias lingüísticas o de tipo cultural, merman el acceso a los servicios de salud de gran parte de la población inmigrada.

El acceso a la salud en igualdad de condiciones es cuestión de derechos fundamentales individuales, pero también de cohesión social y salud pública. En palabras de Elvira Méndez, "la atención sanitaria es un factor determinante de la buena calidad de las experiencias de la vida diaria en las sociedades receptoras, es un factor mediador en la construcción de nuevas formas de capital social y es un factor amortiguador del efecto desintegrador de las deprivaciones y las frustraciones en otros ámbitos de la vida"<sup>(1)</sup>. En beneficio de todos, es urgente facilitar el acceso de todos a los cuidados sanitarios y para ello se pueden definir diferentes acciones encaminadas a la adaptación de las instituciones de salud a las nuevas necesidades de nuestras sociedades multiculturales. El Consejo de Europa ha dictado algunas recomendaciones al respecto entre las cuales cabe destacar "la supresión de obstáculos para la comunicación [como]

aspecto que requiere la intervención más urgente, clara y evidente"<sup>(2)</sup>.

La importancia de la comunicación en términos generales para asegurar la calidad del servicio prestado ha sido subrayada en diversos estudios relacionados con la atención sanitaria<sup>(3-5)</sup>. La necesidad de aportar soluciones específicas para mejorar la comunicación con pacientes que no hablan la lengua local ha recibido desde el estamento médico especial atención en Suiza<sup>(6-10)</sup>.

Desde el ámbito académico, se vienen desarrollando en nuestro país campos de estudio y de formación especializados en este tipo de necesidades comunicativas particulares: la Universidad de Alcalá ofrece el primer máster de interpretación en los servicios públicos<sup>(11)</sup>; la Universidad Jaume I de Castellón ampara el grupo de investigación CRIT<sup>(12)</sup> que estudia la Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales; y en la Universidad de Granada, el grupo de investigación GRETI<sup>(13)</sup> investiga la interpretación en los servicios públicos como género y desde hace varios años imparte los primeros cursos de doctorado en España sobre estos temas.

La realidad hoy por hoy es que muchas veces se subestima el impacto de los problemas de comunicación a pesar de que la lista de consecuencias de una mala calidad

de la atención sanitaria que reciben las personas inmigradas por esta razón es larga. La epidemióloga De Muynck ofrece una lista documentada de estas consecuencias, basada en estudios en centros de salud del norte de Europa, y que recogemos aquí<sup>(14)</sup>:

- Retraso en la identificación de síntomas.
- Interpretaciones erróneas de los procesos de somatización.
- Comunicación insuficiente de los problemas médicos.
- Enfoques inadecuados en materia de diagnóstico, terapia y seguimiento.
- Interpretación errónea de la función de los procedimientos de diagnóstico.
- Derivación subóptima.
- Dificultades del personal sanitario para explicar modelos causales a los usuarios inmigrados.
- Incertidumbre prolongada en relación con los diagnósticos y la atención recibida.
- Interpretación errónea del tratamiento prescrito.
- Abandonos del tratamiento.
- Recorrido del paciente por diversos consultorios en búsqueda de atención satisfactoria.
- Cuidados preventivos inadecuados.
- Clima de hostilidad.
- Tendencia al trato poco equitativo, etc.

Es esencial que tanto el paciente como el personal sanitario muestren buena disposición para aprender los sistemas de valores y funcionamiento del otro. Los profesionales de los centros de salud se ven en la necesidad de adquirir competencias interculturales y aprender las peculiaridades biomédicas de sus nuevos pacientes, mientras que los pacientes deben aprender la lengua y funcionamiento de los sistemas de su país de acogida. Son gestos necesarios para mejorar el entendimiento y, por tanto, la comunicación y los servicios prestados a medio

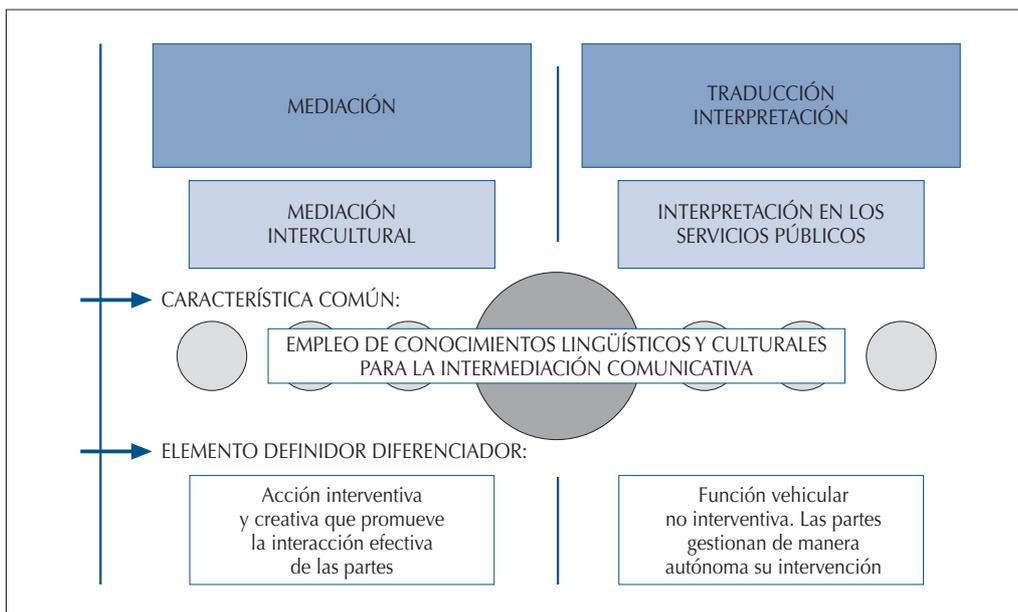
y largo plazos. Para facilitar esta transformación a medio y largo plazos por una parte y aportar soluciones en la inmediatez por otra, aparecen nuevas profesiones e iniciativas de las que hablaremos en este capítulo.

## NUEVAS PROFESIONES

El fenómeno de la inmigración es una realidad que no tiene fecha de caducidad. En este sentido siempre habrá una parte de la población con la que la comunicación sea difícil y siempre tendremos que seguir adquiriendo competencias interculturales en el marco de negociaciones implícitas o explícitas entre nuevos y antiguos miembros de la sociedad que hacen un esfuerzo para lograr el proceso de acomodación a su nueva realidad al que hacen referencia algunos autores<sup>(15)</sup>. En el medio y largo plazos, tendrá lugar un proceso de adaptación progresiva de manera tan inevitable como necesaria. Esto no quita para que exista siempre un espacio de actuación imprescindible en la inmediatez para aclarar malentendidos, buscar el encuentro o sencillamente superar barreras lingüísticas.

Para ayudarnos a superar estas barreras que se originan en la diferencia cultural o lingüística aparecen valiosas figuras de intermediación cuya actividad está abocada a una profesionalización cada vez mayor.

Hoy por hoy, podemos hacer una larga lista de términos que se suelen usar para referirnos a la persona que se encuentra en posición vehicular en el acto comunicativo: mediador, mediador lingüístico, mediador intercultural, intérprete social, traductor, traductor-intérprete, intérprete, intérprete comunitario, intérprete de enlace, intérprete en los servicios públicos, agente de enlace, educador sanitario, acompañante lingüístico, etc.



**FIGURA 1.** Contextualización y diferenciación entre mediación intercultural y traducción e interpretación en los servicios públicos (elaboración propia).

La diversidad de términos empleados incluso por los propios profesionales de este campo (los propios *facilitadores* de la comunicación) contribuye a que exista una gran confusión en este ámbito.

La confusión procede sin duda del desconocimiento que rodea toda profesión emergente y en proceso de construcción, pero también del hecho de que el facilitador o facilitadora de la comunicación debe recurrir a una mezcla de destrezas propias de profesiones o actividades ya definidas para que su función sea efectiva: las del intérprete y las del mediador, especialmente. Como anuncia la figura 1, a continuación veremos que ambas figuras tienen un papel diferenciado e importante que cumplir en el ámbito de la comunicación y las cuestiones de salud. Veremos que, aunque comparten características comunes, existen razones de peso para mantener ambas actividades diferenciadas. Comenzamos antes

por aclarar algunos conceptos de base que nos ayudarán a desambiguar el enmarañado mundo de la comunicación intercultural y sus recursos. Al fin y al cabo, del éxito de la comunicación son responsables todos los participantes de la misma, y por eso es importante conocer bien los recursos que tenemos a nuestro alcance.

## DESAMBIGUACIÓN

### Mediación

La mediación se puede definir como técnica precisa de intervención para ayudar a encontrar soluciones a problemas que afectan a nuestra vida de relación como personas o como miembros de grupos, colectivos y sociedades<sup>(16)</sup>. Aunque distintas definiciones aportan diferentes matices y visiones, tras un repaso de las propuestas de distintos autores, de Diego Vallejo y Guillén Gesto-

so<sup>(17)</sup> identifican las siguientes características de la mediación que se repiten en todos los casos: “la intervención de una tercera parte para resolver [un] conflicto y su necesario carácter imparcial”.

La mediación se aplica a multitud de ámbitos (familiar, laboral, comunitario, etc.). Sea cual sea el campo de aplicación, el mediador interviene con el acuerdo de las partes, se mantiene neutro y sin poder para tomar decisiones y su papel es facilitar la búsqueda voluntaria de las partes de una solución conveniente para ambas.

### Mediación intercultural

Si la intervención del mediador en su definición amplia implica siempre la presencia de un conflicto, el mediador intercultural se concibe como figura profesional destinada a establecer puentes entre dos partes naturalmente alejadas por sus diferencias culturales, identitarias, de pertenencia étnica, etc.; crear puentes entre los inmigrantes y las estructuras de la sociedad de acogida (ya sean sociales, institucionales o de otro tipo). Así, no es necesario que exista conflicto explícito para justificar la intervención de un mediador intercultural. La mediación intercultural se concibe, según Cohen-Emerique<sup>(18)</sup> como actividad de intermediación en las siguientes situaciones: cuando existe dificultad de comunicación, para poner de acuerdo, conciliar o reconciliar a personas o partes, o como catalizador de un proceso de cambio.

### Traducción e interpretación

La traducción y la interpretación implican la traslación de mensajes de una lengua a otra. Los profesionales del gremio suelen hacer la diferencia entre la traducción como modalidad de traslación escrita por oposición a la interpretación, como modalidad de traslación oral. Es frecuente, no obstan-

te, que de forma general –fuera de la profesión– se emplee la palabra “traductor” o “intérprete” (con más frecuencia la primera) sin hacer esta distinción.

La traslación de mensajes implica el trasvase de una lengua a otra de ideas, conceptos e intenciones encerradas en el mensaje. Así, en muy raras ocasiones la traducción o la interpretación realizadas por humanos se limitan a hacer trasvases literales, es decir, palabra por palabra. En muchas ocasiones esto daría lugar a construcciones incoherentes desprovistas de significado en la lengua meta y que no recogerían adecuadamente el mensaje expresado en la lengua de origen. Antes de hacer el transvase, el traductor o el intérprete se apropia del mensaje, y no de las palabras, para transferirlo tan fielmente como sea posible a la lengua del destinatario. Esto requiere recursos y aptitudes específicos que diferencian al profesional traductor o intérprete de otras personas plurilingües.

### Interpretación

Por oposición a lo que se podría pensar partiendo de la acepción general de la palabra “interpretar”, la interpretación como actividad profesional no hace referencia al entendimiento subjetivo de las cosas. La interpretación es la transmisión de mensajes orales entre dos lenguas (o mensajes signados en el caso de que al menos una de las lenguas sea una lengua de signos), transfiriendo todos los componentes para que dos personas que no comparten una misma lengua puedan interactuar sin que el idioma sea una barrera.

Existen diferentes modalidades de interpretación: la interpretación simultánea (el intérprete transfiere al tiempo que el orador emite su mensaje, con sólo unos segundos de diferencia; requiere por lo general la utilización de equipos técnicos, como cabi-

nas de interpretación para aislar al intérprete y equipos de sonido); la interpretación consecutiva (el intérprete comienza a transferir el mensaje después de que el emisor haya finalizado su intervención; cuando dicha intervención se extiende durante varios minutos, como en el caso de un discurso, el intérprete hace uso de técnicas de toma de notas para poder transferir el mensaje con exactitud); y la interpretación de enlace (que puede considerarse una modalidad de interpretación consecutiva que permite el diálogo entre dos o más personas: el intérprete traduce los distintos turnos de palabra).

### Interpretación en los servicios públicos

El tipo de interpretación que suelen requerir las situaciones que encontramos en los servicios públicos es la interpretación de enlace, para permitir la comunicación entre el profesional y el usuario.

Si el papel del mediador es por definición interventor, el intérprete en los servicios públicos evitará, siempre que pueda, interferir en la comunicación que debe ocurrir entre el profesional del servicio en cuestión y el cliente o usuario. La función del intérprete en los servicios públicos es servir de vehículo para la comunicación cuando existen barreras que sin su presencia serían infranqueables. Para asegurarse de que la comunicación fluye de forma efectiva entre las dos partes, el intérprete recurre a sus conocimientos tanto lingüísticos como culturales para lograr que los mensajes emitidos sean recibidos con la decodificación lingüística y la cultural necesarias. Esto requerirá en ocasiones hacer aclaraciones culturales, siempre con el objetivo de que el mensaje llegue tan libre de malentendidos como sea posible y los interlocutores se vean así capacitados para lograr un intercambio fructífero en las situaciones en las que deben comunicarse.

### LA FUNCIÓN DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN SANIDAD

Con independencia de nuestros valores, ideología, intenciones o características profesionales y personales, las relaciones interculturales conllevan siempre un mayor riesgo intrínseco de conflicto que otras relaciones humanas y sociales. Esto queda muy bien expresado con las siguientes palabras que tomamos prestadas de la siguiente obra a la que algunos autores se refieren como la más consistente en cuestiones de mediación intercultural<sup>(19)</sup>: “Mediación intercultural. Una propuesta para la formación”<sup>(20)</sup>.

*“Si al hecho de que no coinciden los sistemas de valores en aspectos clave para la persona como son su relación con la familia, con la comunidad, la socialización, el trabajo, el tiempo, el espacio, la sexualidad..., si a esta diferencia le agregamos un contexto de interacción donde están siempre presentes la concepción de superioridad de una cultura respecto de la otra, la desigualdad social y una conflictiva relación histórica dominante-dominado entre los respectivos pueblos, entenderemos aquello que dicen las personas expertas y experimentadas en la relación intercultural de que el conflicto es inherente al encuentro entre personas culturalmente diversas. [...] Nacen los malentendidos e incomprensiones que a menudo desembocan en tensiones, conflictos y violencia –simbólica o real–, donde el más poderoso impone sus juicios de valor y sus códigos de relación sobre el otro, y éste reacciona con actitudes y sentimientos de desconfianza, amenaza, repulsa, rebelión, o bien defensa, repliegue, resistencia y, a veces, de culpabilización, inferioridad, exclusión, inhibición...”*

Aplicado al campo de la salud, este clima de interacción impide el acceso igualitario y necesario de todos los miembros de

nuestras nuevas sociedades multiculturales a los servicios sanitarios. En este sentido se puede interpretar que el conflicto implícito que justifica la intervención de la mediación, y al que se hace referencia en la definición de la disciplina, reside en la diferencia de percepciones que impide una interacción efectiva entre actores y miembros de una misma sociedad y que sin embargo es necesaria.

Facilitar el acceso de todos para mejorar la salud de la población en su conjunto; es decir, lograr la interacción entre instituciones de la salud y miembros de la sociedad con orígenes diversos, requiere por una parte una descodificación de nuestro sistema de atención que no está desprovisto de una cultura de funcionamiento propia que lo hace diferente de otros sistemas de otros países, por ejemplo. Por otra parte, es necesario el desarrollo de la denominada “competencia cultural” por parte de los profesionales que atienden a pacientes que se identifican con grupos culturales diversos. La competencia cultural conlleva el desarrollo de aptitudes comunicativas que “permiten tomar plena conciencia y controlar los factores de fracaso o riesgo para la interacción intercultural”<sup>(20)</sup>.

Utilizando distintos métodos, son éstos los tipos de puentes que el mediador intercultural tiene por función construir progresivamente. Se concibe al mediador como “catalizador del proceso de cambio” que habilita a las partes implicadas para que progresivamente puedan gestionar de forma autónoma y efectiva el intercambio entre sí. La forma que pueden tomar las acciones de mediación intercultural van desde las charlas o seminarios educativos (cuando así se lo permiten) hasta la elaboración y difusión de material informativo y divulgativo destinado tanto a los profesionales sanitarios como a los propios pacientes (incluye entonces labores de traducción), pasando por la resolución de conflictos o simplemente el

acompañamiento del paciente (que suele incluir labores de interpretación).

Los mediadores (que suelen ser en su mayoría mediadoras) son personas biculturales, o con una gran competencia en las culturas con las que trabajan. Para cumplir con su función de forma efectiva en el ámbito de la salud, deben estar suficientemente familiarizados con la cultura biomédica y la cultura general del país de acogida. Por estas razones y para lograr la confianza tanto del personal sanitario como de los usuarios inmigrados –esto último constituye una clave para el éxito de su intervención– muchos abogan por la necesidad de profesionalizar la figura del mediador. En este sentido, hay que mencionar la labor de organizaciones como el SEMSI de Madrid, que desde 1997 viene desarrollando un servicio de mediación intercultural cada vez más profesionalizado; o el Grupo Triángulo, que reúne a entidades de distintas regiones con la misión de promover el reconocimiento y la valoración de la figura mediadora intercultural<sup>(21)</sup> y que celebró el pasado mes de marzo de 2008 el “I Encuentro Estatal de Mediadores Interculturales”. Asociada a este grupo, la Fundación Celmigra coordina la homogeneización del perfil de mediadores interculturales a nivel estatal y de sus programas de formación<sup>(22)</sup>, entre los que cabe mencionar el “Máster online en Medicación Intercultural y Participación Ciudadana” en colaboración con la Universidad de Valencia, que celebra actualmente su tercera edición<sup>(23)</sup>. Más recientemente, la Fundación La Caixa ha puesto en marcha su propia Red de Mediadores que prevé la formación y contratación de mediadores en diferentes sectores, entre los cuales el sanitario<sup>(24)</sup>.

La labor de los mediadores interculturales permite que poco a poco se vayan suavizando las dificultades a las que hace alusión De Mynck<sup>(14)</sup>:

*“Muchos agentes de salud tienen dificultades con sus pacientes inmigrantes y se quejan de sus hábitos de búsqueda del tratamiento que más les complace, su resistencia a las prácticas de diagnóstico rutinarias, su tendencia a simular enfermedades, lo indefinido de sus quejas y las barreras de género que dificultan el examen médico y el posterior seguimiento”.*

Detrás de estos comportamientos percibidos como tales se esconden a menudo en el origen del problema las barreras de comunicación inherentes a la interculturalidad inicial y a las que venimos haciendo referencia. Porque no nos hacemos entender, o porque no entendemos al otro, los malentendidos se multiplican y el clima de tensión escala. Las distintas acciones desarrolladas en el marco de la mediación intercultural brindan progresivamente a todas las partes elementos para la descodificación de sus acciones, de su funcionamiento, de su intención y de su comprensión y visión del entorno que les rodea y que están, sin excepción, estrechamente relacionados con el prisma cultural desde el que todos observamos la realidad.

Según De Muynck y en base a la experiencia en Bélgica, la mediación intercultural sólo induce mejoras significativas en la calidad de la atención si la cooperación con el personal sanitario es fluida. Estas mejoras se traducen en la racionalización de la utilización de los servicios sanitarios: se reduce la incidencia de visitas a diferentes profesionales, la duración media de las hospitalizaciones, así como los casos de ineficiencia debido a la ausencia de anamnesis adecuadas. Disminuye también el retraso de los pacientes para acudir a los centros de salud, y aumenta la regularidad de las visitas de seguimiento. Los pacientes se muestran más dispuestos a aceptar la referencia a un especialista o a un hospital.

## LA FUNCIÓN DE LA INTERPRETACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Hasta ahora hemos hablado de comunicación en un sentido amplio, sin necesidad de demarcar un contexto específico. Que el paciente recién llegado a nuestro país entienda la diferencia y sepa de la existencia de servicios de atención primaria por oposición a los servicios de urgencia, por ejemplo, es cuestión de comunicación y esta información se puede haber transmitido, o no, de múltiples maneras y en múltiples contextos (como hemos visto, uno de los papeles del mediador puede ser fomentar la difusión de este tipo de información relacionada con la cultura y sistemas locales). Nos centramos ahora en la necesidad de comunicación específica en que el profesional sanitario y el paciente deben interactuar, comunicar entre sí en una situación determinada en que se encuentran cara a cara para llevar a término su objetivo común: velar por la salud del paciente.

En esta situación, es esencial que el profesional y el paciente logren interactuar directamente para intercambiar sin obstáculos la preciada información que tienen que darse el uno al otro. La interpretación, tal y como la hemos definido más arriba, permite que el intercambio tenga lugar de manera efectiva.

Aunque de vital importancia, la interpretación en los servicios de salud no es tarea sencilla. En el ámbito de la atención sanitaria, en particular, es esencial y difícil de conseguir el equilibrio entre, por un lado, la necesidad de independencia de las partes que deben comunicarse libremente a pesar de las barreras lingüísticas y culturales y por otro, la necesidad de la persona facilitadora de la comunicación de intervenir en determinadas circunstancias para lograr superar dichas barreras de forma efectiva (como, por

ejemplo, alertando de una diferencia cultural importante o de un desfase en ciertos conocimientos que una de las partes da por sentado que la otra comparte).

Estas características particulares de la situación comunicativa en el ámbito médico y lo que ello conlleva en cuanto a las aptitudes que se requieren del facilitador y de los que con él colaboran (el paciente y el profesional sanitario) hacen que la profesión del intérprete en los servicios de salud se haya convertido, en países de larga tradición en cuestiones de gestión de la diversidad cultural como son Australia, Canadá, Gran Bretaña, Suiza o Estados Unidos, en un campo de especialización profesional diferenciado del de otras figuras que ejercen la mediación lingüística (como la del mediador intercultural o la del intérprete en los juzgados, por poner sólo un par de ejemplos). A este campo de especialización se le dedican en estos países esfuerzos y recursos específicos. Destacamos la directiva de obligado cumplimiento que describe los procedimientos para trabajar con intérpretes de los servicios de salud en Australia<sup>(25)</sup>, y la reciente coalición de asociaciones de intérpretes en los servicios sanitarios de Estados Unidos (en que el nivel de profesionalización es envidiable pero no tanto como en Australia) y que ha sido creada con el objetivo de poner en marcha un sistema de acreditación profesional que tenga valor a nivel nacional<sup>(26)</sup>.

En otros países, como Bélgica, Italia o algunas regiones de Alemania, por ejemplo, la función de la interpretación la asume en algunos casos la figura del mediador intercultural. Verrept<sup>(27)</sup> concluye tras la realización de dos estudios cualitativos en centros de salud belgas (el primero basado en entrevistas a profesionales sanitarios y el segundo, en la observación participativa) que los programas de mediación que, como los que son objeto de

su estudio, incorporan las funciones de interpretación entre las del mediador deben dedicar esfuerzos específicos a la formación de mediadores en la actividad interpretativa. Se refiere a Roberts<sup>(28)</sup> para señalar que existe una diferencia entre ser bilingüe y ser capaz de interpretar con profesionalidad y precisión. Entre los resultados de su estudio señala entre otros problemas las pérdidas de información que se producen en el intercambio: los mediadores no siempre pidieron que se repitiera cuando les faltaba información o no pidieron la aclaración de conceptos que no habían entendido bien y esto conllevaba la pérdida de parte del mensaje en la translación de una lengua a otra; los mediadores interculturales no traducían de manera exhaustiva los mensajes y, en consecuencia, “sólo la mediadora intercultural tiene conocimiento de lo que han intentado comunicar las diferentes partes implicadas”.

Es fácil para el mediador olvidar los límites de su labor como intérprete para intervenir activamente como suele tener que hacerlo en otros contextos. Corre entonces el riesgo de, como indica Hale<sup>(29)</sup>, “monopolizar la interacción” e impedir que los participantes desarrollen su propia relación al no dejar que comuniquen entre ellos. Más que de un diálogo entre médico y paciente a través del intérprete, se trataría de dos conversaciones entrelazadas: la del mediador con el médico y la del mediador con el paciente<sup>(30)</sup>. Por esta misma razón Martin y Abril<sup>(31)</sup> subrayan que es fundamental que quede clara la función que el mediador está cumpliendo en cada momento para evitar así la pérdida de credibilidad. Si el mediador/intérprete se ve implicado en una conversación con una de las partes, la tercera persona presente quedará automáticamente excluida del intercambio y esto impide que se desarrolle el clima de confianza necesario para que la comunicación a través de un intérprete tenga éxito.

### Trabajar con un intérprete

El éxito de la comunicación en presencia de un intérprete está estrechamente relacionado con el éxito de la colaboración entre los profesionales que participan en ella: el sanitario y el intérprete. Por ello, se recomienda a menudo que los profesionales de los servicios públicos que tengan que trabajar con intérpretes reciban cursos de formación sobre cómo colaborar con ellos. En la Universidad del País Vasco se ha organizado este año por primera vez el curso de verano “Traducción e interpretación en los ámbitos jurídico y sanitario” destinado a los profesionales de dichos campos<sup>(32)</sup>. Los Hospitales Universitarios de Ginebra tienen a disposición de cualquier interesado el manual *Other Words, Other meanings*<sup>(33)</sup>: una útil guía para que las consultas médicas bilingües e interpretadas lleguen a buen término. En la siguiente dirección está disponible una versión en español de este manual: [www.universaldocotor.com/ispas.pdf](http://www.universaldocotor.com/ispas.pdf).

Trabajar con un intérprete profesional de los servicios de salud conllevaría la garantía del respeto de los principios éticos y deontológicos de dicha profesión y por tanto la garantía de confidencialidad, imparcialidad, exactitud y la posibilidad de intercambios directos satisfactorios para ambas partes.

Desafortunadamente, esta figura todavía es poco frecuente en nuestras instituciones. La disponibilidad de intérpretes profesionales (o por lo menos con algún tipo de formación profesional) que puedan ofrecer las combinaciones lingüísticas requeridas en el contexto sanitario es limitada. Los intérpretes que se forman cada año en gran número en nuestras universidades lo suelen hacer en lenguas mayoritarias como son el inglés, el francés, el alemán, y algunos en árabe (Universidad de Granada). Cabe mencionar como excepción el programa de formación de la Universidad de Alcalá que, además de

especializarse en la formación específica de intérpretes en los servicios públicos, ofrece algunas lenguas menos comunes en las universidades y de gran demanda en los servicios públicos de la zona centro como son el rumano o el árabe.

En la mayoría de los casos recurrimos aún en España a intérpretes *ad hoc*, como pueden ser mediadores sin formación en interpretación, otros profesionales bilingües, voluntarios que se ofrecen para prestar el servicio de manera esporádica, voluntarios que colaboran con ONGs o familiares o amigos de los pacientes (incluyendo a niños). Este último es el recurso menos recomendable de los recursos improvisados: el hacer de intermediario representa una responsabilidad demasiado pesada para un menor y puede tener consecuencias sobre su equilibrio psicológico<sup>(34)</sup>.

La tabla 1 resume algunas recomendaciones para que la comunicación a través de un intérprete (profesional o no) se acerque a las circunstancias óptimas.

### LA INTERPRETACIÓN TELEFÓNICA

La interpretación telefónica presenta la clara ventaja de permitir un acceso instantáneo al servicio lingüístico. Esto facilita el acceso a un mayor número de lenguas en cualquier momento e incluso en lugares aislados, si la infraestructura que respalda el servicio es la adecuada. Sin la limitación espacial, es posible contar con los servicios de intérpretes profesionales de las lenguas más exóticas en los diferentes centros de salud que los puedan requerir de manera esporádica y que, debido al carácter esporádico de la necesidad, no pueden permitirse contar con un intérprete presencial para cubrir el servicio.

Como en la interpretación presencial, la traslación de los mensajes se hace de mane-

**TABLA 1.** Recomendaciones para la comunicación a través de un intérprete (*ad hoc*)

Antes	Durante
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre que sea posible, recurra a un intérprete profesional</li> <li>• Si no hay intérprete profesional disponible evite que sean los niños u otros familiares del paciente los que se responsabilicen de la interpretación. Recuerde además que en ese caso será casi imposible lograr los objetivos deseables de confidencialidad e imparcialidad del intérprete</li> <li>• En caso de que el acompañante del paciente sea el mejor recurso disponible, trate de averiguar cuál es la relación de parentesco. Esto le ayudará a tener una comprensión más completa de la situación</li> </ul>	<p>Si el intérprete no es profesional, las siguientes sugerencias pueden resultarles útiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lleguen al acuerdo de que se interpretará todo lo que se diga y asegúrese de que el paciente sepa que así será</li> <li>• Sitúense en triángulo, estando el intérprete a igual distancia de usted y del paciente. Esto le ayudará a mantenerse en posición imparcial y favorecerá la interacción directa entre el paciente y usted</li> <li>• Háblele al paciente y no al intérprete y pídale a la persona que interpreta que hable en primera persona: usted le hace preguntas directamente al paciente en lugar de pedirle al intérprete que lo haga por usted y el intérprete juega a ser las voces de uno y otro, sin comenzar por “ha dicho que...” o “quiere saber si...” sino dirigiéndose directamente a uno y otro</li> <li>• Pídale a la persona que hará de intérprete que distinga claramente entre sus propios comentarios y los que está interpretando</li> <li>• Trate de hacer frases sencillas y de hacer intervenciones breves</li> <li>• Invite al intérprete a pedirle explicaciones suplementarias antes de traducir si hay algo que no ha entendido o no recuerda bien</li> <li>• No dude en pedirle al paciente que repita las instrucciones o las explicaciones que le ha dado para asegurarse de que las ha entendido bien</li> </ul>

*Elaboración propia. Inspirado en Loutan y Bischoff<sup>(33)</sup> y Herndon<sup>(35)</sup>.*

ra consecutiva, es decir, que el intérprete comienza a trasladar el mensaje después de cada intervención de los interlocutores (no es, por tanto, interpretación simultánea aunque sí de acceso instantáneo –véase Definiciones más arriba–).

La particularidad de la situación comunicativa cuando se recurre a la interpretación telefónica, por oposición a la interpretación presencial, reside en que el intérprete sólo obtiene la información que se transmite oralmente en el momento de la interacción. No tiene acceso a otros elementos de la comunicación que pueden resultar cruciales para la correcta comprensión de los mensajes. Éstos son principalmente la ausencia de referencias del marco en el que ocurre la comunicación (lugar, conversaciones previas, estado del paciente, y cualquier otra

información relacionada con el contexto), por una parte, y la ausencia de contacto visual que ofrece el acceso al lenguaje no verbal (expresión gestual y actitudes), por otra. Dichas carencias pueden tener claras repercusiones sobre la calidad de la interpretación y, por tanto, sobre la calidad de la comunicación<sup>(36)</sup>.

Sin embargo, son estas mismas características las que ofrecen, por contrapartida, la ventaja particular de facilitar la confidencialidad gracias a la posibilidad del anonimato.

Mientras que algunos autores subrayan las dificultades que acarrea la interpretación telefónica, otros afirman que se trata de una práctica de interpretación muy satisfactoria para profesionales de la salud y pacientes<sup>(37)</sup>. En cualquier caso, todos parten del supuesto de que los intérpretes que ofrecen el ser-

vicio son profesionales con formación y, al igual que para el resto de figuras de intermediación lingüística, se insiste en la necesidad de comprobar la calidad del servicio mediante sistemas de certificación de los profesionales que ofrecen el servicio así como mediante sistemas de seguimiento y evaluación de conversaciones grabadas para garantizar la calidad del servicio<sup>(37)</sup>.

### APLICACIONES INFORMÁTICAS MULTILINGÜES

El interés que suscita la cuestión de la comunicación intercultural en los servicios de salud y la necesidad de aportar soluciones efectivas a un problema real ha dado lugar a iniciativas innovadoras: asistimos al desarrollo de programas informáticos multilingües que permiten al profesional sanitario la formulación de preguntas básicas para la obtención de información crítica del paciente que acude al centro de salud y no domina la(s) lengua(s) de la administración. Este tipo de iniciativas está en plena fase de evolución con su puesta en marcha ya en algunos centros hospitalarios españoles<sup>(38,39)</sup>.

El concepto de software multilingüe para la comunicación en el ámbito de la salud consiste en un corpus de preguntas, frases explicativas y respuestas, todas ellas traducidas previamente a distintos idiomas y con audios asociados que el profesional sanitario puede activar para obtener la información pertinente del paciente. Es importante diferenciar estas herramientas de corpus tangible traducido por humanos y sometido a controles de calidad, de las herramientas de traducción automática (a las que también se hace a veces referencia con la expresión “traductor simultáneo”). La traducción automática se basa en sofisticados métodos estadísticos para establecer equivalencias

entre diferentes lenguas naturales. No obstante, por oposición a los lenguajes construidos o de programación, las lenguas naturales no se prestan a descodificaciones sistemáticas: son muchos y variados los elementos que le dan sentido a cada palabra en cada frase y a cada frase en cada contexto. Las máquinas no son hoy por hoy capaces de descodificar todas las relaciones complejas que establecemos para expresarnos incluso (o quizá sobre todo) en las situaciones más cotidianas y por ello no obtenemos siempre resultados satisfactorios al utilizarlas. Cuanto más alejadas sean las lenguas, no sólo en cuanto a la estructura gramatical y sintáctica, sino también en cuanto a la cultura que las rodea, más difícil es obtener resultados fiables de traducción automática y más necesaria se hace la revisión de los resultados por traductores humanos. Teniendo en cuenta que frecuentemente las lenguas de la inmigración son precisamente muy lejanas a las nuestras, es particularmente útil el desarrollo de estas aplicaciones multilingües que ofrecen una garantía de calidad de las frases traducidas y que además tienen audios asociados que facilitan la interacción con el paciente, especialmente cuando éste no sabe escribir en su lengua materna.

La utilización de estas herramientas ofrece así una solución a problemas de comunicación concretos y enmarcados en las casuísticas que las aplicaciones pueden prever. No podrán nunca sustituir a un intérprete o mediador por esta misma razón y es importante concebirlas como complemento útil de las demás medidas que hemos mencionado en este capítulo. Estas herramientas permiten también la creación de documentos útiles para el paciente que éste puede llevarse impresos en su lengua al salir de la consulta como, por ejemplo, la traducción de una receta médica y la posología o

la fecha, hora y lugar de su próxima cita, asegurando así la comprensión de elementos clave incluso en las interacciones en las que se ha podido contar con el trabajo del intérprete o mediador.

## BIBLIOGRAFÍA

- Méndez Méndez E. Políticas públicas de acomodación de los inmigrantes en el ámbito sanitario. *Quadern Caps* 2004; 32: 18-23.
- Recommandation Rec(2006)18 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les services de santé dans un société multiculturelle (adoptée par le comité des Ministres le 8 novembre 2006, lors de la 979e réunion des Délégués des Ministres), épigrafe B-3.1 [traducción propia].
- Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991; 32 (11): 1301-10.
- Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc Sci Med* 1998; 47 (10): 1573-88.
- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1611-25.
- Bischoff A, Bovier P, Isah R, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med* 2003; 57: 503-12.
- Bischoff A, Loutan L, Stalder H. Barrières linguistiques et communication dans une policlinique de médecine. *Bulletin Suisse de Linguistique Appliquée* 2001; 74: 193-207.
- Bischoff A, Tonnerre C, Eytan A, Bernstein M, Loutan L. Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Soz Präventivmed* 1999; 44: 248-56.
- Bischoff A, Hudelson P, Bovier P. Doctor-Patient Gender Concordance and Patient Satisfaction in Interpreter-Mediated Consultations: An Exploratory Study. *J Travel Medicine* 2008; 15 (Issue 1): 1-5.
- Bischoff A, Perneger T, Bovier P, Loutan L, Stalder H. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *Br J General Practice* 2003; 53: 541-6.
- FITISPos (Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos). <http://www2.uah.es/traduccion/>.
- CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales). <http://www.crit.uji.es/>.
- GRETI (Grupo de Investigación sobre Interpretación ante los retos de la mundialización: Formación y Profesión). <http://www.ugr.es/~greti/>.
- De Muynck A. Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes? *Quadern CAPS* 2004; 32: 40-6.
- Zapata-Barrero R. Inmigración, innovación política y cultura de acomodación en España. Barcelona: Fundació CIDOB; 2004.
- Diego Vallejo R, Guillén Gestoso C. Mediación: proceso, tácticas y técnicas. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008.
- Vinyamata Camp E. Aprender Mediación. Barcelona: Piados; 2003.
- Cohen-Emerique M. La négociation interculturelle, phase essentielle de l'intégration des migrants. *Hommes & Migrations* 1997; 1208: 9-23, citado en VV.AA. Mediación intercultural. Una propuesta para la formación. Madrid: Editorial Popular; 2002.
- Sales Salvador D. Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España. *Translation Journal* 2005; en línea: <http://accurapid.com/journal/31mediacion.htm>.
- VV.AA. Mediación intercultural. Una propuesta para la formación. Madrid: Editorial Popular; 2002. p. 80.
- Grupo Triángulo. Plan estratégico 2005-2007. <http://www.mediacionintercultural.org/triangulo.htm>.
- Fundación Celmigra. Centro de Estudios para la Integración Social y Formación de Inmigrantes. <http://www.ceimigra.net/>.
- Universidad de Valencia. Máster en Mediación Intercultural y Participación Ciudadana. <http://www.adeit.uv.es/mediacionm3/>.
- Fundación La Caixa. Obra Social. Red de Mediadores Interculturales. [http://obrasocial.lacaixa.es/inmigracion/redmediadoresinterculturales\\_es.html](http://obrasocial.lacaixa.es/inmigracion/redmediadoresinterculturales_es.html).
- Policy Directive: Interpreters-Standard Procedures for Working with Health Care Interpreters; en línea: [www.mhcs.health.nsw.gov.au/mhcs/subpages/material/PD2006\\_053.pdf](http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/mhcs/subpages/material/PD2006_053.pdf).

26. National Coalition on Health Care Interpreter Certification. Informe de la reunión inaugural del 29 y 30 de mayo de 2008. Disponible en: URL. [http://data.memberclicks.com/site/ncihc/National\\_Coalition\\_on\\_HC\\_Interpreter\\_Certification\\_May\\_20\\_.pdf](http://data.memberclicks.com/site/ncihc/National_Coalition_on_HC_Interpreter_Certification_May_20_.pdf).
27. Verrept H. Mediación intercultural en la atención sanitaria belga. *Quadern CAPS* 2004; 32: 40-6.
28. Roberts R. Community interpreting today and tomorrow. En: Carr S, Roberts R, Dufours A, Steyn D. (comps.). *The critical link: interpreters in the community*. Amsterdam: John Benjamins Publishing company; 1997. p. 7-26.
29. Hale S. *Community Interpreting*. Palgrave Macmillan 2008: 49.
30. Bolden GB. Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies* 2000; 2 (4): 387-419. Comentario en: Hale S. *Community Interpreting*. Palgrave Macmillan; 2008. p. 41-2.
31. Martín A, Abril Martí I. Los límites difusos del papel del intérprete social. En: Valero Garcés C, Mancho Barés G (eds.). *Traducción e interpretación en los servicios públicos: nuevas necesidades para nuevas realidades*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad; 2002.
32. Cursos de Verano: Traducción e interpretación en los ámbitos jurídico y sanitario. Facultad de Filología y Geografía e Historia. Vitoria-Gasteiz. UPV/EHU. <http://www.sc.ehu.es/scrwwwsu/2008/cprograma.html> (Referencia del curso: K-11).
33. Bischoff A, Loutan L. *Other Words, Other Meanings. A guide to health care interpreting in international settings*. Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève; 2008.
34. Jacobs B, Kroll L, Green J, David TJ. The hazards of using a child as an interpreter. *JR Soc Med* 1995; 88: 474-5.
35. Herndon E, Joyce L. Getting the most from language interpreters. *Fam Pract Manag* 2004; 11: 37-40.
36. Rosenberg BA. A data driven analysis of telephone interpreting. En: Wadensjö C, Dimitrova BE, Nilsson A (eds.). *The Critical Link 4. Professionalisation of interpreting in the community*. Selected papers from the 4th International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins; 2007. p. 65-76.
37. Bischoff A, Grossmann F. *Telefondolmetschen im Spital. Forschungsbericht zuhanden des MFH-Netzwerks Schweiz*. Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel; 2006.
38. ABC, Diagnóstico multilingüe. 14/07/2008. Disponible en: URL. [http://www.abc.es/hemeroteca/historico-14-07-2008/abc/CastillaLeon/diagnostico-multiling%C3%BCe\\_1642001108693.html](http://www.abc.es/hemeroteca/historico-14-07-2008/abc/CastillaLeon/diagnostico-multiling%C3%BCe_1642001108693.html).
39. El Mundo. Salud adquiere un traductor para facilitar la comunicación con pacientes extranjeros. 19/09/2008. Disponible en: URL. <http://www.elmundo.es/elmundo/2008/09/19/barcelona/1221817250.html>.

