



Universitat Autònoma  
de Barcelona

# **La interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario. Estudio comparativo de las ciudades de Barcelona y Montreal**

**Noelia Burdeus Domingo**

Departamento de Traducción e Interpretación  
Programa de Doctorado en Traducción y Estudios Interculturales  
Facultad de Traducción e Interpretación  
Universitat Autònoma de Barcelona



# **La interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario. Estudio comparativo de las ciudades de Barcelona y Montreal**

**Noelia Burdeus Domingo**

Director (a):

Doctora Marta Arumí Ribas

Línea de Investigación:

Interpretación en los servicios públicos

Grupo de Investigación:

MIRAS (Mediació i Interpretació: Recerca en l'Àmbit Social)

Departamento de Traducción e Interpretación

Programa de Doctorado en Traducción y Estudios Interculturales

Facultad de Traducción e Interpretación

Universitat Autònoma de Barcelona

Bellaterra, 2015



*Háblale a un hombre en una lengua que entienda y llegarás a su mente. Háblale a un hombre en su primera lengua y llegarás a su corazón.*

*Nelson Mandela*



## Agradecimientos

Quiero aprovechar estas líneas para dar las gracias a todas las personas que me han acompañado y ayudado durante el periodo de elaboración de la presente tesis doctoral, así como a las instituciones que, de una u otra manera, han colaborado en la elaboración de este trabajo.

En primer lugar, quisiera agradecer a la Dra. Marta Arumí, directora de esta tesis, el tiempo y los esfuerzos invertidos en este trabajo. También tengo que darle las gracias por creer en este proyecto, aunque algunas de mis propuestas pudieran parecer en ocasiones un tanto arriesgadas. Igualmente, le agradezco que me abriera las puertas, hace ya cinco años, al grupo de investigación MIRAS, cuyos miembros me han servido de ejemplo y de apoyo durante todo este proceso.

Desearía agradecer encarecidamente el voto de confianza recibido por parte de la Universitat Autònoma de Barcelona, al concederme la beca PIF, que ha hecho posible que me dedique plenamente a la realización de este estudio. Igualmente, gracias a todos los compañeros del Departamento de Traducción e Interpretación, que en algún momento me han animado en el transcurso de la realización de esta tesis.

Me gustaría dar las gracias de una manera muy especial a la Dra. Mireia Vargas-Urpí, por estar siempre dispuesta a colaborar y compartir conocimientos conmigo. Gracias también a la Dra. Anna Gil-Bardají, por todos sus consejos y palabras de apoyo, desde el inicio de esta tesis hasta su tramo final. También a la Dra. Luidmila Onos, quien más que una compañera de doctorado ha sido un pilar moral cuando las cosas se complicaban, además de una gran compañera con quien he podido compartir mucho a lo largo de estos años.

Gracias también al Centre d'études ethniques des universités montréalaises, por abrirme sus puertas y prestarme una gran ayuda desinteresada, facilitándome mi investigación en Montreal. Gracias especialmente al Dr. Michel Pagé, por su interés mostrado en mi trabajo desde nuestra primera toma de contacto, por no sólo aceptar supervisar mi

trabajo en el contexto canadiense, sino también por ayudarme a hacer frente a las dificultades que iba encontrando, siempre de muy buen grado.

Igualmente, quiero agradecer la colaboración de todas las personas que me han aportado información valiosa para mi estudio, respondiendo a mis entrevistas y cuestionarios, tanto en Barcelona como en Montreal. Especialmente a la Directora del Banco Interregional de Intérpretes de Montreal, Isabelle Hemlin, y la Coordinadora del Servicio de Consulta Sociocultural e Interpretación del Montreal Children Hospital, Marie Serdynska, quienes me facilitaron el acceso a la mayoría de los informantes y me hicieron conocer más de cerca la ISP en el ámbito montrealés.

Mis más sinceros agradecimientos al Dr. Mohamad Wehbe, a Marise Duquette y a Angelica Ripa, grandes amigos que me han ayudado abriendo puertas para que este estudio pasara de ser una idea a ser una realidad y siempre han tenido un buen consejo que ofrecer, tanto en el ámbito académico como en el personal.

Desearía también expresar un agradecimiento especial a la familia Doody, quienes hace ya muchos años, me ayudaron y animaron a escoger los estudios de traducción e interpretación de entre las opciones que me rondaban la cabeza, encaminándome hacia donde estoy ahora. Gracias también, Jacqui, Pierce, Kieran y Eoin, por los ánimos, el sentido del humor y el cariño incondicional, que me han dado fuerzas cuando este trabajo parecía interminable.

Por último, les agradezco a mis padres, de todo corazón, su apoyo y todas las palabras de ánimo con las que me han acompañado durante mi trayectoria universitaria. Gracias a vosotros por ayudarme y apoyarme en todas las tomas de decisiones importantes que me han llevado hasta aquí. Gracias por inculcarme las ganas de prosperar, la perseverancia, la curiosidad y el entusiasmo por hacer siempre “un poquito más”. Gracias también por enseñarme la importancia de acabar todo aquello que se empieza, lo que me ha dado ánimos durante el proceso de realización de esta tesis doctoral. Por todo ello, esta tesis es también vuestra.

## Resumen

El presente trabajo pretende profundizar en la práctica y la profesión de la Interpretación en los servicios públicos (de ahora en adelante, ISP). Se trata de un estudio de caso comparativo de los servicios de ISP en el ámbito sanitario de las ciudades de Barcelona y Montreal (caracterizadas por sus elevados niveles de inmigración y su condición de bilingües).

En él se realiza una observación indirecta detallada mediante entrevistas y cuestionarios aplicados a una muestra conformada por profesionales de la salud y los servicios sociales, profesionales de la ISP, gestores de los servicios de ISP y usuarios de dichos servicios.

Esta investigación describe las soluciones aportadas en ambos contextos al problema que supone la existencia de barreras comunicativas en el acceso a los servicios públicos. Posteriormente, las compara en busca de similitudes y diferencias, destacando en las conclusiones aspectos susceptibles de ser modificados, en pro de una reorientación del perfil profesional que mejor se adecue a las necesidades del ámbito sanitario.

**Palabras clave:** interpretación, mediación, ámbito sanitario, servicios públicos, inmigración, Barcelona, Montreal

## Abstract

The main aim of this research is to explore the field of community interpreting as a practice and a profession. This case study compares the healthcare interpreting services provided in the cities of Barcelona and Montreal (both characterised by their high levels of immigration and bilingualism).

Using an indirect method of observation (based on interviews and questionnaires), this study examines the services provided in both cities, taking into account the views of community interpreters, healthcare providers, managers of community interpreting services and their users.

This research outlines the solutions adopted in both contexts to overcome the communication barriers encountered by allophone users of public healthcare services and subsequently compares the two, highlighting their similarities and differences. The conclusions of this study draw attention to several aspects of the interpreting services analysed, which, should they be modified, could be beneficial. The application of these modifications could lead to a new direction for community interpreting which could better meet the needs of all parties in healthcare settings.

**Keywords:** interpreting, mediation, healthcare, public services, immigration, Barcelona, Montreal

## Résumé

Cette étude vise à explorer la pratique et la profession de l'interprétation en milieu social (IMS). Il s'agit d'une étude de cas comparative des services d'IMS dans le domaine de la santé à Barcelone et à Montréal, deux villes caractérisées par leur taux élevé d'immigration et de bilinguisme.

Notre étude se base sur une observation indirecte réalisée au moyen d'entrevues et de questionnaires auprès d'un échantillon formé de professionnels de la santé et des services sociaux, d'interprètes, de directeurs des services d'IMS et d'utilisateurs de ces services dans les deux villes.

Dans cette étude, nous décrivons d'abord les solutions proposées aux obstacles à la communication pour l'accès aux services publics dans les deux contextes. Ensuite, nous comparons ces deux réalités et relevons leurs similitudes et différences. À la lumière de cette comparaison, nous déterminons, dans les conclusions, les aspects qui gagneraient à être modifiés afin que le profil professionnel des interprètes en milieu social convienne mieux aux besoins actuels dans le domaine de la santé.

**Mots clés :** interprétation, médiation, santé, services publics, immigration, Barcelone, Montréal

# Índice

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<i>ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN</i> .....	3
<i>OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</i> .....	7
<i>ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA TESIS</i> .....	9
<b>CAPÍTULO 1: LA INTERPRETACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS</b> .....	<b>11</b>
1.1    LA ISP: DELIMITACIÓN DE LA DISCIPLINA.....	11
1.1.1. <i>La ISP en la taxonomía de la traducción oral</i> .....	13
1.1.1.1.    Según la modalidad de interpretación.....	13
1.1.1.2.    Según el tipo de interpretación .....	14
1.1.2. <i>Multiplicidad terminológica</i> .....	14
1.1.3. <i>Ámbitos en los que se desarrolla la Interpretación en los Servicios Públicos</i> .....	16
1.1.4. <i>Caracterización de la Interpretación en los Servicios Públicos</i> .....	17
1.1.4.1.    Interpretación en los Servicios públicos vs. Interpretación de Conferencias.....	18
1.1.5. <i>Breve repaso de la evolución histórica de la ISP</i> .....	19
1.2. LA ISP EN EL MUNDO .....	20
1.2.1. <i>La Interpretación en los Servicios Públicos en España y en Cataluña</i> .....	26
1.2.1.2.    Usuarios de servicios de ISP en España .....	33
1.2.2. <i>La Interpretación en los Servicios Públicos en Canadá y Quebec</i> .....	34
1.3. LA INVESTIGACIÓN EN ISP .....	43
1.3.1. <i>La investigación en Interpretación a escala internacional</i> .....	43
1.3.2. <i>La investigación en ISP en España</i> .....	46
1.3.3. <i>La investigación en Interpretación en los Servicios Públicos en Canadá</i> .....	47
1.4. FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN EN ISP.....	49
1.4.1. <i>La formación en Interpretación en los Servicios Públicos en España y Cataluña</i> .....	56
1.4.2. <i>La formación en Interpretación en los Servicios Públicos en Canadá y Quebec</i> .....	59
<b>CAPÍTULO 2: LA INTERPRETACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO</b> .....	<b>61</b>
2.1. LA ISP EN EL ÁMBITO SANITARIO EN EL MUNDO .....	66
2.1.1. <i>Estado actual de la ISP en el ámbito sanitario en España y Cataluña</i> .....	68
2.1.2. <i>Estado actual de la ISP en el ámbito sanitario en Canadá y Quebec</i> .....	74
2.2. INVESTIGACIÓN EN ISP EN EL ÁMBITO SANITARIO .....	78
2.3. FORMACIÓN EN ISP EN EL ÁMBITO SANITARIO .....	88
2.3.1. <i>Formación en ISP en el ámbito sanitario en España</i> .....	89
2.3.2. <i>Formación en ISP en el ámbito sanitario en Canadá</i> .....	90
2.4. ASPECTOS PROFESIONALES DE LA ISP EN EL ÁMBITO SANITARIO .....	91

2.4.1. <i>Los participantes de la conversación trialógica: Descripción y posicionamiento</i> .....	91
2.4.1.1. Los usuarios de los servicios de ISP: El paciente inmigrante .....	91
2.4.1.2. Los profesionales de la salud .....	93
2.4.1.3. El profesional de la ISP .....	94
2.4.2. <i>Posicionamiento de los participantes en la situación comunicativa en ISP del ámbito sanitario</i> .	94
2.4.3. <i>Las competencias del profesional de la ISP en el ámbito sanitario</i> .....	96
2.4.4. <i>La deontología en ISP en el ámbito sanitario</i> .....	97
<b>CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>101</b>
3.1. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	101
3.2. ENFOQUE METODOLÓGICO .....	104
3.3. MUESTRA DEL ESTUDIO.....	107
3.3.1. <i>Perfil de los sujetos participantes</i> .....	108
3.3.1.1. Sujetos participantes del ámbito sanitario barcelonés .....	108
3.3.1.2. Sujetos participantes del ámbito sanitario montrealés.....	110
3.4. RECOGIDA DE DATOS .....	112
3.4.1. <i>Instrumentos de recogida de datos</i> .....	112
3.4.1.1. Entrevistas .....	113
3.4.1.2. Cuestionarios.....	115
3.4.2. <i>Corpus del estudio</i> .....	121
3.4.3. <i>Ética de investigación</i> .....	122
3.4.3.1. Ética de investigación aplicada al proyecto en el ámbito sanitario barcelonés.....	122
3.4.3.2. Ética de investigación aplicada al proyecto en el ámbito sanitario montrealés .....	123
3.4.4. <i>Procedimiento de recogida de datos</i> .....	127
3.4.4.1. Procedimiento de recogida de datos en Barcelona .....	127
3.4.4.2. Procedimiento de recogida de datos en Montreal .....	132
3.4.5. <i>Entrada en el ámbito de estudio</i> .....	138
3.4.5.1. Entrada en el ámbito de estudio en el contexto barcelonés .....	138
3.4.5.2. Entrada en el ámbito de estudio en el contexto montrealés .....	139
3.5. TRATAMIENTO DE DATOS .....	139
3.5.1. <i>Naturaleza de los datos obtenidos</i> .....	139
3.5.2. <i>Criterios de selección de datos recogidos</i> .....	140
3.5.3. <i>Tratamiento de los datos obtenidos</i> .....	141
3.5.3.1. Tratamiento de los datos obtenidos mediante entrevistas.....	141
3.5.3.2. Tratamiento de los datos obtenidos mediante cuestionarios .....	144
3.6. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	145
3.6.1. <i>Análisis de datos obtenidos a través de entrevistas</i> .....	146
3.6.2. <i>Análisis de datos obtenidos a través de cuestionarios</i> .....	150
3.7. LOS INFORMES DE RESULTADOS EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.....	151
3.8. TRIANGULACIÓN DE DATOS.....	152
<b>CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE LOS DATOS</b> .....	<b>155</b>
<b>PRIMERA PARTE</b> .....	<b>156</b>
4.1. INFORME DE ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A LOS GESTORES DE LOS SERVICIOS DE ISP DEL ÁMBITO SANITARIO DE BARCELONA .....	156
4.1.1. <i>Los participantes de la situación comunicativa</i> .....	156
4.1.2. <i>Multiplicidad de denominaciones</i> .....	159

4.1.3.	<i>Condiciones laborales de los profesionales de la ISP</i> .....	160
4.1.4.	<i>Formación</i> .....	161
4.1.5.	<i>Funciones del profesional de la ISP</i> .....	163
4.1.6.	<i>Características de los servicios de ISP</i> .....	168
4.1.6.1.	Instauración de servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés.....	168
4.1.6.2.	Objetivos de los servicios de ISP .....	169
4.1.6.3.	Servicios médicos con mayor necesidad de ISP .....	174
4.1.6.4.	Disponibilidad de los servicios de ISP .....	174
4.1.6.5.	Cobertura de las necesidades lingüísticas.....	176
4.1.6.6.	Evolución de los servicios de ISP .....	177
4.1.6.7.	Dificultades encontradas .....	180
4.1.6.8.	Recursos de los servicios de ISP .....	182
4.1.6.9.	El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés .....	183
4.1.7.	<i>Beneficios obtenidos con los servicios de ISP</i> .....	187
4.1.8.	<i>Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP</i> .....	194
4.1.9.	<i>Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados</i> .....	198
4.2.	INFORME DE ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A LOS PROFESIONALES DE LA ISP DEL ÁMBITO SANITARIO BARCELONÉS .....	201
4.2.1.	<i>Participantes de la situación comunicativa en ISP</i> .....	201
4.2.2.	<i>Multiplicidad de denominaciones</i> .....	202
4.2.2.1.	Mediador intercultural.....	202
4.2.2.2.	Agente de salud comunitario .....	203
4.2.3.	<i>Condiciones laborales</i> .....	203
4.2.4.	<i>Características de los servicios de ISP</i> .....	210
4.2.4.1.	Necesidades que fundamentan los servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés .....	210
4.2.4.2.	Continuidad de los servicios de ISP ofertados .....	212
4.2.4.3.	El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés .....	214
4.2.4.4.	Recursos de los servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés.....	224
4.2.4.5.	Beneficios obtenidos con los servicios de ISP .....	226
4.2.4.6.	Aspectos mejorables de los servicios de ISP .....	233
4.2.4.7.	Comunicación con usuarios alófonos en ausencia de servicios de ISP .....	235
4.2.5.	<i>Formación en ISP</i> .....	236
4.2.5.1.	Instituciones formadoras en ISP .....	236
4.2.5.2.	Contenidos de los cursos de formación en ISP .....	236
4.2.5.3.	Aspectos que requieren mayor formación .....	238
4.2.5.4.	Formación continua .....	239
4.2.6.	<i>Funciones del profesional de la ISP</i> .....	239
4.2.7.	<i>Competencias necesarias de todo profesional de ISP</i> .....	245
4.2.8.	<i>Modalidades de ISP</i> .....	246
4.2.9.	<i>Características de la situación comunicativa</i> .....	247
4.2.10.	<i>Principios deontológicos básicos de la práctica de la ISP</i> .....	250
4.3.	INFORME DE ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A MIEMBROS DEL PERSONAL SANITARIO DE BARCELONA.....	251
4.3.1.	<i>Los participantes de la situación comunicativa</i> .....	251
4.3.2.	<i>Multiplicidad de denominaciones</i> .....	253
4.3.2.1.	Mediador intercultural.....	253
4.3.2.2.	Agente de salud comunitario .....	254
4.3.2.3.	Conflicto de roles.....	254
4.3.3.	<i>Formación en ISP</i> .....	255
4.3.4.	<i>Funciones del profesional de la ISP</i> .....	255

4.3.5.	<i>Características de la situación comunicativa</i> .....	260
4.3.6.	<i>Características de los servicios de ISP</i> .....	262
4.3.6.1.	Necesidades que fundamentan los servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés .....	262
4.3.6.2.	Disponibilidad de los servicios de ISP .....	264
4.3.6.3.	Evolución de los servicios de ISP .....	266
4.3.6.4.	El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés .....	267
4.3.6.5.	Cooperación con los profesionales sanitarios .....	275
4.3.6.6.	Relación existente entre diversos servicios de ISP .....	277
4.3.6.7.	Procedimiento de evaluación .....	278
4.3.7.	<i>Beneficios obtenidos con los servicios de ISP</i> .....	278
4.3.8.	<i>Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados</i> .....	286
4.3.9.	<i>Comunicación con usuarios alófonos en ausencia de ISP</i> .....	289
4.3.10.	<i>Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP</i> .....	293
4.4.	INFORME DE ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS REALIZADOS A USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE ISP DEL ÁMBITO SANITARIO BARCELONÉS.....	297
4.4.1.	<i>Perfil de los respondientes</i> .....	297
4.4.2.	<i>La comunicación entre los usuarios alófonos y los miembros del personal sanitario</i> .....	299
4.4.3.	<i>El perfil del profesional de la ISP según las preferencias de los usuarios</i> .....	302
4.4.4.	<i>Descripción de los servicios de ISP ofertados en el ámbito sanitario barcelonés</i> .....	304
4.4.5.	<i>Características de la situación comunicativa</i> .....	305
4.4.6.	<i>Nivel de satisfacción de los usuarios</i> .....	306
4.4.7.	<i>Aspectos mejorables de los servicios de ISP</i> .....	308
4.5.	INFORME DE ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A LOS GESTORES DE LOS SERVICIOS DE ISP DEL ÁMBITO SANITARIO DE MONTREAL .....	308
4.5.1.	<i>Los participantes de la situación comunicativa</i> .....	308
4.5.2.	<i>Condiciones laborales de los profesionales de la ISP</i> .....	310
4.5.3.	<i>Formación de los profesionales de la ISP</i> .....	311
4.5.4.	<i>Funciones del profesional de la ISP</i> .....	314
4.5.5.	<i>Características de los servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés</i> .....	316
4.5.5.1.	Instauración de servicios de ISP en el ámbito sanitario montrealés .....	317
4.5.5.2.	Objetivos de los servicios de ISP .....	321
4.5.5.3.	Difusión de los servicios de ISP y concienciación de los profesionales de la salud .....	324
4.5.5.4.	Disponibilidad de los servicios de ISP .....	326
4.5.5.5.	Evolución de los servicios de ISP .....	328
4.5.5.6.	Evolución de los servicios de ISP .....	331
4.5.5.7.	Recursos de los servicios de ISP .....	331
4.5.5.8.	El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario montrealés.....	332
4.5.6.	<i>Beneficios obtenidos con los servicios de ISP</i> .....	339
4.5.7.	<i>Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP</i> .....	341
4.5.8.	<i>Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados</i> .....	344
4.6.	INFORME DE ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A LOS PROFESIONALES DE LA ISP DEL ÁMBITO SANITARIO MONTREALÉS.....	345
4.6.1.	<i>Servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés</i> .....	345
4.6.2.	<i>Participantes de la situación comunicativa en ISP</i> .....	346
4.6.3.	<i>Condiciones laborales de los profesionales de la ISP</i> .....	350
4.6.4.	<i>Formación, lenguas y experiencia</i> .....	361
4.6.5.	<i>Criterios de selección del profesional de la ISP</i> .....	364

4.6.6.	<i>Características de los servicios de ISP</i> .....	366
4.6.6.1.	Necesidades que fundamentan los servicios de ISP en el ámbito sanitario montrealés .....	366
4.6.6.2.	Continuidad de los servicios de ISP ofertados .....	368
4.6.6.3.	El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario montrealés .....	369
4.6.6.4.	Recursos de los servicios de ISP en el ámbito sanitario montrealés .....	386
4.6.6.5.	Beneficios obtenidos con los servicios de ISP .....	389
4.6.6.6.	Aspectos mejorables de los servicios de ISP .....	394
4.6.7.	<i>Comunicación con usuarios alófonos en ausencia de servicios de ISP</i> .....	396
4.6.8.	<i>Formación en ISP</i> .....	397
4.6.8.1.	Instituciones formadoras en ISP .....	398
4.6.8.2.	Contenidos de los cursos de formación en ISP .....	399
4.6.8.3.	Aspectos que requieren mayor formación .....	402
4.6.8.4.	Formación continua .....	403
4.6.9.	<i>Funciones del profesional de la ISP</i> .....	403
4.6.10.	<i>Competencias necesarias de todo profesional de ISP</i> .....	409
4.6.11.	<i>Modalidades de ISP</i> .....	411
4.6.12.	<i>Características de la situación comunicativa</i> .....	415
4.6.13.	<i>Principios deontológicos básicos de la práctica de la ISP</i> .....	417
4.7.	INFORME DE ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A MIEMBROS DEL PERSONAL SANITARIO DE MONTREAL .....	423
4.7.1.	<i>Los participantes de la situación comunicativa</i> .....	423
4.7.2.	<i>Formación en ISP</i> .....	425
4.7.3.	<i>Funciones del profesional de la ISP</i> .....	427
4.7.4.	<i>Características de la situación comunicativa</i> .....	431
4.7.5.	<i>La ética en ISP</i> .....	433
4.7.6.	<i>Características de los servicios de ISP</i> .....	435
4.7.6.1.	Necesidades que fundamentan los servicios de ISP en el ámbito sanitario montrealés .....	435
4.7.6.2.	Disponibilidad de los servicios de ISP .....	437
4.7.6.3.	Evolución de los servicios de ISP .....	437
4.7.7.	<i>El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario montrealés</i> .....	439
4.7.7.1.	Acceso a los servicios de ISP .....	439
4.7.7.2.	Actividades dentro del sistema sanitario en las que se recurre a la ISP .....	441
4.7.7.3.	Características de la visita médica mediada .....	442
4.7.7.4.	Reunión previa y/o posterior .....	442
4.7.7.5.	Cooperación con los profesionales sanitarios.....	444
4.7.7.6.	Evaluación de los servicios de ISP .....	448
4.7.7.7.	Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados.....	448
4.7.8.	<i>Beneficios obtenidos con los servicios de ISP</i> .....	449
4.7.9.	<i>Comunicación con usuarios alófonos en ausencia de servicios de ISP presenciales</i> .....	457
4.7.10.	<i>Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP</i> .....	460
4.8.	INFORME DE ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS REALIZADOS A USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE ISP DEL ÁMBITO SANITARIO MONTREALÉS.....	465
4.8.1.	<i>Perfil de los encuestados</i> .....	465
4.8.2.	<i>La comunicación entre los usuarios alófonos y los miembros del personal sanitario</i> .....	466
4.8.3.	<i>El perfil del profesional de la ISP según las preferencias de los usuarios</i> .....	468
4.8.4.	<i>Descripción de los servicios de ISP ofertados en el ámbito sanitario montrealés</i> .....	470
4.8.5.	<i>Implementación de los servicios</i> .....	470
4.8.6.	<i>Nivel de satisfacción de los usuarios</i> .....	471
4.8.7.	<i>Aspectos mejorables de los servicios de ISP</i> .....	472

<b>SEGUNDA PARTE.....</b>	<b>473</b>
4.9. INFORME DE TRIANGULACIÓN DE LA CIUDAD DE BARCELONA.....	473
4.9.1. <i>La comunicación entre los miembros del personal sanitario y los usuarios alófonos</i> .....	473
4.9.2. <i>Los participantes de la situación comunicativa</i> .....	476
4.9.3. <i>Multiplicidad de denominaciones</i> .....	481
4.9.3.1. Mediadores interculturales.....	481
4.9.3.2. Agentes de salud comunitarios.....	482
4.9.4. <i>Condiciones laborales</i> .....	482
4.9.5. <i>Criterios de selección de profesionales de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés</i> .....	484
4.9.6. <i>Formación en ISP</i> .....	484
4.9.7. <i>Funciones del profesional de la ISP</i> .....	486
4.9.8. <i>Características de los servicios de ISP</i> .....	488
4.9.8.1. Instauración de servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés.....	488
4.9.8.2. Objetivos de los servicios de ISP .....	490
4.9.8.3. Servicios médicos con mayor necesidad de ISP .....	491
4.9.8.4. Disponibilidad de los servicios de ISP .....	491
4.9.8.5. Evolución de los servicios de ISP .....	493
4.9.8.6. Recursos de los servicios de ISP .....	495
4.9.9. <i>El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés</i> .....	497
4.9.10. <i>Modalidades de interpretación utilizadas en los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés</i> .....	506
4.9.11. <i>Competencias necesarias de todo profesional de ISP y aptitudes más valoradas por los usuarios</i> .....	507
4.9.12. <i>Características de la situación comunicativa</i> .....	508
4.9.13. <i>Principios deontológicos básicos de la práctica de la ISP</i> .....	511
4.9.14. <i>Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP</i> .....	512
4.9.15. <i>Beneficios obtenidos con los servicios de ISP</i> .....	514
4.9.16. <i>Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados</i> .....	518
4.10. INFORME DE TRIANGULACIÓN DE LA CIUDAD DE MONTREAL.....	520
4.10.1. <i>La comunicación entre los miembros del personal sanitario y los usuarios alófonos</i> .....	520
4.10.2. <i>Los participantes de la situación comunicativa</i> .....	524
4.10.3. <i>El perfil profesional de la ISP en el ámbito sanitario montrealés</i> .....	527
4.10.4. <i>Criterios de selección de profesionales de la ISP en el ámbito sanitario montrealés</i> .....	528
4.10.5. <i>Formación y experiencia de los profesionales de la ISP</i> .....	528
4.10.6. <i>Condiciones laborales de los profesionales de la ISP</i> .....	531
4.10.7. <i>Funciones de los profesionales de la ISP</i> .....	533
4.10.8. <i>Características de los servicios de ISP</i> .....	537
4.10.8.1. Instauración de servicios de ISP en el ámbito sanitario montrealés .....	538
4.10.8.2. Disponibilidad de los servicios de ISP.....	540
4.10.8.3. Evolución de los servicios de ISP .....	541
4.10.8.4. Recursos de los servicios de ISP .....	543
4.10.8.5. El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario montrealés.....	544
Nivel de comodidad de los profesionales sanitarios respecto de la ISP .....	549
Frecuencia de uso de la ISP .....	549
4.10.9. <i>Modalidades de interpretación utilizadas en ISP en el ámbito sanitario montrealés</i> .....	552
4.10.10. <i>Competencias necesarias de todo profesional de ISP y aptitudes más valoradas por los usuarios</i> .....	553

4.10.11.	<i>Características de la situación comunicativa</i> .....	554
4.10.11.1.	Posición de los participantes.....	554
4.10.11.2.	Gestión del turno de palabra .....	554
4.10.11.3.	Comunicación directa o indirecta .....	554
4.10.11.4.	Uso de la primera o la tercera persona.....	556
4.10.12.	<i>Principios deontológicos básicos de la práctica de la ISP</i> .....	557
4.10.13.	<i>Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP</i> .....	558
4.10.14.	<i>Percepción de la calidad de los servicios de ISP</i> .....	558
4.10.14.1.	Percepción de la calidad por parte de la dirección del centro .....	558
4.10.14.2.	Percepción de la calidad por parte de los profesionales de la salud.....	558
4.10.14.3.	Percepción de la calidad por parte de los usuarios.....	559
4.10.14.4.	Percepción de la calidad por parte de los profesionales de la ISP .....	559
4.10.15.	<i>Beneficios obtenidos con los servicios de ISP</i> .....	559
4.10.15.1.	Aportación a la relación entre el personal sanitario y el usuario .....	559
4.10.15.2.	Beneficios para los centros sanitarios.....	560
4.10.15.3.	Beneficios para el personal sanitario .....	561
4.10.15.4.	Beneficios para la sociedad.....	561
4.10.15.5.	Beneficios para los usuarios.....	562
4.10.16.	<i>Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados</i> .....	562
<b>CAPÍTULO 5: RESULTADOS</b> .....		<b>565</b>
5.1.	¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS DE ISP EN LOS ÁMBITOS SANITARIOS BARCELONÉS Y MONTREALÉS? ...	565
5.2.	¿CÓMO ESTÁN ORGANIZADOS LOS SERVICIOS DE ISP EN HOSPITALES Y CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS CIUDADES DE BARCELONA Y MONTREAL? .....	566
5.3.	¿CUÁLES SON LAS SIMILITUDES Y LAS DIFERENCIAS EXISTENTES ENTRE LOS SERVICIOS DE ISP DE LOS ÁMBITOS SANITARIOS BARCELONÉS Y MONTREALÉS? .....	580
5.3.1.	<i>¿Cómo se prestan los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?.....</i>	584
5.3.2.	<i>¿Cómo se integra la ISP dentro de los sistemas sanitarios barcelonés y montrealés?.....</i>	588
5.3.3.	<i>¿Se han diseñado programas para la creación de los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés? En ese caso, ¿qué características tienen dichos programas? ¿Cuáles son sus fases? ¿Cuál es la idoneidad de sus presupuestos?.....</i>	593
5.4.	EN RELACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA ISP: .....	595
5.4.1.	<i>¿A qué modalidades de interpretación recurren los profesionales de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés? ¿Con qué frecuencia? .....</i>	595
5.4.2.	<i>¿Con qué formación cuentan los profesionales de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés? .....</i>	596
5.4.3.	<i>¿Cuál es la vinculación del profesional de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés para con los centros de salud?.....</i>	599
<b>CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES</b> .....		<b>603</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....		<b>619</b>
BIBLIOGRAFÍA .....		619
PLANES, NORMATIVA Y JURISPRUDENCIA .....		639
<i>Cataluña, España y Europa</i> .....		639
<i>Quebec y Canadá</i> .....		641

## Lista de figuras

Figura 1. Posicionamiento en la consulta trialógica. Al lado del profesional de la salud. .	95
Figura 2. Posicionamiento en la consulta trialógica. Al lado del usuario. ....	95
Figura 3. Posicionamiento en la consulta trialógica. Enter el profesional de la salud y el usuario. ....	96
Figura 4. Posicionamiento en la consulta trialógica. Detrás de una cortina. ....	96
Figura 5. Pregunta abierta formada por datos nominales. ....	119
Figura 6. Pregunta de clasificación con datos ordinales. ....	119
Figura 7. Pregunta categorizadas o lista de corroboraciones. ....	119
Figura 8. Pregunta con escala de puntos. ....	120
Figura 9. Selección de los segmentos de análisis. ....	143
Figura 10. Segmentos de análisis acompañados de citas y/o comentarios. ....	144
Figura 11. Codificación. ....	148
Figura 12. Atribución de diversas categorías a los segmentos de análisis. ....	149
Figura 13. Familias de documentos. ....	149
Figura 14. Situación de comunicación directa en Barcelona (1). ....	509
Figura 15. Situación de comunicación directa en Barcelona (2). ....	509
Figura 16. Situación de comunicación directa en Barcelona (3). ....	509
Figura 17. Situación de comunicación indirecta en Barcelona. ....	510
Figura 18. Situación de comunicación directa en Montreal (1). ....	554
Figura 19. Situación de comunicación indirecta en Montreal (1). ....	555
Figura 20. Situación de comunicación indirecta en Montreal (2). ....	555
Figura 21. Situación de comunicación directa en Montreal (2). ....	556

## Lista de tablas

Tabla 1. Tipos de traducción oral. Jiménez Ivars (1999).....	14
Tabla 2. Diferencias entre la ISP y la interpretación de conferencias. Hale (2007). .....	19
Tabla 3. Modelos de respuesta a las necesidades de comunicación entre los servicios públicos y las minorías lingüísticas: Panorama internacional. Adaptado de Ozolins (2000). .....	22
Tabla 4. Diferencias entre personas bilingües y traductores e intérpretes profesionales. Adaptado de Valero-Garcés (2014). .....	64
Tabla 5. Barreras en contexto sociosanitario. Adaptado de Valero-Garcés (2014). .....	93
Tabla 6. Aspectos comunes en los documentos éticos en ISP del ámbito sanitario. Adaptado de Bancroft (2005).....	100
Tabla 7. Sujetos participantes. Gestores de servicios de ISP. Ámbito sanitario barcelonés. ....	108
Tabla 8. Sujetos participantes. Profesionales de la ISP. Ámbito sanitario barcelonés. ..	109
Tabla 9. Sujetos participantes. Profesionales de la salud. Ámbito sanitario barcelonés.	110
Tabla 10. Sujetos participantes. Gestores de servicios de ISP. Ámbito sanitario montrealés. ....	110
Tabla 11. Sujetos participantes. Profesionales de la ISP. Ámbito sanitario montrealés.	111
Tabla 12. etos participantes. Profesionales de la salud. Ámbito sanitario montrealés....	112
Tabla 13. Tipología de las preguntas del cuestionario. ....	118
Tabla 14. Tipos de preguntas en función del modo de respuesta. ....	119
Tabla 15. Corpus del estudio. ....	121
Tabla 16. Grado de traducción alcanzado según el método de comunicación utilizado.	523
Tabla 17. Perfiles profesionales en ISP y sus funciones.....	581

## Lista de gráficos

Gráfico 1. Contextualización y diferenciación entre mediación intercultural y traducción e interpretación. García-Beyaert y Serrano Pons (2009).....	29
Gráfico 2. La interdisciplinariedad en investigación en ISP. Vargas-Urpí (2009). ....	44
Gráfico 3. Ámbitos de estudio de la investigación en ISP. Vargas-Urpí (2009).....	45
Gráfico 4. Modelo de intervención incremental. Roar <i>et al.</i> (1999).....	83
Gráfico 5. Esquema del marco metodológico de la investigación. ....	101
Gráfico 6. Metodología de análisis. ....	150
Gráfico 7. Rangos de edades de los usuarios. ....	298
Gráfico 8. Lenguas utilizadas. ....	298
Gráfico 9. Nivel de estudios de los usuarios.....	299
Gráfico 10. Nivel de comodidad en presencia o ausencia del intérprete. ....	299
Gráfico 11. Intermediarios favorecedores de la comunicación en los servicios públicos del ámbito sanitario.....	300
Gráfico 12. Grado de traducción en función del método utilizado.....	301
Gráfico 13. Perfil ideal del profesional de la ISP (edad) según los usuarios. ....	302
Gráfico 14. Perfil ideal del profesional de la ISP (origen) según los usuarios. ....	303
Gráfico 15. Perfil ideal del profesional de la isp (sexo) según los usuarios.....	303
Gráfico 16. Aptitudes del profesional de la ISP en función de la valoración de los usuarios. ....	304
Gráfico 17. Frecuencia de realización de reuniones previas y posteriores a la visita médica trialógica. ....	305
Gráfico 18. Posicionamiento de los profesionales de la ISP.....	306
Gráfico 19. Grado de satisfacción con los servicios de ISP.....	307
Gráfico 20. Grado de comprensión alcanzado con ISP. ....	307
Gráfico 21. Nivel de comodidad en presencia o ausencia del intérprete. ....	466
Gráfico 22. Intermediarios favorecedores de la comunicación en los servicios públicos del ámbito sanitario.....	467
Gráfico 23. Gado de traducción en función del método utilizado.....	468
Gráfico 24. Aptitudes del profesional de la ISP en función de la valoración de los usuarios. ....	470
Gráfico 25. Frecuencia de realización de reuniones previas y posteriores a la visita médica trialógica. ....	471

## Lista de siglas y acrónimos

<b>AAMC</b>	Association of American Medical Colleges Asociación de Facultades de Medicina Americanas
<b>ACCTI</b>	Association of Canadian Corporations in Translation and Interpretation Asociación de Corporaciones Canadienses de Traducción e Interpretación
<b>ACSAR</b>	Asociación Catalana de Solidaridad y Ayuda a los Refugiados
<b>AGAUR</b>	Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca Agencia de Gestión de Ayudas Universitarias y de Investigación
<b>AICE</b>	Asociación de Intérpretes de Conferencia de España
<b>AIIC</b>	Asociación Internacional de Intérpretes de Conferencia
<b>AILIA</b>	Association de l'industrie de la langue/Language Industry Association Asociación de la industria del lenguaje
<b>ANECA</b>	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
<b>APO</b>	Accueil Parrainage Outaouais Acogida apadrinamiento Outaouais
<b>ASEPEYO</b>	Asistencia Sanitaria Económica para Empleados y Obreros
<b>ASSS(M)</b>	Agence de la Santé et des Services Sociaux (de Montréal) Agencia de Salud y de Servicios Sociales (de Montreal)
<b>ATA</b>	American Translators Association Asociación Americana de Traductores
<b>ATIA</b>	Association of Translators & Interpreters of Alberta Asociación de Traductores e Intérpretes de Alberta
<b>ATIM</b>	Association of Translators, Terminologists and Interpreters of Manitoba Asociación de Traductores, Terminólogos e Intérpretes de Manitoba
<b>ATINE</b>	Asociación de Traductores e Intérpretes Noveles de España
<b>ATIO</b>	Association of Translators and Interpreters of Ontario Asociación de Traductores e Intérpretes de Ontario
<b>ATIS</b>	Association of Translators and Interpreters of Saskatchewan Asociación de Traductores e Intérpretes de Saskatchewan
<b>AVLIC</b>	Association of Visual Language Interpreters of Canada Asociación de Intérpretes de Lenguas de Signos de Canadá
<b>BII(M)</b>	Banque interrégionale d'interprètes (de Montréal) Banco Interregional de Intérpretes (de Montreal)
<b>CAP</b>	Centro de Atención Primaria
<b>CatSalut</b>	Servei català de salut Servicio catalán de salud
<b>CBS</b>	Certificate in Bilingual Skills Certificado de Habilidades Bilingües
<b>CCHCP</b>	Cross Cultural Health Care Program Programa de Atención Sanitaria Intercultural
<b>CCHI</b>	Certification Commission for Healthcare Interpreters Comisión Certificadora de Intérpretes Médicos

<b>CEETUM</b>	Centre d'études ethniques des unisersités montréalaises Centro de estudios étnicos de las universidades montrealesas
<b>CEGEP</b>	Collège d'Enseignement Général et Professionnel Instituto de Enseñanza General y Profesional
<b>CEI</b>	Comité de Ética de la Invesitgación
<b>CeiMigra</b>	Centro de Estudios para la Integración Social y Formación de Inmigrantes
<b>CES</b>	Centro de Estudios Superiores
<b>CHIA</b>	California Healthcare Interpreters Association Asociación de Intérpretes Médicos de California.
<b>CIFQ</b>	Centre International des Femmes de Québec Centro Internacional de Mujeres de Quebec
<b>CILISAT</b>	Cultural Interpreter Language Interpretation Skills Assessment Tool Herramienta de evaluación de habilidades de interpretación lingüística para intérpretes en los servicios públicos
<b>CIMME</b>	Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjeros
<b>CISOC</b>	Cultural Interpretation Services for Our Communities Servicios de Interpretación Cultural para Nuestras Comunidades
<b>CITE-CCOO</b>	Centro de Información para Trabajadores y trabajadoras Extranjeros de Comisiones Obreras
<b>CLSC</b>	Centre Local de Services Communautaires Centro Local de Servicios Comunitarios
<b>CMI</b>	Certified Medical Interpreter Intérprete Médico Certificado
<b>COI</b>	Certificate of Interpretation Certificado de Interpretación
<b>COMRADE</b>	Comité de defensa de los Refugiados; Asilados e Inmigrantes en el Estado Español
<b>COT</b>	Cirugía Ortopédica y Traumatología
<b>CRIT</b>	Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales
<b>CSSS</b>	Centre de santé et des services sociaux Centro de salud y servicios sociales
<b>CTINB</b>	Corporation des traducteurs, traductrices, terminologues et interprètes du Nouveau-Brunswick Corporación de traductores, traductoras, terminólogos, terminólogas e intérpretes de Nuevo Brunswick
<b>CTTIC</b>	Canadian Translators, Terminologists and Interpreters Council Consejo Canadiense de Traductores, Terminólogos e Intérpretes
<b>DC</b>	Fundación Desenvolupament Comunitari
<b>DPSI</b>	Diploma in Public Service Interpreting Diploma en Interpretación en los Servicios Públicos
<b>DSHS</b>	Department of Social and Health Services Departamento de Servicios Sociales y Sanitarios
<b>ETIS</b>	Equipo de Trabajo sobre Inmigración y Salud
<b>FCICE</b>	Federal Court Interpreter Certification Examination Program Programa de examen y certificación de intérpretes judiciales federales
<b>FITISPos</b>	Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos
<b>FPII</b>	Formación Profesional de segundo grado
<b>FUCAP</b>	Fundación Catalana de Pneumología

<b>HIN</b>	Healthcare Interpretation Network Red de interpretación médica
<b>ICO</b>	Instituto Condal de Oftalmología
<b>ICS</b>	Instituto Catalán de la Salud
<b>IES</b>	Instituto de Estudios de la Salud
<b>ILSAT</b>	Interpreter Language and Skills Assessment Tool Herramienta de evaluación de las habilidades de interpretación lingüística
<b>IMAS</b>	Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria
<b>IMIA</b>	International Medical Interpreters Association Asociación Internacional de Intérpretes Médicos
<b>IMS</b>	Interprétation en milieu social Interpretación en los servicios públicos
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>INEM</b>	Instituto Nacional de Empleo
<b>INRS</b>	Instituto Nacional de la Investigación Científica
<b>IoL</b>	Institute of Linguists Instituto de Lingüística
<b>ISM</b>	Inter Service Migrants
<b>ISP</b>	Interpretación en los Servicios Públicos
<b>LLS</b>	Language Line Services Servicios de Lenguas en Línea
<b>LTC</b>	Language Testing and Certification Evaluación y certificación de lenguas
<b>MCH</b>	Montreal Children's Hospital Hospital de niños de Montreal
<b>MCIS</b>	Multilingual Community Interpreter Services Servicios de Interpretación en los Servicios Públicos Multilingües
<b>MIIS</b>	Monterrey Institute of International Studies Instituto de Estudios Internacionales de Monterrey
<b>MIRAS</b>	Mediació i Interpretació: Recerca en l'Àmbit Social Mediación e Interpretación: Investigación en el Ámbito Social
<b>MMIA</b>	Massachusetts Medical Interpreters Association Asociación d Intérpretes Médicos de Massachusetts
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services Sociaux Ministerio de la Salud y los Servicios Sociales
<b>NAATI</b>	National Accreditation Authority for Translators and Interpreters Autoridad Nacional Acreditadora de Traductores e Intérpretes
<b>NAJIT</b>	National Association of Judiciary Interpreters and Translators Asociación Nacional de Traductores e Intérpretes Judiciales
<b>NCIHC</b>	National Council on Interpreting in Healthcare Consejo Nacional de Interpretación en la Atención Sanitaria
<b>NJITCE</b>	National Judiciary Interpreter and Translator Certification/Certificación Nacional de Traductores e Intérpretes Judiciales
<b>NRPSI</b>	National Register of Public Service Interpreters Registro Nacional de Intérpretes en los Servicios Públicos
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique Oficina federal de salud pública
<b>OTTIAQ</b>	Ordre des traducteurs, terminologues et interprètes agréés du Québec Colegio de traductores, terminólogos e intérpretes admitidos de Quebec
<b>PIA</b>	Programa Integral de Acogida

<b>PASSIR</b>	Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
<b>PDI</b>	Plan Director de Inmigración y Salud
<b>QMI</b>	Qualified Medical Interpreter Intérprete Médico Cualificado
<b>RCC</b>	Resident Continuity Clinic Clínica de seguimiento de residentes
<b>RID</b>	Registry of Interpreters for the Deaf Registro de intérpretes en lengua de signos
<b>SANC</b>	Service d'aide aux Néocanadiens Servicio de ayuda a los Neocanadienses
<b>SAP</b>	Servicio de Atención Primaria
<b>SAPHC</b>	Strengthening Access to Primary Health Care Enfortalecer el acceso a cuidados de salud primaria
<b>SCIS</b>	Sociocultural Consultation and Interpretation Services Servicios de Consulta Sociocultural e Interpretación
<b>SEFRI</b>	Secretariado del Estado de Formación, Investigación e Innovación
<b>SEM</b>	Sistema de Emergencias Médicas
<b>SEMSI</b>	Servicio de Mediación Social Intercultural
<b>SETI</b>	Servicio de Traducción e Interpretación
<b>SMI</b>	Screened Medical Interpreter Intérprete Médico Escogido
<b>SITJ(M)</b>	Service d'interprétation et de traduction judiciaires (de Montréal) Servicio de Interpretación y de Traducción Judiciales (de Montreal)
<b>SRV</b>	Service de relais vidéo Servicio de interpretación en lengua de signos por videoconferencia
<b>STIBC</b>	Society of Translators and Interpreters of British Columbia Sociedad de Traductores e Intérpretes de la Columbia Británica
<b>TÖI</b>	Tolk- och översättarinstitutet Instituto de Estudios de Traducción e Intepretación
<b>UAB</b>	Universitat Autònoma de Barcelona
<b>UCI</b>	Unidad de Cuidados Intensivos
<b>VCIM</b>	Vlaams Centrum voor de Integratie van Migranten/Foyer
<b>WEA</b>	Worker's Educational Association Asociación Educativa de Trabajadores

# Introducción

El presente proyecto pretende profundizar en el tema de la ISP, enmarcado dentro de la línea de investigación en Interpretación que, en el marco de la UAB, trabaja el grupo de investigación MIRAS (cuyos avances se pueden seguir en la siguiente página web: <http://grupsderecerca.uab.cat/miras/>) al cual pertenezco.

La ISP es una práctica relativamente nueva (especialmente en nuestro país), por lo que la investigación en este campo requiere un mayor volumen de trabajos que rellenen el vacío de conocimiento propio de cualquier actividad emergente. De acuerdo con Hale y Napier (2013), la investigación en interpretación (y en ISP en particular) es tan reciente que todavía quedan muchas preguntas por formular e investigar.

En un mundo cada vez más globalizado, son muchas las situaciones de incomunicación que se observan en el contacto de personas inmigrantes con las diferentes instancias de la Administración Pública, ya sea en el ámbito de la educación, la sanidad, la justicia, etc.

Nuestra sociedad ha sufrido, en los últimos años, una evolución que ha llevado a la creación de una nueva sociedad multicultural, movida por un crecimiento de los flujos migratorios hacia nuestro país. Dicha inmigración tiene orígenes diversos (ya sea de tipo laboral, residencial o turístico, procedente de países pobres o en conflicto, etc.), lo que ha configurado una nueva realidad social con nuevas necesidades, intereses y riesgos de polarización de la sociedad, de exclusión social de las minorías étnicas, de marginación y de conflicto. Esta nueva sociedad está inserta en un contexto social europeo más amplio, que reconoce los derechos de ciudadanía a todas las personas que habitan en nuestro territorio. Según Malgesini y Giménez (2000), los derechos de ciudadanía sólo pueden servir como vehículo hacia la integración si los inmigrantes hacen uso de estos derechos, si las instituciones del país de acogida responden a las exigencias planteadas por las minorías étnicas, y, en un plano mayor, si las políticas estatales tienden a favorecer la equidad social y a fortalecer la participación ciudadana. No podemos olvidar que la ISP es fruto de una necesidad social movida por el fenómeno de la inmigración. De este modo, se puede afirmar que la ISP se necesita y, por fortuna, se practica cada vez con mayor frecuencia en España, puesto que los niveles de inmigración de este país están incrementando muy rápidamente, por lo que este campo de investigación está adquiriendo cada vez más importancia.

Ahora que empieza a conocerse la ISP como práctica necesaria en una sociedad multiétnica como en la que vivimos y dado que se empieza a reconocer como una profesión incipiente en vías de consolidación, es el momento de considerar si ésta se

está realizando en las condiciones que mejor se adaptan a nuestra realidad social. Para ello, se deben tener en cuenta diferentes factores como el nivel de profesionalización de dichos servicios, la formación de sus prestatarios o las características de las prestaciones que se están realizando.

Tal y como afirma Hale (2007), la calidad de la comunicación entre personal sanitario y pacientes condiciona la confianza de estos últimos en los tratamientos propuestos y, por ende, en la calidad del servicio sanitario recibido. Es por ello que la persona que actúa de puente comunicador entre las partes de la comunicación en el ámbito sanitario debe dominar tanto la terminología médica como la cultura de ambas partes (incluyendo la cultura sanitaria), así como conocer en profundidad la institución para la que trabaja y las características de las situaciones comunicativas en las que desarrolla sus funciones.

De acuerdo con Arumí, M. *et al.* (2011), la población inmigrante de Catalunya presenta problemas de comunicación en el contacto con los servicios públicos, correspondiéndole al profesional de la ISP la tarea de solucionarlos. El mismo estudio pone de manifiesto, entre otras cosas, una falta de formación específica de los prestatarios de este tipo de servicios, de lo que se derivan dificultades en el acceso a profesionales de ISP, así como un desconocimiento del rol del prestatario de servicios de ISP y una necesidad de optimizar la organización de los servicios existentes.

Por esto, podemos afirmar que, de no afianzar los servicios de ISP, promoviendo su profesionalización, no solo estaríamos obstaculizando su integración en nuestra sociedad, sino que, además, estaríamos vulnerando los derechos de las personas inmigrantes que no dominan las lenguas autóctonas, al no ayudarles a saltar las barreras de la incomunicación ante las que se encuentran al intentar acceder a servicios públicos de todo tipo. El hecho de no evolucionar en ISP incrementaría también los costos de los servicios públicos, pues se realizarían más prestaciones que, debido a los problemas de comunicación, resultarían banales e infructuosas, dando pie a nuevas citas con la esperanza de solucionar los problemas tratados más adelante.

Todo esto se puede solucionar invirtiendo en servicios de ISP de calidad que agilicen la prestación de los diferentes servicios públicos.

Esta investigación constituye un estudio comparativo de los servicios de ISP en el ámbito sanitario de las ciudades de Barcelona y Montreal (Quebec), que tiene la intención de concluir elaborando, si se considera necesario, propuestas de mejora para los servicios observados. Los resultados del presente estudio pueden ser la base para avanzar en una reorientación del perfil profesional que mejor se adecue a las necesidades de los servicios de ISP del ámbito sanitario. Así, según la clasificación de temas de investigación de Pöchhacker (2004), la presente tesis doctoral versa sobre el tema de la práctica y la profesión de la ISP, aunque trata sucintamente, dada su relación directa, otros temas como el proceso o el producto en ISP.

## ***Antecedentes y justificación de la presente investigación***

La presente tesis doctoral tiene su antecedente en el trabajo de investigación que realicé en el marco del Máster oficial de traducción, interpretación y estudios interculturales de la UAB, que, dirigido por la Dra. Marta Arumí y presentado en julio del 2010, llevaba por título “La interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario en el área metropolitana de Barcelona”. Dicho estudio analiza cómo están organizados los servicios de ISP de tres centros sanitarios del área metropolitana de Barcelona (concretamente, el Hospital Vall d’Hebrón, el Hospital del Mar y el CAP Drassanes). En el marco de una metodología cualitativa, entrevisté tanto al personal que gestiona los servicios de ISP en cada uno de los centros mencionados, como a miembros del personal sanitario que trabajan en contacto con intérpretes y mediadores. De este modo, y basándome en el análisis discursivo, describo la realidad de la ISP del ámbito sanitario del área mencionada.

Los resultados obtenidos me permitieron describir en qué consisten los servicios de ISP de los centros estudiados, cuál es el perfil de sus usuarios, el de sus prestatarios (incidiendo también en su formación) y el de los profesionales de la salud que los utiliza. Asimismo, pude describir cómo se plantea la práctica de la ISP y cuál es la evaluación que ésta recibe. De ello se desprendió la necesidad de avanzar en la realidad objeto de estudio, proponiendo como nuevas propuestas de investigación para futuros trabajos, estudios comparativos como el que ahora presento.

La razón por la que considero necesario realizar este trabajo es la situación actual de la ISP en Cataluña (en particular) y en España (en general). Dicha situación se caracteriza por la escasa formación específica de sus prestatarios, así como por la falta de reconocimiento de la profesión y de la calidad en las prestaciones proporcionadas (Arumí, Gil-Bardají y Vargas-Urpí, 2011).

En Cataluña, encontramos diferentes figuras profesionales en los servicios de ISP, cuyas funciones no están claramente definidas, lo que con frecuencia les lleva a asumir responsabilidades que no les corresponden (Linguamón, 2010). A menudo, los prestatarios de servicios de ISP son considerados auxiliares de otros profesionales, de manera que actúan sólo en casos muy puntuales. De hecho, en numerosas ocasiones se recurre a familiares, amigos, vecinos u otras personas que puedan acompañar al paciente para actuar de intermediario, en lugar de buscar ayuda profesional.

La Administración ofrece gran cantidad de soluciones *ad hoc*, entre las que encontramos intervenciones de profesionales, así como de voluntarios. No obstante, se aprecia un elevado desconocimiento de la interpretación como actividad profesional especializada, con lo que las garantías de calidad no son muy elevadas. Asimismo, como consecuencia, los profesionales de ISP que trabajan en Barcelona presentan una falta de formación considerable, sufren de una indudable precariedad laboral y cuentan con unas relaciones laborales altamente inestables (Burdeus-Domingo, 2010). Es por dicha falta de formación en el ámbito de especialidad de la ISP, que considero conveniente realizar, ya en esta

introducción, una aclaración terminológica en relación a la manera de referirme a las personas que prestan servicios de ISP. A lo largo de esta tesis doctoral, me refiero a estas personas como “profesionales de la ISP”. Considero imprescindible aclarar que, con esta denominación, no estoy dando por sentado que los servicios de ISP prestados sean de calidad profesional. El término “profesional” aparece en el Diccionario de la Real Academia Española definido como:

1. *Perteneciente o relativo a la profesión.*
2. *Dicho de una persona: Que ejerce una profesión*
3. *Dicho de una persona: Que practica habitualmente una actividad, incluso delictiva, de la cual vive.*
4. *Hecho por profesionales y no por aficionados.*
5. *Persona que ejerce su profesión con relevante capacidad y aplicación.*<sup>1</sup>

Para la denominación cuya elección justifico (“profesional de la ISP”), he dejado de lado la cuarta acepción expuesta, siendo mi intención la de referirme, tal y como indican tanto la segunda como la tercera y la quinta acepción, a una persona que practica habitualmente una actividad, de la cual vive, a modo de profesión. Todo ello sin entrar en evaluar si, como indica la quinta acepción, lo hace con relevante capacidad y aplicación.

En este estudio comparo la realidad de la ISP en el ámbito sanitario de las ciudades de Barcelona y Montreal, en busca de similitudes y divergencias entre ambos sistemas. Dicha comparación me permitirá observar si algún aspecto de las realidades observadas es susceptible de mejoras, en cuyo caso valoraré, a partir de la comparación, si las soluciones aportadas en una ciudad pueden ser adaptables a la otra. Con trabajos como el que presento, se abre un camino hacia el mejor reconocimiento de la ISP por parte de la Administración, lo que supone también un ahorro tanto económico como temporal en la prestación de servicios públicos.

Los estudios comparativos son una fuente por explotar en el ámbito de la ISP. Estos pueden servir para que en aquellos lugares en que la ISP es una realidad todavía incipiente, puedan desarrollar servicios de este tipo, en base a las experiencias vividas en otros lugares, donde ya se han superado las dificultades de la etapa inicial, sin tener que sufrir sus efectos adversos.

---

<sup>1</sup> Extraído de: Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.) Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

Barcelona y Montreal son dos grandes ciudades que comparten elementos comunes. Son ciudades bilingües con una tasa de población bastante similar (1.614.090 habitantes en Barcelona<sup>2</sup> y 1.649.519, en Montreal<sup>3</sup>), dianas de la inmigración, cuya multiculturalidad forma parte de su idiosincrasia. De ello deriva la existencia de diferentes idiomas en la comunicación con los diferentes servicios públicos. Ambas ciudades gozan de cierto nivel económico dentro de sus respectivos países, así como de cierta autonomía política y cierto sentimiento independentista. Igualmente, poseen cierto nivel de desarrollo científico (a sendos niveles nacionales). Además, su situación de bilingüismo y su sentimiento de pueblo con identidad propia, hacen que en ambas se promueva el aprendizaje de las lenguas autóctonas, a menudo apoyando más dicho aprendizaje que la proliferación de los servicios de ISP. Aun así, Barcelona es una de las ciudades que más han avanzado en el campo de la ISP en nuestro país, tal y como sucede con Montreal en el ámbito canadiense. Por todo ello, considero que Montreal es la ciudad que mejor se adapta a la comparación con Barcelona. Además, esta ciudad se encuentra entre las pioneras en el ámbito de la ISP a nivel mundial, por lo que los resultados del estudio que planteo pueden ser muy positivos para la evolución de la ISP en el contexto español.

Aun así, no podemos pasar por alto las diferencias observables entre dichas realidades. De entre dichas diferencias, destacan, por su importancia a efectos de este estudio, el hecho de que el sistema sanitario canadiense no se puede calificar de público en su totalidad, aunque no podemos olvidar en este trabajo que nuestro país está tomando una dirección muy similar.

De acuerdo con Angelelli (2004), los servicios de interpretación se encuentran fuertemente influenciados por los contextos sociopolíticos y culturales en los que se prestan. Schäffner (2007) señala la importancia de las relaciones de poder o de las políticas concretas de un territorio y el efecto que estas llegan a tener sobre la traducción. Álvarez y Vidal (1996) califican a la traducción de acto político, alegando que la traducción está estrictamente ligada a la cultura, así como relacionada con la producción y ostentación de poder y con las estrategias utilizadas por dicho poder para representar la cultura del otro. De este modo, los aspectos ideológicos y políticos de la situación comunicativa en que se desarrolla la traducción pueden influir en el modo en que esta se desempeña, con lo que las decisiones políticas pueden tener un gran impacto en el desarrollo de la traducción en un país determinado. Este impacto se puede traducir de maneras muy diversas: desde la censura hasta la decisión de prestar o no unos servicios de traducción e interpretación determinados (como servicios de interpretación en los servicios públicos gratuitos para el usuario), pasando por los idiomas hacia los cuales se considera más “práctico” traducir o por el perfil de profesional encargado de prestar

---

<sup>2</sup> Característiques de la població de Barcelona segons el Padró municipal. Juny 2013

<sup>3</sup> Datos extraídos de Statistique Canada, recensements de population 1986 à 2011

servicios de interpretación. Es por ello por lo que resulta interesante estudiar la realidad propuesta teniendo en cuenta las similitudes y las diferencias sociopolíticas y culturales del entorno que envuelve la ISP en ambas zonas, para poder llegar a conclusiones que nos ayuden a defender una buena práctica de la traducción y la interpretación.

La motivación personal que ha dado lugar al presente proyecto surge de un interés por la interpretación de enlace, especialmente en los sectores públicos y sociales, al que se suma la escasa presencia de dicha práctica en las administraciones de nuestro país.

El estudio de las dos realidades interpretativas y sociales me ha permitido adentrarme en el campo de la ISP y participar en el diseño de un nuevo modelo más acorde con las necesidades de la nueva sociedad multicultural. Desde un punto de vista metodológico, me ha permitido aplicar el sistema de análisis aplicado a un estudio previo (Burdeus-Domingo, 2010). Aquí he podido comprobar su viabilidad con un mayor corpus de estudio, insertar cambios metodológicos en aras a conseguir una estrategia más sistemática y afianzar su validez.

Otra de mis motivaciones personales frente a este estudio es la idea de poder observar las diferencias existentes entre la ISP en los distintos contextos sociales estudiados, con los que, por motivos personales, estoy fuertemente ligada. Me interesa observar las problemáticas que se experimentan en ellos, las soluciones adoptadas y las carencias o posibilidades de mejora. Igualmente, me motiva la idea de poder vislumbrar los posibles caminos que tomará potencialmente la realidad estudiada en los lugares observados, lo que se podrá conseguir una vez comparadas dichas realidades, teniendo en cuenta sus características comunes (inmigración y bilingüismo).

Como comentaba, este tipo de trabajo comparativo es innovador en el campo de la ISP y resulta de gran relevancia tanto desde un punto de vista teórico como práctico. Considero que el presente proyecto tiene una elevada utilidad social, ya que con él pretendo avanzar en el campo de la ISP mediante la propuesta del modelo mencionado, elaborando las recomendaciones pertinentes. Así pues, este trabajo busca poder avanzar hacia la adecuada implementación de los servicios de ISP, orientando la evolución de los mismos, mediante la propuesta de sugerencias referentes a aspectos intrínsecos de la ISP, como la formación de los profesionales de la ISP o el modelo profesional, la deontología, etc.

## ***Objetivos y preguntas de investigación***

El objetivo de la tesis doctoral que ahora presento es realizar una descripción analítica comparativa entre los servicios de ISP de centros sanitarios de las ciudades de Barcelona y Montreal.

Resultará interesante describir el trabajo que se ha estado realizando en ambas ciudades en lo que a ISP se refiere, en aras a avanzar en la materia en base a la descripción analítica comparativa resultante de las observaciones realizadas.

Este objetivo general ha sido desglosado en los siguientes objetivos específicos:

1. Observar cómo está organizado el servicio de ISP en hospitales y centros de atención primaria de las ciudades de Barcelona y Montreal.

Para ello, propongo los siguientes subobjetivos:

- Describir cómo se está efectuando la prestación del servicio de ISP en los servicios sanitarios.
  - Comprobar cómo está integrado el servicio de ISP dentro del organigrama de la red de servicios sanitarios públicos.
  - Analizar los fines, metas y objetivos de la institución sanitaria al crear el servicio de ISP.
  - Estudiar si existe un programa para la puesta en marcha del servicio de ISP en cada centro sanitario y, en su caso, sus fases de ejecución, los plazos de dichas fases y el presupuesto con que se cuenta para llevarlo a cabo.
  - Describir la organización del servicio de ISP. Averiguar qué modalidades de traducción e interpretación se utilizan y con qué frecuencia.
  - Evidenciar la cualificación del personal que realiza las labores de ISP.
  - Averiguar si el personal de los servicios de ISP está integrado dentro de la plantilla del centro o si dicho servicio es prestado por una agencia externa.
  - Examinar la idoneidad del diseño del servicio de los servicios de ISP y si existe necesidad de un desarrollo formativo y laboral de sus prestatarios.
2. Comparar los servicios de ISP del ámbito sanitario de las dos ciudades estudiadas.
  3. Elaborar recomendaciones, si procede, basadas en las experiencias ya vividas en una ciudad y adaptadas a la realidad social de la otra, o bien nuevas soluciones, si las anteriores no son adaptables, todo ello con tal de proponer cambios para el modelo actual de la ISP del ámbito sanitario.

Atendiendo a los objetivos expuestos con anterioridad, planteo las siguientes preguntas de investigación, que explico con mayor profundidad en el capítulo metodológico:

1. ¿Cuáles son los objetivos de los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?
2. ¿Cómo están organizados los servicios de ISP en hospitales y centros de atención primaria de las ciudades de Barcelona y Montreal?
3. ¿Cuáles son las similitudes y las diferencias existentes entre los servicios de ISP de los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?
  - 3.1. ¿Cómo se prestan los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?
  - 3.2. ¿Cómo se integra la ISP dentro de los sistemas sanitarios barcelonés y montrealés?
  - 3.3. ¿Se han diseñado programas para la creación de los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés? En ese caso, ¿qué características tienen dichos programas? ¿Cuáles son sus fases? *¿Cuál es la idoneidad de sus presupuestos?*
4. En relación a los profesionales de la interpretación:
  - 4.1. ¿A qué modalidades de interpretación recurren los profesionales de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés? ¿Con qué frecuencia?
  - 4.2. ¿Con qué formación cuentan los profesionales de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?
  - 4.3. ¿Cuál es la vinculación del profesional de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés para con los centros de salud?

## ***Organización y estructura de la tesis***

El trabajo que presento se estructura en seis capítulos, las referencias bibliográficas y un conjunto de anexos en DVD. Los dos primeros capítulos conforman el marco teórico de esta tesis doctoral, mientras que el tercero constituye el marco metodológico de la misma, el cuarto presenta el análisis de los datos y el quinto, los resultados del estudio. Finalmente, en el sexto capítulo, presento las conclusiones que se derivan de los resultados obtenidos.

Más concretamente, en el primer capítulo delimito la ISP como disciplina y la enmarco en el campo de la interpretación. La caracterización de la ISP así como una breve exposición de los diferentes ámbitos en los que ésta se practica, ayudará al lector a entender, de manera global, las peculiaridades de dicha práctica. Aprovecho igualmente para realizar un breve repaso de la evolución histórica de la ISP y esbozar una imagen general de su situación actual, incidiendo tanto en los servicios ofertados en distintas partes del mundo como en la investigación realizada en este ámbito y en las posibles vías formativas en la materia.

En el segundo capítulo, me centro en el ámbito sanitario, de modo que, inicialmente, ofrezco una sucinta comparación de los sistemas sanitarios implicados en este trabajo de investigación, es decir, el español y el canadiense. Acto seguido, me adentro en el ámbito de la ISP en contexto sanitario, describiendo su estado actual en las dos zonas objeto de estudio. Posteriormente, realizo un breve repaso de la bibliografía publicada en la materia así como de las diferentes propuestas formativas existentes. Por último, expongo los aspectos profesionales propios de la ISP en el ámbito sanitario, incidiendo en las características de la conversación triológica en contexto sanitario, en la deontología profesional y en el rol del intérprete en este ámbito, así como en las competencias que éste necesita.

En el tercer capítulo presento el enfoque metodológico seleccionado. Inicialmente, ubico mi estudio en el paradigma cualitativo, justificando dicha elección, y concretamente describo las características de un estudio de caso como el que me ocupa. Tras ello, describo los elementos que identifican la presente investigación, es decir, la muestra estudiada, el procedimiento de recogida de datos y los instrumentos utilizados para este fin, el tratamiento de los datos obtenidos y, finalmente, el modelo de análisis aplicado.

En el cuarto capítulo despliego el análisis de las entrevistas y cuestionarios aplicados a los diferentes perfiles de sujetos en cada una de las ciudades objeto de estudio. Este capítulo queda dividido en dos partes. En la primera, presento un informe detallado del análisis de datos obtenidos por cada perfil de sujeto encuestado en cada ciudad y, en la segunda despliego la recopilación de todas las opiniones expresadas y esbozo una imagen general de la situación de la ISP en el ámbito sanitario en cada ciudad.

En el quinto capítulo, presento los resultados generales extraídos de la comparación de las realidades barcelonesa y montrealés en materia de ISP en contexto sanitario, relacionándolos con las preguntas planteadas al inicio de este trabajo.

Finalmente, el sexto capítulo recoge las conclusiones del estudio realizado. En él reflexiono sobre la aportación que supone esta investigación en el campo de la ISP (más concretamente de la ISP en el ámbito sanitario) y enumero una serie de posibles vías de investigación que surgen a partir del trabajo elaborado.

# Capítulo 1: La Interpretación en los Servicios Públicos

Para profundizar en el concepto de ISP, empiezo en este capítulo por caracterizar y delimitar dicha práctica. Para ello, la describo encuadrándola dentro de las diferentes modalidades y entornos de la interpretación. Tras ello, describo sus diferentes ámbitos de actuación y posteriormente repaso de manera sucinta su evolución a lo largo de la historia. Acto seguido presento una imagen panorámica de su situación actual a escala mundial. Por último, hago una breve revisión de la investigación en ISP, para acabar tratando el estado actual de la formación en ISP a escala global. Hecho esto, dedico el capítulo 2 de este marco teórico a las especificidades del ámbito sanitario.

## 1.1 La ISP: Delimitación de la disciplina

La interpretación en los servicios públicos (de ahora en adelante ISP), constituye a partir de los años 80-90 del siglo veinte una nueva rama dentro de los estudios de traducción e interpretación que se está haciendo cada vez más necesaria a lo largo y ancho del mundo. Nace fruto de una necesidad social impuesta por los grandes flujos migratorios. Éstos traen consigo la formación de sociedades multiculturales y multiétnicas, cuyos ciudadanos tienen distintas lenguas maternas y, por ende, necesitan de la interpretación para conseguir una total comprensión en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, para su completa adaptación social.

Pöchhacker (2002) la define como la interpretación que se desarrolla en el contexto institucional de una sociedad determinada cuando los proveedores de servicios públicos y sus usuarios hablan lenguas distintas. Para Wadensjö (1998), la ISP es un tipo de interpretación que tiene lugar en el ámbito de los servicios públicos para facilitar la comunicación entre el personal oficial y los usuarios inmigrantes. Mikkelsen (1996), por su parte, la define como una actividad que permite que personas que no hablan la lengua oficial del país en el que se encuentran puedan comunicarse con los prestatarios de los servicios públicos, con tal de garantizar el acceso igualitario a los mismos.

Los autores citados coinciden en que la ISP facilita la comunicación entre personas pertenecientes a una minoría cultural y lingüística, con un nivel educativo y adquisitivo por lo general inferior al del país de acogida, que desconoce la realidad social (Valero-Garcés, 2003a) y la lengua del país en el que se encuentra. Cabe añadir que, a menudo, la cultura de la minoría no es del todo comprendida por la sociedad mayoritaria (Roberts,

1997), lo que incrementa los problemas de comprensión entre ambos grupos. Hay que tener en cuenta que los inmigrantes son sujetos con derechos y obligaciones en su país de acogida, con lo que se les exige que se ajusten a las normas y deberes del mismo. Por ello, no deberían tener barreras en el acceso a los servicios públicos (Sales Salvador, 2005).

El acceso igualitario a los servicios públicos es un derecho humano fundamental, que implica, como presupuesto inicial, el entender y ser entendido para eliminar las trabas comunicativas que puedan interferir en la correcta prestación de dichos servicios. En esta línea, García-Beyaert (2008) defiende el “derecho a la comunicación efectiva”, definiéndolo como el derecho de todo individuo a entender y ser entendido en el contacto con las instituciones públicas, de manera que las barreras de comunicación no le supongan una traba en la consecución de los derechos fundamentales cubiertos por dichas instituciones.

La ISP facilita la existencia de un acceso igualitario a los servicios legales, de salud, educativos, y sociales, proporcionando una total comunicación entre aquellas personas que no dominan las lenguas oficiales del país en el que se encuentran y los proveedores de dichos servicios. De acuerdo con Martín (2000), la interpretación social o interpretación comunitaria responde a una necesidad social de una comunidad de personas que no hablan el idioma oficial del país y, por lo tanto, se ven perjudicadas en su relación con la Administración y en el ejercicio de sus derechos y deberes a la hora de acceder a los servicios públicos. Por consiguiente, la ISP se considera una práctica de buen gobierno de la Administración, pues pone de manifiesto el esfuerzo por parte de las administraciones por acercar al máximo los servicios públicos a los ciudadanos, sin olvidar a los que por el mero hecho de ser inmigrantes pueden experimentar dificultades suplementarias de acceso a los mismos.

Vemos como las definiciones expuestas acentúan la existencia de una situación de desigualdad entre las partes que se benefician de la ISP. Encontramos siempre una parte que ostenta el poder (la que oferta los servicios públicos) y otra (el inmigrante) que está en una situación de inferioridad, puesto que necesita del servicio que la otra parte le ofrece (Pöllabauer, 2004, 2006). De ahí que la ISP se considere una manera de reequilibrar la asimetría intrínseca a las relaciones de poder entre la Administración y los usuarios inmigrantes. En esta línea, Valero-Garcés (2003a) afirma que el intérprete tiene aquí un papel de compensación de una injusticia social que sufre el inmigrante.

La importancia de la ISP sólo se puede entender al darse cuenta de que ésta es crucial para las vidas de gran cantidad de personas que, sin tales servicios, serían incapaces de comunicarse y, por lo tanto, no podrían alcanzar el nivel de vida o estado de bienestar que la prestación de servicios del país de acogida pueda ofrecer, al no poder acceder a ellos libremente o en plano de igualdad debido a las barreras lingüísticas. Es por ello que los servicios de ISP son imprescindibles para cualquier inmigrante en situación de incomunicación con las administraciones de su país de acogida, cuente o no con papeles en regla, pues los principios humanitarios de toda democracia liberal así lo requieren.

### 1.1.1. La ISP en la taxonomía de la traducción oral

Jiménez Ivars (1999) presenta una clasificación de la traducción oral, en la cual distingue entre modalidades y tipos de interpretación. Para la autora, las modalidades de traducción oral tienen una relación directa con el modo discursivo respecto del texto original, clasificándose en modalidades simultáneas y consecutivas, ya sean estas monológicas o dialógicas. Asimismo, la autora relaciona los tipos de traducción oral con el contexto en el que ocurren, de modo que éstos estarán directamente relacionados con el entorno en el que se desarrolla la actividad interpretativa.

#### 1.1.1.1. Según la modalidad de interpretación

Jiménez Ivars (1999) clasifica la interpretación simultánea según se utilicen o no medios electrónicos. En la interpretación simultánea con medios electrónicos, entendidos más allá de la habitual cabina y consola, se distingue entre audioconferencias, videoconferencias e interpretaciones con monitor de televisión. La interpretación simultánea sin medios electrónicos recibe el nombre de susurrado (o *chuchotage*). Igualmente, hace una distinción de la interpretación simultánea en función del formato del texto de partida, distinguiendo entre la simultánea con texto y la simultánea sin texto.

Por otra parte, Wadensjö (1998) distingue entre la interpretación monológica y la dialógica. Partiendo de dicha distinción, Jiménez Ivars (1999) asegura que la interpretación consecutiva monológica se refiere a la interpretación consecutiva propiamente dicha, mientras que la consecutiva dialógica hace referencia a lo que también conocemos como interpretación de enlace, denominada por Gentile (1988) consecutiva corta y también conocida como bilateral (De Pedro Ricoy, 2010) o de *liaison* (Gentile *et al.* 1996). Si bien se utilizan otras modalidades (como el *chuchotage* o la traducción a la vista), la modalidad de enlace o bilateral es la más frecuente en ISP. De hecho, Wadensjö (1998), la define como típicamente bidireccional, es decir, que el mismo intérprete trabaja de y hacia las dos lenguas en cuestión. Además añade que, por lo general, el intérprete interviene de manera consecutiva tras la intervención de cada uno de los interlocutores, de manera que se va interpretando la conversación dividida por secuencias. En esta modalidad de interpretación, el diálogo suele ser mucho más espontáneo. La interpretación de enlace puede desarrollarse a través de diferentes canales. Jiménez Ivars (1999) distingue entre:

- Canal directo: El intérprete comparte espacio con los interlocutores.
- Telefónico: El intérprete presta sus servicios por vía telefónica, con lo que no existe contacto visual.
- Videoconferencia: El intérprete no comparte espacio físico con los interlocutores, aunque tiene contacto visual con ellos.

### 1.1.1.2. Según el tipo de interpretación

Jiménez Ivars (1999) se basa en el criterio de “situación comunicativa” como parámetro básico para su propuesta de categorización de tipos de traducción oral como contraposición a modalidades.

Basándose en el criterio "elementos de la situación comunicativa" de Alexieva (1997), Jiménez Ivars (1999) propone la siguiente clasificación de tipos de traducción oral:

Tipo	Situación
Interpretación de conferencias	Comunicación entre especialistas que necesitan adquirir o intercambiar información.
Interpretación en los medios audiovisuales	Visionado de cine o televisión por parte de un público desconocedor de la lengua del original.
Interpretación dialógica para profesionales	Negociación, adquisición o intercambio de información entre iguales.
Interpretación social	Relación de los individuos con los servicios públicos o privados.
Interpretación de tribunales	Comunicación entre los distintos participantes en una vista oral y el tribunal.

Tabla 1. Tipos de traducción oral. Jiménez Ivars (1999).

Como vemos, Jiménez Ivars (1999) se refiere a la ISP como parte del tipo de interpretación denominado “interpretación social”. Además, lo distingue de la interpretación de tribunales, considerada por algunos autores otro tipo de traducción oral. Esto da paso al siguiente apartado, que trata la disparidad de denominaciones que recibe la práctica que nos ocupa.

### 1.1.2. Multiplicidad terminológica

Hale (2007) insiste en que autores como Gentile (1997) y Roberts (1997) critican todo tipo de clasificación, en defensa del mero uso del término “interpretación”, para evitar oposiciones. Sin embargo, Snell-Hornby (1988) apuntaba que la tendencia a clasificar es propia del ser humano y esencial para el desarrollo científico. Esto ha originado una gran multiplicidad terminológica en un campo tan incipiente como es el de la ISP.

De acuerdo con autores como Phelan (2001), Valero-Garcés (2002, 2003a, 2006 y 2008) o Corsellis (2003), se da un desacuerdo a la hora de denominar la actividad que estudiamos. Tal denominación depende de la percepción que en cada país se tiene de la misma. Cada una de las posibles nomenclaturas aporta un matiz diferente a dicha práctica. A diferencia de otros países, en España todavía no se ha llegado a un consenso por lo que respecta a dicha denominación. No obstante, según Valero-Garcés (1998, 1999, 2001 y 2003a) o Valero-Garcés y Dergam (2001), los nombres más utilizados para referirse a ella en lengua inglesa son *community interpreting* y/o *public service interpreting*. Ozolins (2014) cita también las denominaciones *dialogue interpreting*, *ad hoc interpreting* o *non-professional interpreting*, entre otras denominaciones en lengua inglesa. Sin embargo, no podemos olvidar la existencia de otras denominaciones tales

como *escort interpreting* (Mikkelson, 1996), *cultural interpreting* (Mesa, 2000), *community-based interpreting* (Chesher *et al.*, 2003), *social interpreting* (Vermeiren *et al.*, 2009) o *liaison Interpreting* (Gentile *et al.*, 1996; Erasmus, 2000), estando esta última más relacionada con la modalidad de interpretación que con el medio en la que ésta se realiza. Igualmente, el autor insiste en resaltar el interés de algunos autores en evitar el término “interpretación” en denominaciones como *linguistic mediation* o *cultural mediation*.

Si bien es cierto que Niska (1991) denomina “interpretación de contacto” a la ISP en Suecia, en la mayoría de los países pioneros en esta práctica se prefiere la denominación *Community Interpreting*. Sin embargo, esta denominación, pese a ser la más extendida, también ha recibido sus críticas. Bowen (1998) argumenta que el término *community interpreting* se puede prestar a confusión pues, mediante el uso de la palabra *community*, se puede asociar a labores voluntarias y no remuneradas, como ocurre en *community service* o *community work*.

En este trabajo, sigo la decisión institucional tomada por el Institute of Linguists en 1990, según la cual se acuña la nomenclatura de Interpretación en los Servicios Públicos (ISP) (Erasmus 1999). Esta iniciativa fue secundada por investigadores como Corsellis (1997, 2008) o Valero-Garcés (2003a), argumentando que el término “interpretación comunitaria” se podría prestar a confusión con la interpretación realizada en el seno de la Comunidad Europea. No obstante, cabe resaltar que algunos investigadores de nuestro país se decantan más por utilizar designaciones como interpretación social.

En la misma línea, Alonso Araguás (2006) se refiere a la realidad que nos atañe con el término “mediación lingüística y cultural”, definiéndolo como el trabajo del intermediario, profesional o no, que aminora las barreras que, por motivos culturales y lingüísticos, obstaculizan la comunicación entre dos interlocutores, ya sean individuos, pueblos o culturas.

Pese a no tratar el tema de la ISP en su obra, Hurtado Albir (2001) incluye en su glosario el término “interpretación social”, presentándolo como equivalente de “community interpreting” y definiéndolo como un “tipo de traducción oral que se efectúa para establecer relación de los individuos con servicios públicos o privados. Se realiza con las modalidades de interpretación de enlace y traducción a la vista.”

A pesar de esta falta de consenso respecto a su denominación, se trata de una de las áreas que más está evolucionando en materia de interpretación en la actualidad.

Como avanzaba al inicio de este apartado, autores como Ozolins (2014) insisten en que, en esta multiplicidad terminológica, se observan puntos de vista diferentes en cuanto a la ética de esta práctica se refiere. Así, dicha diversidad de denominaciones esconde diferentes maneras de percibir el rol del intérprete, las funciones que le son asociadas, las características de su profesión o incluso el estatus de la misma.

De acuerdo con Ozolins (2014), el primero en señalar esta multiplicidad terminológica fue Gentile (1997), quien apuntaba que resulta muy difícil dar una definición clara de la práctica que nos atañe si nos centramos en buscar especificidades que van más allá del mero hecho de interpretar. Posteriormente, Pöckhaker (2008) atrae la atención de los investigadores en el hecho de que muchas de las denominaciones evitan el uso del término “interpretación”, enfatizando en la idea de “mediación”, ya sea cultural o lingüística.

### **1.1.3. Ámbitos en los que se desarrolla la Interpretación en los Servicios Públicos**

La ISP se desarrolla en un terreno bastante amplio y se circunscribe a ámbitos diversos, en función del tipo de servicio público atendido.

Hale (2007) apunta que la ISP lleva al intérprete a las esferas más privadas de la vida del usuario, pues tiene lugar en ámbitos donde se tratan los temas más íntimos e importantes del individuo. Los principales ámbitos de la ISP son el jurídico-policial, el educativo, el sanitario, y el social. Además, dada la hibridez que caracteriza a los servicios públicos, los cuales llegan, en ocasiones, a trabajar de manera conjunta en casos comunes, las situaciones comunicativas en ISP también pueden ser híbridas (Baixauli Olmos, 2012). De este modo, no será de extrañar encontrar, por ejemplo, en el ámbito sanitario, a un trabajador social que trate temas relacionados con la salud de un usuario alófono de un centro hospitalario. Por ese motivo, las clasificaciones de la ISP por ámbitos deben verse como una clasificación alejada de la rigidez.

Siguiendo la línea de investigadores como Corsellis (1997), Jiménez-Salcedo (2010) y Baixauli Olmos (2012), concibo la ISP en su sentido más amplio, considerando la interpretación judicial como parte de la práctica que nos incumbe, a pesar de que autores como Phelan (2001) la consideren una modalidad distinta a la ISP. Si bien en Estados Unidos y Canadá la distinción entre ISP e interpretación judicial están muy extendidas, en este trabajo las englobo en una misma realidad. Justifico mi decisión basándome en que observo la ISP como la práctica de la interpretación que facilita la comunicación entre personas alófonas y proveedores de servicios públicos. De este modo, considero los servicios de justicia como un servicio público más al que tiene acceso todo ciudadano. Ciertamente es que, tanto en el ámbito médico como en el judicial, se han hecho más avances que en otros ámbitos de actuación de la ISP (Pöckhacker, 1999). Aun así, al igual que Baixauli Olmos (2012), abogo por una visión integradora de los ámbitos de la ISP, pues esta práctica cuenta con una serie de competencias y habilidades que son comunes a todos sus ámbitos de actuación, de acuerdo con lo que apuntan Pöckhacker (1999) y Mikkelsen (2001). Además, según Bancroft *et al.* (2013), separar la interpretación judicial de la ISP causa una elevada incertidumbre, pues no todos los actos de interpretación judicial acontecen en el ámbito de los tribunales, sino que se pueden encontrar casos en los que, debido a la hibridez de ámbitos de la que hablábamos, estos estén muy ligados a otro ámbito. Por poner un ejemplo, se darían ocasiones en los que el ámbito médico y

el judicial podrían ir de la mano, como pasaría ante casos de violencia de género. Esta línea de confusión es lo que Bancroft *et al.* (2013) denominan “zona gris”, refiriéndose a aquella zona en la que la ISP y la interpretación judicial entrarían en contacto.

Hale (2007) insiste en que la interpretación en lengua de signos y la interpretación en lenguas aborígenes también se engloban bajo el espectro de la ISP, aunque tienen particularidades específicas que les son propias y las distinguen del resto de prácticas interpretativas en ISP. No obstante, a efectos de esta investigación, no tomo en consideración la interpretación en lengua de signos, pues la considero un campo de investigación distinto (aunque muy relacionado) al de la ISP de las lenguas habladas.

#### **1.1.4. Caracterización de la Interpretación en los Servicios Públicos**

Como ya se ha mencionado, Wadensjö (1998) describe la ISP como una modalidad de interpretación típicamente bidireccional, es decir, que el mismo intérprete trabaja de y hacia las dos lenguas en cuestión. Además, por lo general, el intérprete interviene de forma consecutiva tras la intervención de cada uno de los hablantes originales, de manera que se va interpretando la conversación dividida por secuencias.

Esta práctica se caracteriza por dar constancia de una asimetría social existente entre los hablantes, una implicación muy elevada y una elevada importancia de la comunicación no verbal. Asimismo, es esencial para una buena práctica de la ISP que el intérprete conozca en profundidad no solo la lengua, sino también la cultura de cada una de las partes (Valero-Garcés, 2006). De igual manera, resaltaremos que, como exponen Phelan (2001) y Valero-Garcés (2006), suele haber una elevada tensión a lo largo de las conversaciones interpretadas en esta modalidad. Esto se debe a que en la ISP se suelen tratar temas muy delicados, de elevada repercusión para la persona que precisa de tales servicios, como son los laborales, legales o de salud. De este modo, destacaremos que, según Garbber (2000), las circunstancias en que los intérpretes en los servicios públicos realizan su trabajo hacen de ello una tarea arriesgada y con un nivel de responsabilidad elevado. Smirnov (1997) añade que desafortunadamente es el cliente y no el intérprete quien sufre las consecuencias de una mala prestación en la ISP. Por ello, afirmaremos, en la línea de lo expuesto por Wadensjö (1998), que en la ISP, el intérprete tiene que ir más allá del mero trasvase de información, pues debe destinar parte de sus esfuerzos a otros aspectos esenciales de su trabajo, como son, por ejemplo, mantener el peso y la responsabilidad de la coordinación de la conversación.

Autores como Roy (1993), Taft (1981) o Castiglioni (1997) defienden que todo profesional de la ISP debe transmitir el mensaje en la lengua meta, adaptando también sus particularidades culturales. De este modo, Taft (1981) y Roy (1993/2002) califican al profesional de la ISP de especialista tanto bilingüe como “bicultural”. Taft (1981) afirma que el profesional de la ISP está familiarizado con los acontecimientos históricos,

sociales y culturales de los países de sus interlocutores y posee, entre otras, habilidades comunicativas y sociales.

#### 1.1.4.1. Interpretación en los Servicios públicos vs. Interpretación de Conferencias

La ISP y la interpretación de conferencias se diferencian en tanto y en cuanto en la primera se da una proximidad física del intérprete y los clientes, una diferencia de estatus entre clientes, la necesidad de interpretar de manera directa e inversa y el hecho de que el intérprete que trabaja en los servicios públicos lo hace de manera individual y no como parte de un equipo (Gentile *et al.*, 1996). Además, en la interpretación de conferencias, los usuarios tienen un conocimiento compartido de los códigos, del léxico y del registro de lengua, mientras que, en ISP, puede que sus registros sean dispares. Otra diferencia importante es la del registro, pues en la interpretación de conferencias se tiende más a la formalidad, mientras que en la ISP el registro varía en función de los participantes y los tipos de texto.

En otro orden de cosas, existe también una diferencia en la percepción de estas dos tareas. Esto se debe a que a veces se considera que el intérprete de conferencias tiene un estatus superior que el que trabaja en los servicios públicos. Esta diferencia de estatus viene dada porque el estatus social de los participantes en la comunicación de cada una de ellas es diferente, pues en la interpretación de conferencias suelen ser ponentes de renombre o especialistas de un ámbito concreto, mientras que en los servicios públicos son proveedores de servicios públicos, por una parte, e inmigrantes de bajo estatus social, por la otra. Hale (2005) considera que el poco reconocimiento de la ISP se debe a causas diversas, como la escasez de formación universitaria, la falta de organización de la misma y de identidad profesional, así como el desconocimiento general de la complejidad de esta práctica.

A continuación, presento de manera más esquemática, las diferencias más destacables entre la ISP y la interpretación de conferencias, recogidas en una tabla publicada en Hale (2007):

	Interpretación de conferencias	Traducción e interpretación en los servicios públicos
Registro	Generalmente formal, aunque también son comunes los registros informales, principalmente en forma de modismos y bromas	Desde un registro muy formal hasta un registro muy informal
Direccionalidad lingüística	Normalmente unidireccional	Bidireccional
Localización	Generalmente aislado en una cabina, lejos de los oradores	Proximidad con los interlocutores, que permite una mayor involucración en la interacción

Modo	Generalmente simultánea con la ayuda de equipos de sonido, aunque en ocasiones se realiza consecutiva	Semi-consecutiva (de enlace), consecutiva, simultánea (susurrado), traducción a la vista
Consecuencias de una prestación imprecisa	Medias	Altas
Nivel de precisión requerido	Medio	Alto
Participantes	Del mismo estatus profesional	Normalmente de diferentes estatus
Número de intérpretes	Dos (trabajo en equipo)	Uno (trabajo individual)

Tabla 2. Diferencias entre la ISP y la interpretación de conferencias. Hale (2007).

### 1.1.5. Breve repaso de la evolución histórica de la ISP

Crezee (2013) comenta que la interpretación es una de las profesiones más antiguas del mundo pues se menciona a los intérpretes en documentos tan antiguos como la Biblia o documentos de historiadores griegos y romanos, como Cicerón, Plutarco y Heródoto. Este tipo de interpretación constituye una actividad comunicativa que data de antiguo. Según el autor, los servicios de interpretación han ido pasando desapercibidos durante mucho tiempo. De hecho, la interpretación fue una de las primeras prácticas que se realizaron en el campo de la traducción. En su sentido más amplio, la ISP se relaciona con una actividad muy antigua: la traducción (oral y escrita), entendida como mediación entre personas de lenguas y culturas distintas. A lo largo de la historia, hemos conocido gran cantidad de situaciones en las que personas procedentes de culturas y lenguas diferentes han convivido compartiendo un mismo territorio, con lo que podemos afirmar que esta situación de contacto lingüístico y cultural no es ninguna novedad. Se ha dado a menudo a modo de respuesta inmediata a la voluntad o necesidad de comunicación.

De acuerdo con Raymond (1999), uno de los rasgos característicos del ser humano es la diversidad lingüística existente entre diferentes grupos sociales. Todos los contactos entre pueblos han necesitado del servicio de intérpretes, aunque han tenido que pasar siglos para que se reconociera la profesión como tal. En esta línea, Crezee (2013) asegura que, durante mucho tiempo, los intérpretes eran vistos simplemente como personas bilingües a quien se les solicitaba utilizar sus habilidades lingüísticas en situaciones determinadas (como intercambios comerciales o situaciones de guerra). Entre estos ejemplos se incluyen a la Malinche, que actuó de intérprete para Hernán Cortés y Tupaia, que hizo las veces de intérprete para el Capitán Cook en su visita a Nueva Zelanda. Raymond (1999) llama “intermediarios lingüísticos” a aquellos individuos que conocen dos lenguas y que, sin seguir ningún código profesional ni contar con formación alguna, servían de intermediarios entre personas de orígenes distintos, que hablaban lenguas distintas. Estos han tenido siempre un papel primordial en las relaciones internacionales, siendo personajes clave en las guerras de conquista de territorios y cualquier otra situación que relacionara dos pueblos distintos, pues siempre

ha sido esencial, en toda relación intercultural, pasar de una lengua a otra, así como de una cultura a otra.

Sea como fuere, subrayaré que la ISP tal y como la conocemos hoy en día es una actividad con una historia relativamente corta, pues, en su sentido más restringido, nace con los grandes movimientos migratorios de los siglos XX y XXI.

Navaza, Estévez y Serrano (2009) exponen que, en las décadas de los 60 y los 70, Australia, Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido fueron los países pioneros en ISP. Estos fueron los primeros en promover el reconocimiento profesional de la ISP, pues los flujos migratorios que siguieron a la Segunda Guerra Mundial hicieron del multiculturalismo una característica de sus sociedades.

Aun así, resulta imposible establecer una línea uniforme en el desarrollo histórico de la ISP, puesto que éste varía en función del país en el que se analice. Esto es así porque esta práctica está estrictamente ligada a las políticas lingüísticas y de inmigración de cada país.

## 1.2. La ISP en el mundo

Como veremos en este apartado, existe unanimidad entre los investigadores de la ISP en cuanto a que resulta imposible establecer una única línea para el desarrollo de esta práctica. Esto se debe a que, como bien apunta Abril Martí (2006), la evolución de la ISP está sometida a cuestiones sociopolíticas, estructurales y coyunturales. Ésta está muy ligada a las diferentes políticas lingüísticas y de inmigración aplicadas en los distintos países, del sistema institucional y de la organización de los servicios de cada una de las administraciones públicas. También influyen enormemente tanto el grado de regulación de la igualdad de acceso a través de la legislación de cada país, como los movimientos demográficos, que determinan las lenguas necesarias en los servicios de ISP. Según Toledano Buendía (2010), instituciones externas a la ISP tienen un impacto directo en los servicios de ISP, así como en el modo de actuar de sus profesionales, mediante la imposición de factores de diversa índole (imperativos económicos, políticos y sociales) que llegan a restringirla. En esta línea, Ozolins (2000) observa que una característica de la ISP es que se trata de una realidad que nace "*institution driven*" (impulsada por las instituciones) en lugar de "*profession driven*" (impulsada por la profesión en sí misma).

Corsellis (2002) enumera una serie de fases por las que pasa toda sociedad hasta llegar a la instauración de servicios de ISP, de manera que se observa una evolución hacia una respuesta al problema de las barreras de comunicación de minorías lingüísticas en el contacto con los servicios públicos. Las fases que expone recogen:

1. Falta de reconocimiento del problema.
2. Negación del problema e intentos de búsqueda de soluciones que a menudo no son muy racionales, lo que desencadena en opiniones no muy acordes con la realidad,

como la falta de necesidad de servicios de ISP, motivada por la aparente comunicación establecida por otras vías, como la mediación de menores de edad o el recurso a gestos y dibujos.

3. Reconocimiento del problema.
4. Análisis e implementación de soluciones.
5. Soluciones formales a nivel local, implementadas gracias a iniciativas privadas.
6. Institucionalización de las soluciones a nivel nacional.
7. Regularidad a nivel local dentro de un marco nacional tras alcanzar medidas generales, como códigos éticos, servicios profesionales de ISP o asociaciones de intérpretes.

Por su parte, Ozolins (2000) clasifica los diferentes modelos de ISP en función de las principales tendencias en la materia en cada país. De este modo, distingue cuatro modalidades de respuesta a las necesidades de comunicación entre las diferentes administraciones y aquellos administrados que no dominan las lenguas autóctonas.

Modelos de respuesta a las necesidades de comunicación entre los servicios públicos y las minorías lingüísticas: Panorama internacional					
Tipo de respuesta	Objetivo	Responsable de la interpretación	Características	Modelo	Países
Ninguna	Negación de la necesidad de servicios de ISP	Usuario mediante intérpretes privados o conocidos	Hostilidad o desinterés respecto de las necesidades del usuario de minoría lingüística		Estados del Golfo, Japón (inmigración a corto plazo)  Brasil (relación hostil con la población indígena)
Soluciones <i>ad hoc</i>	Cubrir necesidades puntuales	- Servicio público específico dentro de una Administración  - ONG o asociación	Prima el criterio de disponibilidad en la contratación  Se otorga poca importancia a la formación y la acreditación	- Intérprete o mediador cultural  - Bilingüe o miembro de la minoría	Países con una inmigración reciente  Alemania, Austria, Bélgica
Servicios lingüísticos genéricos	Cubrir necesidades de los servicios públicos	- La Administración	- Importancia de la formación y la	- Intérprete cultural  - Prima la	- Holanda, Francia, Reino Unido

		- ONG - Servicios privados	acreditación  - Se ofrecen servicios de interpretación telefónica	imparcialidad	- Noruega, Finlandia  - Canadá
Soluciones basadas en planteamientos legalistas	Cumplir imperativo legal	La Administración (especialmente la de justicia)	La Administración de justicia es una prioridad  Este tipo de respuestas no necesariamente se aplica a otros servicios públicos	Intérprete transcodificador	Mayoría de los países que adoptan soluciones <i>ad hoc</i> (en tribunales)  Estados Unidos  Sudáfrica
Servicios integrales	Cubrir necesidades generales a largo plazo	La Administración	Servicios genéricos  Formación reglada  Acreditación oficial  Servicios en lenguas minoritarias  No se da uniformidad en la atención a las demás cuestiones profesionales	Intérprete imparcial	Australia  Suecia

**Tabla 3. Modelos de respuesta a las necesidades de comunicación entre los servicios públicos y las minorías lingüísticas: Panorama internacional. Adaptado de Ozolins (2000).**

Como se observa en la tabla, las opciones detectadas van desde la negación de la necesidad de instauración de servicios de ISP, pasando por la provisión de servicios *ad hoc* y la creación de servicios genéricos, hasta llegar a la implantación de soluciones globales e integrales.

A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de países europeos, en países como Canadá, Estados Unidos y Australia, se ha logrado cierto nivel de profesionalización de la ISP mediante el establecimiento de regularizaciones, programas de acreditación profesional, organizaciones profesionales, etc. Por ello, estos son los países más desarrollados en cuanto a la ISP, siendo Australia el más avanzado en cuanto a la

profesionalización, acreditación y formación, sin olvidar el gran interés educativo e investigador de Canadá.

De hecho, en Australia, se empezaron a buscar respuestas a las necesidades comunicativas de los inmigrantes ya en los años 50, con la llegada de inmigrantes tras la Segunda Guerra Mundial. Más tarde, en 1977, se creó la *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters* (NAATI), un sistema de acreditación nacional para garantizar la calidad del trabajo de traductores e intérpretes. Países como Estados Unidos y Canadá siguieron la iniciativa australiana y también crearon sus propios sistemas de acreditación, aunque el de Estados Unidos se ofrece en pocos idiomas. Canadá dio un paso más y celebró, tal y como avanzábamos, el primer congreso internacional sobre ISP, conocido como Critical Link.

En Europa, la ISP se ha desarrollado de diferente manera de un país al otro. Sauvêtre (2000), clasifica los servicios de ISP europeos en tres modalidades diferentes, según el punto de vista del país respecto a la inmigración y las lenguas que éstas traen consigo. Así, en aquellos países en los que se acentúa el multiculturalismo, el acceso a servicios de ISP se considera un derecho más que un privilegio. Un claro ejemplo de esto es el caso de Suecia, cuyo gobierno, a finales de los años 70, adoptó medidas para asegurar que todo aquel que lo necesitara tuviera acceso a servicios de interpretación cuando se quisiera comunicar con los servicios públicos. De acuerdo con Sauvêtre (2000), Suecia es el primer país europeo que crea servicios de ISP, amparados desde 1978 por una ley administrativa nacional que consigue, entre otras cosas, afianzar el perfil profesional del intérprete en los servicios públicos. Posteriormente, países como Noruega, Dinamarca y Finlandia siguieron los pasos de Suecia. En 1976, Holanda creó seis centros de interpretación que satisfacen todas las necesidades de interpretación del país.

Sin embargo, en otros países como Gran Bretaña o Francia, los servicios de interpretación en los servicios públicos que emergen, lo hacen de manos de asociaciones, ONG, etc. Esto es debido a las diferentes maneras de gestionar la inmigración en los diferentes países. En el caso de Gran Bretaña, los no anglófonos tienen derecho a los servicios de un intérprete, aunque, según afirma Sauvêtre (2000), algunas organizaciones se limitan a disponer de una lista de intérpretes accesible en caso de necesidad, para evitar acusaciones de discriminación. En cambio, en aquellos países que buscan la integración de los inmigrantes, la interpretación deja de verse como un derecho. Es el caso de Francia, por ejemplo, donde las son las ONG de ayuda al inmigrante quienes proporcionan servicios de ISP en hospitales, etc. Sauvêtre (2000) señala que, en estos casos, es la misma institución pública quien decide dar acceso o no este tipo de servicios. Este modelo también se aplica en Bélgica, España e Italia. En estos tres países predomina la figura del mediador intercultural (Navaza, Estévez y Serrano, 2009).

Por último, en aquellos países en los que no se les imponen los valores culturales nacionales a los inmigrantes, pero tampoco se reconocen oficialmente sus respectivas culturas, los prestatarios de servicios públicos acuden a lo que Sauvêtre (2000) llama

"interpretación espontánea doméstica", que consiste en recurrir a parientes del interesado, amigos, etc. Sin embargo, esto no significa que en ocasiones no se recurra a servicios de ISP. De hecho, ciertos hospitales de Alemania, Suiza o Austria consideran necesaria la prestación de servicios de ISP.

En esta línea y a modo de resumen de la situación actual de este ámbito, en los diferentes países Europeos, Sauvêtre (2000) observa tres tendencias: si bien el modelo inglés se centra en la muticulturalidad, reconociendo las minorías étnicas y optando por una "integración diferenciada", con lo que la interpretación se convierte en un derecho de las comunidades, aunque no se ve acompañado por una voluntad pública, el modelo francés rechaza la diferenciación de base étnica o cultural. Este último modelo cree en una integración individual, alegando que, dado que a todo el mundo se le trata por igual y no se hacen distinciones por etnia o cultura, no se observa la necesidad de crear servicios específicos relacionados con la cultura o la lengua de los individuos. En este caso, los servicios de interpretación vienen de manos de asociaciones y ONG. Países como Bélgica, España, Italia y Portugal siguen este mismo modelo. Por último, encontramos el modelo alemán, seguido por países como Austria y Suiza. En él, aunque el trabajador se ha instalado en el país con toda su familia, éste sigue siendo considerado temporal, con lo que no se observa la necesidad de crear servicios que le ayuden a integrarse en la sociedad. La interpretación queda pues a nivel de "hogar", dejando los pocos servicios disponibles en pequeñas iniciativas en el ámbito sanitario.

En la línea de lo que afirma Sauvêtre (2000), se puede afirmar que las medidas tomadas en interpretación en los servicios públicos están estrictamente relacionadas con la realidad de inmigración del país, así como del lugar que ocupa el inmigrante a escala nacional y la distancia de éste para con la sociedad de acogida. Como indica el autor, las políticas de integración, el reconocimiento o no reconocimiento de los derechos de las comunidades étnicas y el grado de conocimiento de la cultura del otro afectan a los modelos de comunicación y pueden modificar el rol del intérprete.

De este modo, Suecia, siguiendo los pasos de Australia y Canadá, creó un sistema avanzado de ISP. En cambio, países como Alemania y Austria muestran escaso interés en la práctica que estudiamos, mientras que los Países Bajos y Bélgica van tomando iniciativas que, aunque a un ritmo pausado, hacen mejorar paulatinamente su situación en cuanto a la prestación del servicio que nos incumbe. En los Países Bajos, de acuerdo con Navanza, Estévez y Serrano (2009), el propio Gobierno se ha responsabilizado de la provisión de intérpretes en los servicios públicos, de modo que es el Ministerio de Justicia el responsable de pagar a los intérpretes y de coordinar y dirigir el sistema de acreditaciones. Francia, por su parte, no presenta concienciación social alguna al respecto. Por lo que respecta a Italia, España y Portugal, Valero-Garcés (2003a) afirma que estos están dando sus primeros pasos en cuanto a la ISP, tomando iniciativas individuales con poco apoyo estatal, falta de remuneración económica, formación y coordinación y códigos éticos.

Si bien la mayoría de países europeos dispone de algunos intérpretes en plantilla en los servicios públicos, la mayoría de ellos son autónomos y no trabajan por jornadas, sino por horas, y su salario es, por lo general, inferior al de los intérpretes de conferencias. Más concretamente, en el ámbito sanitario, aunque en ocasiones se cuenta con intérpretes de plantilla, muy pocas veces se recurre a los servicios de intérpretes profesionales. Hay una gran tendencia a que sean acompañantes de los pacientes o miembros bilingües del personal del centro sanitario quienes realicen esta tarea. Harris (1997) denomina, a este tipo de intermediarios, “intérpretes naturales”. Muñoz y Kapoor-Kohli (2007) se refieren a ellos como intérpretes informales, distinguiéndolos de los intérpretes profesionales y analizan los pros y los contras del uso de ambos tipos de intérpretes (inscribiendo su trabajo en el ámbito sanitario). Como resultado de dicho análisis destacan que las ventajas del recurso a intérpretes informales son la disponibilidad inmediata y la ausencia de costos para el centro sanitario, mientras que sus inconvenientes son la ruptura de confidencialidad, los errores de interpretación, las faltas de neutralidad, la autocensura, la inversión de los roles en la familia e incluso el absentismo escolar (en el caso de que intervengan menores) o el uso ineficaz de los recursos (en el caso de que intervengan miembros del personal del centro hablantes de la lengua del usuario). En cambio, por lo que respecta a los intérpretes profesionales, entre las ventajas señaladas destacan la accesibilidad (en el caso de solicitar servicios de interpretación telefónica), el respeto de la confidencialidad y la interpretación de calidad. Los inconvenientes señalados de este tipo de intérpretes son los costes que estos servicios tienen para los centros de salud, la complejidad técnica (en el caso de la interpretación telefónica) y la dificultad en el acceso a servicios de ISP presencial en casos urgentes.

De acuerdo con Hale (2007), los profesionales de los servicios públicos que no entienden la complejidad de la ISP, confían en intérpretes naturales y esperan prestaciones correctas. Valero-Garcés (2014) asegura que, durante las consultas médicas, se utilizan gran parte de términos que si bien podrían formar parte del vocabulario corriente de cualquier hablante nativo, no siempre forman parte del vocabulario del usuario alófono o su acompañante. Además, en ocasiones, se recurre a la intervención de menores como intérpretes naturales o incluso a la “comunicación directa”, consistente en el uso de señas para transmitir información. Esto pone de relieve que los destinatarios de la ISP (profesionales de los servicios públicos y usuarios) desconocen las dificultades asociadas a la ISP.

Aun así, por lo general, la demanda de servicios de ISP está aumentando a lo largo y ancho del mundo. Esto es debido a diversos factores, como el aumento de la inmigración, el reconocimiento de los efectos negativos de las barreras lingüísticas a la hora de dirigirse a los servicios públicos, etc.

Para finalizar con este apartado, afirmaremos que la inserción de las tecnologías de la información en interpretación ha dado pie a la creación de importantes agencias especializadas en interpretación telefónica y mediante videoconferencia, lo que ha contribuido a reforzar la industria del lenguaje y ha dado un empujón a la ISP, facilitando

el acceso a este tipo de servicios en una mayor cantidad de lenguas, así como en un horario más amplio. Esto es debido a que, gracias a las nuevas tecnologías, los servicios de ISP se pueden proporcionar de manera presencial, por teléfono o mediante videoconferencia vía Internet, en función de las características de cada situación. De hecho, los intérpretes remotos son de más fácil acceso, pues pasan menos tiempo viajando de un lugar al otro, por lo que también se pueden contratar para intervenciones tan cortas como de tan sólo unos minutos. Sin embargo, apuntaremos como comentario negativo el hecho de que no tienen acceso a la información no verbal que puede llegar a ser muy útil en ciertas situaciones. Aunque los usuarios quedan igual de satisfechos con la interpretación remota que con la presencial, los servicios de uno u otro tipo varían según países, de modo que, por ejemplo, la interpretación telefónica parece ser más común en Australia, Reino Unido, Francia, Holanda y los Estados Unidos que en países como Suiza.

### **1.2.1. La Interpretación en los Servicios Públicos en España y en Cataluña**

La ISP sigue siendo hoy en día una profesión poco conocida, pero sobre todo, poco definida en España. Del incremento de la inmigración en nuestro país surge la necesidad de profesionalización de la ISP, aunque la falta de definición del perfil profesional, los ámbitos de actuación, las funciones o las competencias que le son propias dificultan su consecución. Sin embargo, los servicios públicos van tomando iniciativas, basadas generalmente en soluciones *ad hoc*, de modo que encontramos mediadores interculturales, agentes de salud, etc. Igualmente, desde el ámbito universitario, se aúnan esfuerzos en cuanto a investigación y formación se refiere, todo ello en pro de la definición de un perfil profesional concreto.

En nuestro país, la ISP se ha desarrollado de maneras diferentes en los diferentes ámbitos. Mientras que en el ámbito sanitario y el educativo, nos encontramos actualmente en la fase de provisión de soluciones *ad hoc* (Abril, 2006), en el judicial, ya se dan servicios más integrales.

Existe una negación desde el momento que algunos profesionales de los servicios públicos afirman que no les resulta difícil comunicarse con inmigrantes, pues éstos tienen mucha facilidad para aprender nuestro idioma. Por otra parte, en caso de incomunicación, la condición de especialidad en un campo determinado que suelen tener las conversaciones entre las diferentes administraciones y los administrados inmigrantes permite que los expertos (personal de la Administración) suplan dichas carencias basándose en su pericia (Abril Martí, 2006). No obstante, nuestro país ofrece cada vez más soluciones *ad hoc* a los problemas de incomunicación que nos atañen. Éstas vienen proporcionadas por entidades muy diferentes, entre las que destacan asociaciones de voluntariado o acción social, el Instituto Nacional de Empleo (INEM), universidades que ofrecen el trabajo en los servicios públicos a sus estudiantes en prácticas de los programas en traducción e interpretación, etc.

El criterio de selección de los intérpretes suele estar más basado en la disponibilidad y no en la profesionalidad de los mismos. Esto les lleva a recurrir, en numerosas ocasiones, a personas cercanas al inmigrante para el desempeño de tareas de traducción e interpretación en este ámbito. En otros casos, se recurre a personal bilingüe del servicio público en cuestión o cualquier otro voluntario que alegue ser conocedor de las lenguas implicadas en la conversación.

El hecho de que no se pueda encasillar el estado de España en una sola modalidad de las que propone Ozolins (2000) tiene mucho que ver con que nuestra sociedad todavía no haya asimilado por completo el fenómeno de la inmigración y que se siga debatiendo entre el integracionismo y el asimilacionismo.

De acuerdo con Baixauli Olmos (2012), los servicios de ISP ofertados en el territorio español se caracterizan por ser fruto de la improvisación y apunta que las soluciones *ad hoc* que encontramos en nuestro país son puntuales y carecen de una organización y una estructura permanentes. El denominador común es la falta de profesionalización (Martín, 2003). Además, existen perfiles muy diferentes de la figura del traductor e intérprete, puesto que no se ha llegado a un acuerdo referente a los requisitos que deben cumplir todos aquellos que deseen trabajar como traductor e intérprete en los servicios públicos. Asimismo, resulta difícil delimitar el campo de acción de esta profesión, por lo que los traductores e intérpretes que trabajan en los servicios públicos acaban realizando todo tipo de actividades, que en ocasiones nada tienen que ver con el problema lingüístico inicial.

Refiriéndose a esto, Abril Martí (2002) constata que:

*Las funciones del intérprete vienen dictadas por las necesidades inmediatas y las expectativas del servicio público, que puede esperar del intérprete toda una gama de tareas, aunque vayan más allá de lo que se consideraría interpretación en términos estrictos y a veces sean más propias de otros perfiles profesionales, como el mediador cultural y el trabajador social, especialmente.*

En esta línea, Abril Martí (2006) afirma que en nuestro país (como suele ocurrir en los países que prestan servicios *ad hoc* de ISP), únicamente la Administración de Justicia ha intentado tomar cartas en el asunto (con mayor o menor eficacia). En el resto de ámbitos (y en el mejor de los casos), esto queda en manos de ONG que tienden a favorecer el concepto de mediación social intercultural más que lingüística. Éstas, por lo general, ven en la educación intercultural del inmigrante la mejor vía para su integración social (Abril, 2006). De entre los servicios ofertados por ONG, destacamos el Servicio de Traducción e Interpretación (SETI) que, creado en 1991 en el seno de COMRADE y subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, ofrece servicios de ISP a diferentes ONG e instituciones oficiales, así como a servicios sanitarios y sociales, dentro y fuera de la Comunidad de Madrid.

Los esfuerzos en pro del aprendizaje de las lenguas oficiales por parte de los inmigrantes son innegables (Barragán, 2000), aunque estos puedan ir, de alguna manera, en

detrimento de la percepción de la importancia de los servicios de ISP. Cabe tener presente que el aprendizaje del idioma local por parte de los inmigrantes se ve obstaculizado por factores muy diversos, como el bajo nivel educativo de muchos de ellos (quienes, en ocasiones, no dominan a la perfección su propio idioma), las dificultades de aprendizaje de lenguas relacionadas con la edad o la limitación de sus actividades comunicativas a un círculo bastante cerrado (como es el caso de muchas mujeres que, al dedicarse a sus quehaceres domésticos, sólo se relacionan con personas de su misma procedencia). Esto pone de manifiesto la importancia que tienen los servicios de ISP, aunque la población inmigrante aprenda los idiomas oficiales del lugar de acogida.

Nuestro país ha potenciado la figura del mediador intercultural, que actúa de puente de comunicación entre la población mayoritaria y la población inmigrante, en un periodo de transición en el que el inmigrante debe aprender las lenguas oficiales del territorio donde se encuentra. La mediación intercultural es definida por Carlos Giménez, director del Servicio de Mediación Social Intercultural (SEMSI) como una modalidad de intervención de terceras partes en situaciones de carácter multicultural, que tiene como objetivo conseguir el reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados (Giménez Romero, 1997).

Las administraciones de nuestro país respaldan la figura del mediador intercultural, promocionando y subvencionando algunos de los servicios de este tipo, especialmente a nivel regional y municipal, en las comunidades que presentan una mayor afluencia de inmigrantes, como es el caso de Madrid, Barcelona y Andalucía.

Esta figura ha sido criticada por algunos autores, como Abril Martí (2006), quien afirma que la creación de la figura del mediador intercultural viene dada por el desconocimiento general respecto de la existencia de la profesión de intérprete y la escasa experiencia en el trabajo con intérpretes entre nuestras fronteras.

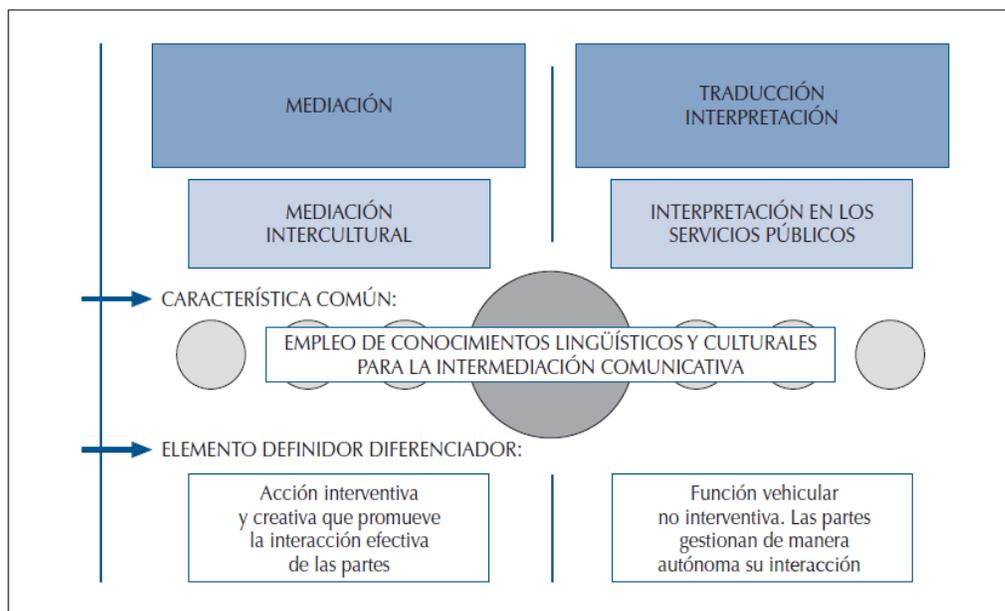
Existe una clara diferencia entre los conceptos de mediación e interpretación. Mientras que la mediación se basa en la intervención de una tercera persona, que facilite la comunicación entre las dos partes de una situación comunicativa dada, la interpretación parte de la invisibilidad y de la no intervención.

García-Beyaert y Serrano Pons (2009) se esfuerzan por explicitar las diferencias entre cuatro prácticas que podrían causar confusión: la mediación, la mediación intercultural, la interpretación y la ISP. Los autores definen las prácticas mencionadas de la siguiente manera:

- Mediación: Práctica interventiva (de manera neutra) que sirve para ayudar a encontrar soluciones a problemas o conflictos que afectan a la relación entre individuos o grupos, en donde el poder decisivo recae en las partes y no en el intermediario.

- Mediación intercultural: Práctica interventiva que establece puentes entre dos interlocutores naturalmente alejados por sus diferencias culturales, identitarias, de pertenencia étnica, etc., en la que no es necesario un conflicto propiamente dicho, sino una dificultad de comunicación.
- Interpretación: Práctica interventiva que facilita la translación oral de un mensaje de una lengua a otra, que nada tiene que ver con el entendimiento subjetivo de la realidad.
- ISP: Práctica interventiva que sirve de canal comunicativo ante la existencia de barreras lingüísticas en la comunicación entre los trabajadores de los servicios públicos y los usuarios, que serían infranqueables de otro modo.

Como vemos, de acuerdo con García-Beyaert y Serrano Pons (2009), todas estas prácticas recurren a los conocimientos lingüísticos y culturales de sus profesionales para intervenir facilitando la comunicación entre las partes. En el gráfico siguiente, recogen los rasgos comunes y las diferencias existentes entre la mediación intercultural y la ISP:



**Gráfico 1. Contextualización y diferenciación entre mediación intercultural y traducción e interpretación. García-Beyaert y Serrano Pons (2009).**

De acuerdo con los autores, la mediación intercultural se distingue de la ISP en tanto y en cuanto la primera representa una acción interventiva y creativa que facilita la interacción efectiva de sus interlocutores, mientras que la segunda tiene una función vehicular no interventiva, de manera que los interlocutores se encargan de gestionar sus propias intervenciones.

Aun así, en este trabajo he optado por una perspectiva integradora, en la línea de las investigaciones del Grupo MIRAS, de la Universidad Autónoma de Barcelona, grupo de

investigación al que pertenezco. Todo ello, compartiendo la idea de Pöchhacker (2008), según quien la interpretación ya significa, en sí misma, una mediación entre lenguas y culturas diferentes. De este modo, tomo en consideración que ambas realidades coinciden en posibilitar la comunicación entre diferentes realidades culturales. Además, dado el auge del cual goza el perfil del mediador intercultural en la comunicación en ámbito multicultural, el grupo MIRAS considera que sería una gran pérdida descartarlo de sus investigaciones, pues dicho perfil interviene favoreciendo la comunicación entre la población inmigrada y la Administración. En esta línea destacaré que, en este contexto, el término mediación no implica una mediación de conflictos, sino más bien se refiere a la mediación entre lenguas y culturas, teniendo en cuenta que la tarea de la interpretación ya implica, per se, la mediación. Si bien el uso de la palabra “mediación” puede crear confusión, ésta tiene un uso muy extendido entre los profesionales que trabajan con la población inmigrada. De hecho, independientemente del nombre que se les atribuya, ambos perfiles comparten la tarea de la interpretación de enlace en el contacto con las administraciones. Aunque la tarea de los intérpretes es mucho más específica y se centra en su totalidad en la interpretación, los mediadores ejercen de intérpretes en su trabajo diario y, a su vez, asumen otras funciones, como la de formar a los proveedores de los servicios públicos en la multiculturalidad, asesorar a las personas inmigradas en consultas puntuales y otras tareas relacionadas con la mejora de la convivencia y el acercamiento mutuo. En este sentido, la perspectiva integradora entre mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos del grupo MIRAS contempla que cuando se habla de intérprete, mediador o intérprete-mediador, se hace referencia a una misma figura interdisciplinar. Dicha figura es requerida como solución para facilitar la resolución de conflictos comunicativos en interacciones en el marco de los servicios públicos. Igualmente, sirve de vía para el respeto y el conocimiento mutuo entre personas originarias de culturas diferentes, con lo que son figuras que fomentan la interculturalidad.

Las comunidades autónomas pioneras en tomar iniciativas en el ámbito de la ISP en nuestro país son Cataluña, País Vasco y Madrid, seguidas por Andalucía. No obstante, dadas las características de este estudio, en él profundizo únicamente en la realidad catalana.

Cataluña ha vivido, en el siglo XXI, un cambio significativo en cuanto a datos de inmigración se refiere (Butlletí Secretaria per a la Immigració “La immigració en xifres. Número 1, 2009). Tanto es así que, de un flujo de 16.505 inmigrantes en el 1999, se pasó a la cifra de 201.733 en el año 2007, quedando el número de inmigrantes en tierras catalanas multiplicado por 12. De acuerdo con las cifras provisionales del estudio de perfiles demográficos de los colectivos más numerosos en Cataluña, realizado por la Direcció General per a la Immigració de la Generalitat de Catalunya, la población de nacionalidad extranjera en Cataluña asciende a 1.100.998 a 1 de julio del 2014.

Según el informe estadístico de la población extranjera en Barcelona, publicado en enero del 2014 por el departamento de estadística del Ayuntamiento de la ciudad, Barcelona

cuenta con 267.578 residentes extranjeros empadronados, lo que representa un 16,7 % del total de la población. Sin embargo, el informe revela una disminución del número de inmigrantes durante el año 2013 de un 4,5 % respecto al año anterior.

La diversidad de procedencias de los inmigrantes en Cataluña ha provocado la necesidad de incorporar servicios de traducción e interpretación para garantizar una correcta comunicación con los recién llegados.

Arumí, Gil-Bardají y Vargas-Urpí (2011), recuerdan que el primer documento legislativo en ISP en Cataluña fue el Pla de Ciutadania i Immigració 2005-2007, en donde se hace una descripción muy vaga de los servicios necesarios dada la nueva sociedad multilingüe fruto de la inmigración. Este documento impulsó la organización de servicios de ISP y mediación a nivel comarcal en los ámbitos social y educativo. No obstante, Barcelona, Badalona y Santa Coloma emprendieron también medidas locales en dichos ámbitos. En el ámbito sociosanitario, como veremos más adelante, el documento de referencia es el Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut, publicado en el 2006. Tras él se elaboró, en 2008, el Pacte Nacional per a la Immigració, que observa la necesidad de adaptar los servicios públicos a una sociedad diversa, con tal de dar acceso a ellos a todos los individuos, con lo que reconoce la necesidad de reforzar las políticas vigentes.

Así, en Cataluña se ofertan tales servicios en una amplia variedad de lenguas, desde inglés, francés, alemán o ruso hasta urdu, amazigh o wolof. La mayoría de ellos están destinados a aquellas personas inmigrantes que llevan menos de dos años en Cataluña, pues se idearon como servicios de acogida temporales, aunque en casos de necesidad se hacen excepciones.

Un problema generalizado de los servicios de ISP catalanes es el acceso a profesionales que dominen algunas de las lenguas representativas de la inmigración en la zona. De hecho, resulta imposible encontrar personas que dispongan de una formación previa entre los hablantes de determinadas lenguas. Por este motivo, en ocasiones la Administración se ve en la tesitura de tener que recurrir a personas que, a pesar de dominar la lengua en cuestión, no están formadas para desempeñar dicha profesión.

De acuerdo con el estudio de Linguamón (2010), en Cataluña, encontramos hoy en día varios tipos de profesionales que se dedican a facilitar la comunicación de los recién llegados con los servicios públicos. Estos son los mediadores interculturales, los agentes de acogida, los traductores e intérpretes, los comunicadores interculturales, etc. A continuación repaso, de manera sucinta, las similitudes y las diferencias observables entre estos perfiles profesionales:

- Los traductores e intérpretes tienen como función principal la de facilitar la comunicación entre el prestatario de los servicios públicos y el usuario, realizando interpretaciones en la mayoría de los casos, aunque también elaboran algunas traducciones escritas. Estos profesionales acceden a estos puestos mediante bolsas de trabajo.

- Los mediadores interculturales tienen como función principal la de facilitar la comunicación entre el profesional y el usuario, llevando a cabo una interpretación de los diversos códigos culturales. Asimismo, tienen funciones relacionadas con la realización de labores comunitarias, como acompañamientos, dinamizaciones del tejido asociativo, etc. Cabe decir que los mediadores interculturales realizan, por lo general, interpretaciones entre personas de dos culturas diferentes donde, por lo tanto, se tiene que realizar una descodificación cultural. No obstante, esta figura no se dedica a la resolución de conflictos entre culturas, como se podría pensar, de manera que, en caso de necesitarse una persona para resolver un conflicto de tales características, se recurre a una persona formada para tal fin, que puede trabajar con la ayuda de un traductor o mediador intercultural.
- La figura del agente de acogida nació con el desarrollo del Programa Integral d'Acollida (PIA) de la Secretaria per a la Immigració de la Generalitat de Catalunya. Su función principal es la de ayudar a los servicios de atención ciudadana en la información a los recién llegados sobre trámites y recursos del municipio. Estos dedican parte de su tiempo a reunirse personalmente con los recién llegados, realizar sesiones de bienvenida, proporcionarles información que pueda resultar de su interés, etc. No obstante, estos también realizan funciones de traducción e interpretación.

A partir de esta información, observamos que todas las figuras profesionales descritas realizan funciones de interpretación. De este modo, podemos afirmar que esta diversidad de denominaciones surge de la necesidad de dar respuesta a necesidades diferentes y está relacionada con la importancia que se le otorga a las diferentes funciones que deben asumir tales profesionales.

Como señalan Arumí, Gil-Bardají y Vargas-Urpí (2011), los diferentes sistemas de organización y gestión de los servicios de ISP de Cataluña recaen en las siguientes instituciones:

- Los departamentos de Interior y Justicia, quienes convocan concursos anuales para contratar empresas que se encarguen de cubrir tales servicios en cualquier comisaría u órgano judicial y fiscalía de cualquier punto del territorio, los 365 días del año, 24 horas al día y con rapidez cuando se dé una situación de urgencia.
- El Departament de Salut facilita el acceso de los hospitales y centros de salud a los servicios de interpretación telefónica de Sanitat Respon (del SEM). Igualmente, algunos centros cuentan con servicios de mediadores interculturales, ya sean contratados de manera interna como mediante una asociación o fundación, como Salut i Família o Surt.
- En el ámbito educativo, la ISP vino, hasta finales del 2009, de manos de los Consejos Comarcales, quienes gestionaban los encargos asignándoles intérpretes de sus respectivas bolsas. Sin embargo, en la actualidad, esta práctica ha pasado a ser gestionada por el Departament d'Educació de la Generalitat, que,

si bien ha contado con la colaboración de profesionales de la ISP de asociaciones socioculturales y fundaciones concienciadas al respecto (Ibn Batuta, La Formiga, Bayt Al-Thaqafa o CITE-CCOO), ha reducido las intervenciones de ISP presenciales en pro de la interpretación telefónica.

- Administración local: Algunos ayuntamientos (como el de Badalona) contratan de manera directa mediadores interculturales. Por su parte, los consejos comarcales, gestionan la colaboración de los traductores e intérpretes de sus bolsas. Por otra parte, se da una gestión indirecta a través de entidades externas, todo ello mediante convenios o concursos con asociaciones, sindicatos o fundaciones. Igualmente, algunos ayuntamientos incorporan servicios de interpretación telefónica (como es el caso del de Barcelona, gracias a un acuerdo de colaboración entre Barcelona Informació y Servicios Sociales).

El Pla de Ciutadania i Immigració 2005-2008 reconoce la falta de formación para esta profesión y promueve la creación de un modelo profesional de la diversidad con la formación pertinente vinculada a las instituciones. A este respecto, Agustí Panareda (2003) añade que la mediación cultural es el servicio de mayor éxito y consolidación de los Programas de Integración de los consejos comarcales.

#### **1.2.1.2. Usuarios de servicios de ISP en España**

Como bien apunta Abril Martí (2006), en el caso de España, destacamos que la población usuaria de servicios de ISP no se limita a la población inmigrante, solicitantes de asilo, refugiados o comunidades indígenas, sino que incluye a los turistas y a todas aquellas personas procedentes de países miembros de la Unión Europea que deciden instalarse entre nuestras fronteras.

De hecho, el perfil de usuario de los servicios de ISP de nuestro país es bastante variopinto y se puede clasificar en dos grupos bastante bien delimitados, según el nivel económico de su país de procedencia. Por una parte, tenemos a los inmigrantes que provienen de países con un elevado nivel económico, como el Reino Unido, Alemania, Italia o Francia que, por lo general cuentan con rentas bastante altas y tienen una media de edad bastante alta. Esto se debe a que, hasta el año 2000, España era un país receptor de inmigración comunitaria. Estos inmigrantes se concentran, por lo general, en ciertas comunidades autónomas, como la Comunidad Valenciana, Andalucía, Baleares o Canarias. Por otra parte, encontramos a los inmigrantes de bajo nivel adquisitivo, procedentes de países como Marruecos, Rumanía, Bulgaria, China, Ucrania o Argelia. Por lo general son personas jóvenes que se han ido asentando a lo largo y ancho de nuestro país.

En esta línea, Toledano (en Santana, 2003), distingue tres comunidades diferentes de extranjeros que precisan de la ISP: residentes extranjeros, inmigrantes ilegales y turistas. Esto demuestra que el perfil del cliente de la ISP es muy variopinto, por lo que respecta a lugares de procedencia, lenguas y estatus social.

El reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, establece que todo extranjero tiene derecho al servicio de un intérprete, aunque esto sólo ocurre en el ámbito judicial y, en ocasiones, el acceso a este servicio se encuentra restringido, pues en casos de trámites burocráticos no se goza de tal derecho. Asimismo, según Sales Salvador (2005), aunque el Ministerio del Interior reconoce esta práctica en el Real Decreto 638/2000 de 11 de mayo, ésta todavía no está del todo definida ni regularizada profesionalmente, puesto que presenta muchas carencias en lo que a formación se refiere, pues las pocas iniciativas formativas en la materia parten de ONG y servicios sociales de diferentes ayuntamientos, aunque algunas universidades están empezando a tomar cartas en el asunto.

### **1.2.2. La Interpretación en los Servicios Públicos en Canadá y Quebec**

La historia de América, y más concretamente los contactos de sus pueblos con los europeos, pone de manifiesto la longevidad del perfil del intérprete. Concretamente, en 1534, Jacques Cartier, volvió a Francia, tras su primer viaje a Quebec, con dos autóctonos (Domagaya y Taïnoagny, hijos del jefe amerindio Donnacona) para, por una parte, demostrarle al rey François I que había descubierto tierras en América y, por otra parte, facilitar el aprendizaje de la lengua francesa a estas dos personas, para que pudiesen actuar de trujamanes en sus futuros viajes a tierras quebequenses. Étienne Brûlé, quien vivió con algonquinos y, más tarde, con hurones, aprendiendo sus respectivas lenguas, fue el primer intermediario lingüístico francés, ayudando en las relaciones comerciales con pieles entre Champlain y los hurones. La mediación entre pueblos era necesaria, pues en América del Norte se encontraban 77 naciones diferentes, con 53 lenguas distintas clasificadas en 12 familias lingüísticas. A pesar de todo, el perfil de intermediario lingüístico no empezó a tomar importancia hasta el siglo XX, donde estas tareas empezaron a venir de manos de personas con más renombre dentro de las diferentes sociedades, como notarios, religiosos, etc.

Como por desgracia ocurre en muchos casos, no se ha conseguido formalizar la práctica de la interpretación hasta que no se han vivido situaciones traumáticas. Concretamente, en el ámbito de la salud, los errores producidos por la existencia de barreras lingüísticas han llegado a ser de una gravedad tan extrema, que se ha condenado a profesionales de la salud por errores de diagnóstico que podrían haberse evitado con el recurso a un profesional de la ISP. Esto llevó a Canadá a adaptar su legislación conforme a la jurisprudencia creada al respecto.

En la actualidad, los servicios de ISP canadienses van dirigidos a aquellas personas incapaces de comunicarse con eficacia en la lengua en que se ofrecen los servicios públicos, es decir, inglés o francés. Es el caso de muchos inmigrantes, refugiados y aborígenes. No obstante, cabe resaltar que la legislación estipula que se debe atender a las minorías francófonas y anglófonas en su propia lengua. Esto se debe a que los

francófonos fuera de Quebec y los anglófonos de Quebec suelen encontrar barreras lingüísticas en su relación con las administraciones públicas.

Con sus 9.970.610 km<sup>2</sup>, Canadá es el segundo país más grande del mundo en cuanto a superficie se refiere y uno de los principales países receptores de inmigración (con la llegada de alrededor de 250.000 inmigrantes al año). Esto se une a la existencia de una gran variedad de poblaciones indígenas en el país, lo cual convierte a la sociedad canadiense en una de las más ricas multicultural y multiétnicamente.

Canadá cuenta con diez provincias y tres territorios: Alberta (capital: Edmonton), Columbia Británica (capital: Victoria), Isla del Príncipe Eduardo (capital: Charlottetown), Manitoba (capital: Winnipeg), Nueva Escocia (capital: Halifax), Ontario (capital: Toronto), Quebec (capital: Quebec), Saskatchewan (capital: Regina), Terranova (capital: St-John's), Territorios Noroccidentales (capital: Yellowknife), Yukón (capital: Whitehorse) y Nunavut (capital: Iqualuit).

La población de Canadá se distribuye de manera desigual a lo largo del país, de modo que, en 2011, la mayor parte de su población (el 81 %) se aglomera en zonas urbanas, mientras que en regiones rurales sólo se encontraba un 19 % de la misma. Además, el 35 % de la población canadiense vivía en las tres ciudades más grandes del país, es decir, Toronto, Montreal y Vancouver (Statistics-Canada, 2012b).

De acuerdo con Troper (2013), los movimientos migratorios han sido el epicentro de la historia de Canadá desde la época en la que los ancestros de las comunidades autóctonas llegaron procedentes de Asia. Aun así, sin duda, la inmigración a Canadá se vió impulsada en el siglo XVII, época en la que los recién llegados aportaron al bagaje de este país su modo de vestir, sus preferencias alimenticias, sus costumbres, etc., en definitiva, su estilo de vida. Asimismo, a principios del siglo XX, Canadá abrió sus puertas a inmigrantes procedentes de todo el mundo, convirtiéndose ya en 1971 en el primer país del mundo en adoptar una política multicultural.

El censo nacional de población en Canadá del 2011 demuestra que el aumento poblacional canadiense durante el periodo comprendido entre el año 2006 y el 2011 fue, tal y como ocurrió entre el año 2001 y el 2006, el mayor de entre los países del G8. Igualmente, Canadá es el país del G8 con mayor población nacida en el extranjero. Las cifras llegaron, aquel año, a las 6.775.800 personas nacidas fuera de Canadá, lo que representa un 20,6 % del conjunto de la población (Statistics-Canada, 2013).

Según el informe *The Canadian Population in 2011: Population Counts and Growth*, publicado en febrero del 2012 por Statistics Canada, entre el 2006 y el 2011, la población canadiense creció un 5,9 %, lo que representa un crecimiento mayor que el del periodo intercensal previo (2001-2006), cuando la población creció un 5,4 %. Este crecimiento se experimentó en todas las provincias y territorios, a excepción de Ontario, los Territorios del Noroeste y Nunavut. En Quebec, el aumento poblacional varió de un 4,3 % entre el 2001 y el 2006 a un 4,7 % entre el 2006 y el 2011 (Statistics Canada, 2012a).

Si bien históricamente los inmigrantes procedían principalmente de Europa, con el tiempo, los países de origen se diversificaron. Aunque la gran mayoría de inmigrantes habla una de las dos lenguas oficiales en Canadá, todavía hay muchos inmigrantes de todas las edades que no dominan dichas lenguas.

A pesar de ser el segundo país más grande del mundo, éste tiene una población inferior a la de España, de alrededor de 30 millones de habitantes. Mientras que, según el INE, las cifras de población española se situaban en 46.593.236 habitantes a 1 de julio del 2013, los datos del último censo canadiense (realizado en 2011) revelan que la población de Canadá se encontraba el 10 de mayo de dicho año en los 33.476.688 habitantes. Los índices de natalidad canadienses son muy bajos, por lo que si no fuera por la inmigración, el país se iría despoblando. Sin embargo, gracias a la llegada continua de inmigrantes, la tasa de crecimiento de la población es superior a la de Europa y Estados Unidos.

La población canadiense cuenta con una diversidad de comunidades indígenas. Éstas cuentan con sus propias tradiciones e incluso con sus propias lenguas, lo que habrá que tener en cuenta también en este trabajo, pues dichas comunidades y sus lenguas reciben cada vez más atención por parte de las autoridades. El informe *Aboriginal Languages in Canada*, publicado por Statistics Canada en octubre del 2012, revela que en Canadá se hablan más de 60 lenguas aborígenes diferentes, todas ellas agrupadas en 12 familias de lenguas. En el Censo del 2011, unas 213.500 personas aseguraron tener una lengua materna aborígen y unos 213.400 aseguraron hablar una lengua aborígen de manera regular en el ámbito doméstico. Según el Censo del 2011, de entre los canadienses que aseguraban tener una lengua aborígen, un 20,9 % vivían en Quebec, lo que representa la mayor población aborígen, mientras que en Manitoba se agrupa un 17,7 % y en Saskatchewan un 16 %. Las lenguas aborígenes más habladas como lengua materna en Quebec son las lenguas Cree, Inuktitut, Innu/Montagnais y Atikamekw. Cabe destacar que tanto el gobierno federal como el provincial de Quebec trabajan para proteger y conservar las lenguas aborígenes (Statistics Canada, 2012d).

Por otra parte, el informe *Linguistic Characteristics of Canadians*, publicado por Statistics Canada en octubre del 2012, revela que, según los datos lingüísticos recogidos en el censo del 2011, la diversidad lingüística canadiense engloba más de 200 lenguas, habladas en calidad de lengua doméstica o materna. Un total de 20,6 % de los canadienses (6,8 millones de personas) aseguraron tener una lengua materna diferente al inglés o el francés. El censo del 2011 revela que unos 9 de cada 10 canadienses que aseguran hablar una lengua de la inmigración en su vida doméstica reside en una gran metrópolis, estando el 80 % de ellos repartidos entre Toronto, Montreal, Vancouver, Calgary, Edmonton y Ottawa-Gatineau. En Montreal, 626.000 personas hablan con regularidad una lengua de la inmigración, de los cuales un 17 % hablan árabe y un 15 % español, que son las dos lenguas más habladas en el área metropolitana, con 108.000 y 95.000 hablantes respectivamente en 2011, seguidas por lenguas como el italiano, el chino o una lengua criolla. Sea como fuere, en 2011, la mayoría de la población canadiense cuya lengua materna no era el inglés ni el francés, también hablaba una de

estas dos lenguas en el hogar. Únicamente un 6,2 % de la población aseguraba hablar una lengua no oficial como única lengua en el hogar. Sin embargo, un 1,8 % de los canadienses admite no ser capaz de entablar una conversación en una lengua oficial en el país (Statistics Canada, 2012c).

Además de usarse los servicios de ISP en las lenguas aborígenes y de la inmigración, en ocasiones se recurre a servicios de ISP de francés a inglés y viceversa. De hecho, en los casos en que se observa una falta de comunicación con personas hablantes de una lengua minoritaria en un territorio, aunque oficial en el país, se echa mano del bilingüismo de las instituciones públicas y de sus empleados para saltar la barrera lingüística.

En todas las provincias de Canadá, se han desarrollado servicios de ISP en base a varios factores, que incluyen las políticas de gobierno, la financiación y, naturalmente, el tipo de clientes a los cuales estos servicios van dirigidos. Sin embargo, se observan problemas importantes a la hora de organizar servicios de ISP en lenguas poco comunes o incluso en algunos dialectos.

Industry Canada (2007) explica que la ley canadiense únicamente habla del derecho a un intérprete en los siguientes documentos:

- La legislación en materia de salud y la carta de derechos y libertades estipulan que todos los ciudadanos canadienses deben tener acceso a los servicios públicos, independientemente de sus orígenes étnicos o raciales. Igualmente, puntualizan que se les tiene que facilitar la ayuda necesaria para conseguir dicho acceso en igualdad de oportunidades. Aún así, no aseguran que los prestatarios de servicios tengan los recursos necesarios para responder a una elevada demanda.
- La *Multiculturalism Policy of Canada*, política sobre el multiculturalismo canadiense, declara que el Gobierno de Canadá promueve que los individuos y comunidades de todos los orígenes participen plena y equitativamente en la evolución continuada y la formación de todos los aspectos de la sociedad canadiense, eliminando toda barrera que obstaculice dicha participación. Aunque no lo exige, esta declaración debería animar a las diferentes organizaciones gubernamentales a prestar servicios de interpretación para facilitar el acceso a los servicios públicos.

Como vemos, aunque los documentos citados fomentan el uso de servicios de ISP, en ningún momento lo exigen expresamente. Sin embargo, Industry Canada (2007) revela que el riesgo de los proveedores de servicios públicos a verse inmersos en un procedimiento legal a raíz de una negligencia profesional, contribuye positivamente al uso de servicios de ISP por parte de los mismos. Aunque esto es más frecuente en los Estados Unidos, esta preocupación está incrementando también en Canadá.

Jiménez-Salcedo (2014b) describe las políticas lingüísticas y la ISP en el territorio canadiense. Para ello, el autor señala los puntos en común y las diferencias existentes entre los derechos lingüísticos y los derechos de acceso a los servicios públicos, insistiendo en que ambos defienden el multilingüismo en el país. Así, apunta que dichos derechos presentan las particularidades siguientes:

- Derechos lingüísticos: Son inherentes a las comunidades históricas (francófona y anglófona). Estos derechos permiten a los hablantes de lenguas oficiales (francófonos y anglófonos) acceder a los servicios públicos en su lengua materna. Se basan en el principio de igualdad de las comunidades nacionales.
- Derechos de acceso a los servicios públicos: Permiten a los usuarios alófonos el acceso a los servicios públicos en su lengua materna, a pesar de que éstos se proporcionen en una lengua diferente (inglés o francés). Se basan en el principio de igualdad, esto es, la necesidad por parte de la Administración de tratar a todos los ciudadanos por igual.

El autor asegura que la Administración canadiense reconoce la multiculturalidad y el multilingüismo que caracteriza a su sociedad. Cerciora que el constitucionalismo canadiense y su jurisprudencia han dado forma a los derechos descritos, cuyo principal objetivo no es otro que asegurar el acceso de todos sus administrados a los servicios públicos. De este modo, observa dos modalidades de acceso a los servicios públicos diferentes, uno directo y otro indirecto, directamente relacionados con los derechos explicados:

- Acceso directo en cualquiera de las dos lenguas oficiales en el país (inglés y francés), independientemente de cuál sea la lengua mayoritaria en la región en donde se encuentre el individuo. Este acceso directo es garantizado por los derechos lingüísticos.
- Acceso indirecto, mediante la intervención de un profesional de la ISP, que permite que cualquier ciudadano alófono se comunique con los trabajadores de la Administración usando su lengua materna (no oficial en Canadá). Este acceso indirecto es garantizado por los derechos de acceso a los servicios públicos.

Jiménez-Salcedo (2014b) apunta que el tema de las lenguas utilizadas en el ámbito judicial canadiense ha constituido uno de los principales debates sobre el reconocimiento de los derechos lingüísticos en Canadá. La *Loi constitutionnelle de 1867*, en el artículo 133, reconoce el derecho a usar las dos lenguas oficiales en el país en el ámbito parlamentario y judicial. Asimismo, numerosas sentencias de los años 70 reafirman dicho derecho a la libre elección lingüística, de entre las que el autor destaca las de *Jones c. Nouveau-Brunswick* y *Québec c. Blaikie*, donde, según el autor, la jurisprudencia presentaba los derechos lingüísticos como derechos políticos, más que fundamentales. No obstante, en tres sentencias de 1986, conocidas como “la trilogía de 1986” (*Société des Acadiens du Nouveau-Brunswick Inc. c. Association of Parents for Fairness in Education*, *MacDonald c. Ville de Montréal* y *Bilodeau c. PG Manitoba*), se establece que

el derecho reconocido por las disposiciones constitucionales mencionadas era mínimo y que quedaba en manos del legislador potenciar dichas disposiciones mediante acciones concretas resultantes de negociaciones y pactos políticos, dejando a cargo de las instituciones su aplicación mediante medidas reglamentarias concretas. De este modo, el autor asegura que el principio de igualdad entre los ciudadanos y el camino hacia la igualdad de ambas comunidades lingüísticas, a los que se hace alusión en los artículos 15(1) y 16(3) de la *Charte canadienne des droits et libertés*, aludían a los gobiernos federal y provincial, responsables de su desarrollo, en lugar de aludir a los tribunales (Braën, 1998, citado en Jiménez-Salcedo, 2014a). Así, de la trilogía de 1986, se concluía que la libertad de uso de una u otra lengua oficial en los tribunales no aseguraba que el usuario consiguiera hacerse entender por la totalidad de los participantes en el proceso. En 1999, la sentencia *Beaulac*, promovió la instauración de tribunales institucionalmente bilingües, en los cuales los usuarios tienen derecho tanto a expresarse en la lengua oficial de su elección, como a que todo el procedimiento judicial se lleve a cabo en dicha lengua. Esto implica, por lo tanto, que todos sus actores sean bilingües, de manera que todo proceso pueda llevarse a cabo en ambas lenguas. Dicha sentencia promueve, por lo tanto, la protección de las minorías lingüísticas de lenguas oficiales. Sin embargo, el autor afirma que los anglófonos en Québec tienen un mayor acceso a instituciones y servicios en su lengua que los francófonos fuera de dicha provincia.

En cuanto a los derechos de acceso a los servicios públicos, el autor asegura que éstos se cumplen mediante la intervención de un intérprete. Esta es la solución adoptada en Canadá para proteger los derechos de las minorías lingüísticas alófonas, aunque insiste en que la ISP debe ser el último recurso para los hablantes de alguna de las lenguas oficiales. Esto justificaría la afirmación de Industry Canada (2007), según la cual, el recurso a la ISP en la combinación lingüística inglés-francés es muy escaso, dado que las instituciones suelen recurrir al bilingüismo de sus trabajadores con tal de comunicarse con los hablantes de minorías lingüísticas de lenguas oficiales. Así pues, para el autor, el recurso a la ISP constituye la principal diferencia entre los derechos lingüísticos y los de acceso a los servicios públicos. Asimismo, destaca que los derechos de acceso a los servicios públicos se extrapolan a todos los servicios públicos esenciales, aunque únicamente se garantice legalmente en el ámbito judicial.

En el ámbito judicial, el artículo 14 de la *Charte canadienne des droits et libertés* reconoce el derecho a ISP por parte de usuarios alófonos, aunque también se reconoce en otras secciones de otros documentos, como el artículo 36 de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* (Bergeron, 2002, citado en Jiménez-Salcedo, 2014a).

Jiménez-Salcedo (2014b) destaca la existencia de jurisprudencia a este respecto, señalando la importancia de sentencias como los casos *R. c. Reale* (1973), *Hertrich* (1982), *R. c. Petrovic* (1984) *Tung c. Canada* (1991), *R. c. Tran* (1994). Explica que la sentencia del caso *R. c. Reale* (1973) establece la preferencia por la interpretación simultánea en los tribunales, mientras que en el caso *Hertrich* (1982) se reconoce la necesidad de ISP a lo largo de todo el proceso. Asimismo, en el caso *R. c. Tran* (1994), el

juez Lamer (del Tribunal Supremo) hace referencia a los principios de calidad de la interpretación judicial en Canadá. Para ello, se basa en lo establecido por los artículos 14, 15 y 27 de la Carta canadiense y retoma los principios de calidad de la sentencia del caso *Reale* y añade la fidelidad y la imparcialidad.

Dada la condición multicultural que define a la sociedad canadiense, de acuerdo con la clasificación de los modelos de respuesta a las necesidades de comunicación entre los servicios públicos y las minorías lingüísticas de Ozolins (2000), Canadá se ubica entre los países que ofrecen servicios genéricos de ISP. Entre sus fronteras encontramos una amplia gama de propuestas de servicios lingüísticos que, aunque no siempre están coordinados o generalizados a nivel nacional, son *de facto* mucho más competentes que las de países que se ciñen a las soluciones *ad hoc*. Aquí, de acuerdo con Industry Canada (2007), el recurso a intérpretes voluntarios ha disminuido considerablemente, dando paso a los servicios ofertados por intérpretes profesionales. Dichos cambios vienen dados, en gran medida, por el aumento de la demanda de servicios de ISP y las limitaciones de los servicios proporcionados por voluntarios.

A partir de todo lo expuesto hasta ahora, no podemos olvidar añadir que este país considera a los inmigrantes como grupos en vías de adaptación a su sociedad y, por lo tanto, califica sus problemas lingüísticos de transitorios. Esto hace que, en ocasiones, se llegue a promover más el aprendizaje de las lenguas autóctonas que la asistencia lingüística mediante servicios de ISP en las lenguas de la inmigración. No obstante, dicha priorización no influye negativamente en la oferta de este tipo de servicios.

Como exponen Ozolins (2000) y Valero-Garcés (2003b), debido al perfil político del país, los servicios lingüísticos canadienses no se han generalizado a nivel federal, sino más bien a nivel regional y provincial. Por esta razón, se observan planteamientos de servicios muy distintos y una falta de homogeneidad y coordinación entre ellos. Esto, de acuerdo con Bancroft (2004), obstaculiza, entre otras cosas, la creación de un sistema federal de acreditación y regularización de la profesión. Sea como fuere, como bien recuerda Harris (1998), la jurisprudencia canadiense ha ayudado sobremanera al desarrollo de la ISP, puesto que, como veíamos anteriormente, se han ido emitiendo sentencias que no sólo fomentan la provisión de este tipo de servicios, sino que además resaltan la necesidad de controlar que estos sean de calidad.

Según Industry Canada (2007), en Canadá, encontramos cuatro soluciones diferentes frente a la barrera de comunicación existente entre las personas hablantes de lenguas minoritarias y la Administración Pública. Dichas soluciones son las siguientes:

- Intérpretes asalariados: Es el caso de los intérpretes de lengua de signos que trabajan principalmente en el ámbito educativo de la provincia de Quebec. Ésta es una solución poco habitual, pues rara vez la ISP implica un volumen de trabajo suficiente para justificar la contratación de personal. De hecho, el país de origen de los recién llegados puede variar de un año para otro, lo que complica el

pronóstico de las necesidades a corto y largo plazo. Para justificar la contratación de intérpretes, el volumen de trabajo debe ser fiable y suficiente para ofrecer programas de trabajo fijos y condiciones de trabajo estables.

- Servicio de intérpretes externalizado: En Canadá, hay más de 800 agencias de traducción activas, un cuarto de las cuales oferta servicios de interpretación. Dichas agencias ofrecen tanto traducción e interpretación comercial como servicios de ISP. Además, un creciente número de empresas del sector privado se está especializando en interpretación telefónica e interpretación por videoconferencia.
- Servicio de intérpretes de organismos comunitarios: En muchas regiones, los organismos comunitarios fueron pioneros en proporcionar servicios de interpretación en pro de los intereses de los inmigrantes. El Multilingual Community Interpreter Services (MCIS), con sedes en Ontario, más concretamente, en las regiones de Scarborough, York y Durham, fue uno de los primeros organismos de este tipo. El trabajo de sus intérpretes se ha centrado en prestar servicios a víctimas de violencia de género. Hoy en día, muchos de estos organismos ofrecen también cursos de formación de intérpretes.
- Banco de intérpretes: Estos bancos están constituidos por traductores e intérpretes que, inscritos en ellos, trabajan como autónomos facilitando la comunicación entre los proveedores de servicios públicos y los inmigrantes. Estos cuentan con una formación específica y deben cumplir una serie de requisitos propuestos por los bancos para poder acceder a formar parte de ellos. El hecho de que se les permita trabajar en más de un banco les asegura un mayor volumen de trabajo y les proporciona una mayor estabilidad profesional. El uso de tales bancos de intérpretes puede aumentar la demanda de servicios de ISP, como consecuencia del aumento de la confianza de los prestatarios de servicios públicos en la organización de dichos bancos. De acuerdo con Bourque (2004), lo que diferencia los servicios de ISP de los bancos de intérpretes de otros servicios de este tipo, como los servicios de acompañamiento de inmigrantes llevado a cabo por asociaciones, es que los bancos de intérpretes recurren únicamente a intérpretes formales con experiencia.

Según Industry Canada (2007), el Gobierno federal tiene dos proveedores principales de servicios de ISP: el Translation Bureau (TB), que cuenta con intérpretes de conferencias asalariados o contratados (único proveedor de intérpretes del Parlamento), y el Interpreter's Unit of the Refugee Board (IRB), banco de aproximadamente unos 1.200 intérpretes de más de 260 lenguas y dialectos. El IRB tiene tres oficinas regionales, situadas en Montreal, Toronto y Vancouver.

Igualmente, Service Canada empezó a ofrecer servicios de ISP como parte de un proyecto piloto destinado a ofrecer servicios de interpretación telefónica en unos centros seleccionados de Service Canada en el área de Toronto, servicios de ISP móviles en las

áreas de Vancouver, Nunavut y los Territorios del Noroeste y servicios de interpretación en el área de Calgary, a través del Centro de Calgary para Recién Llegados (Calgary Centre for Newcomers) (Industry Canada, 2007).

De acuerdo con Jiménez-Salcedo (2014b), hasta la adopción de la Charte de la langue française en 1977, Quebec vivía en un gran conflicto lingüístico, en el que se luchaba por la supervivencia del francés en todas las esferas de la sociedad. Este territorio se debatía entre la sustitución y la planificación lingüística, con una consecuente victoria de la última. Según el autor, dicha planificación lingüística acabó gestionando esta situación de diglosia, aunque no acabó de solucionar el conflicto lingüístico. Sea como fuere, desde los años 80, Quebec se ha mostrado sensible a la problemática referente al acceso de los ciudadanos alófonos a los servicios públicos, lo que ha conllevado a la creación de servicios de ISP. En esta provincia canadiense los profesionales de la ISP trabajan en bancos de intérpretes que abastecen de servicios de ISP a las diferentes instancias de la Administración pública, facturando a las instituciones los costes de los mismos. Estos intervienen en los ámbitos de los servicios públicos esenciales, como el sanitario, el educativo, la justicia o los servicios sociales.

Tal y como apunta Jiménez-Salcedo (2014b), los bancos de intérpretes quebequeses son gestionados por organismos públicos o privados, que suelen ser organizaciones sin ánimo de lucro que trabajan por las comunidades alófonas. Éste último caso es el más expandido, según el autor, fuera de Montreal, tal y como demuestran los ejemplos del Banco regional de intérpretes interculturales del Outaouais, el Banco regional de intérpretes del Servicio de ayuda a los Neo-Canadienses de Sherbrooke y el Banco regional de intérpretes lingüísticos y culturales de Quebec. Asimismo, en la ciudad de Montreal existen dos bancos de intérpretes que abastecen a los ciudadanos alófonos de servicios de ISP: por un lado, el Banco Interregional de Intérpretes de Montreal (BIIM), que cubre los ámbitos sanitario, educativo y de servicios sociales, y, por otro, el Servicio de Interpretación y de Traducción Judiciales de Montreal (SITJM), que cubre las demandas del ámbito judicial, sobre todo las del Palacio de Justicia, aunque también sirve a los tribunales del resto de Quebec. Jiménez-Salcedo (2014b) asegura que la implantación de dichos bancos de intérpretes en la provincia de Quebec demuestra que las iniciativas tomadas a favor de los derechos de acceso de los usuarios alófonos a los servicios públicos no es incompatible con la planificación lingüística, dada la proliferación del francés en dicho contexto.

## 1.3. La investigación en ISP

Dedico este apartado a hacer un repaso de la investigación en materia de ISP para repasar sucintamente el estado de la cuestión a escala internacional. Posteriormente, profundizo en el trabajo realizado en los países que protagonizan este estudio.

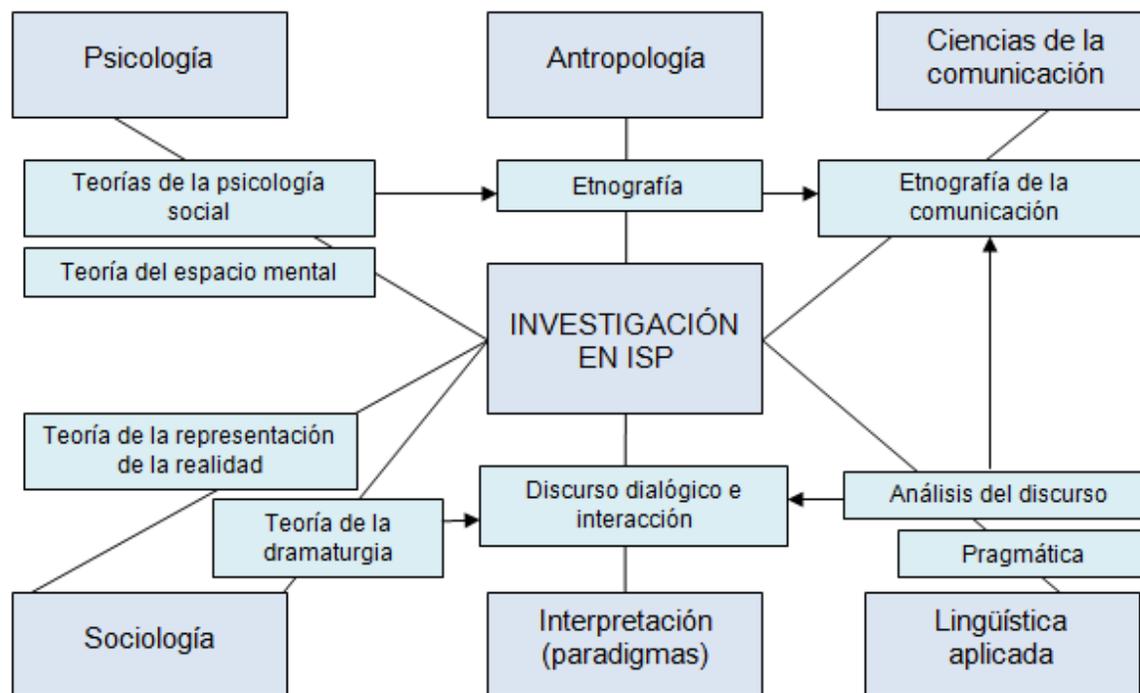
### 1.3.1. La investigación en Interpretación a escala internacional

Aunque recientemente ha incrementado el interés de los investigadores en emprender estudios entorno a la ISP, Hale (2007) denuncia una falta de correlación entre la investigación, la formación y la práctica de este tipo de interpretación. La autora denuncia que esta falta de correlación se puede deber a que muchos de los profesores de interpretación son profesionales experimentados y no académicos con formación investigadora. Partiendo de esa base, aboga por una unificación de estos tres aspectos de la ISP, de manera que las preguntas de investigación se extraigan de la práctica, la investigación les dé respuesta y todo ello se pueda aplicar a la práctica.

Hale (2007) asegura que los primeros estudios importantes en ISP aparecieron en la década de los 80 y se centraron, principalmente, en los ámbitos judicial y sanitario. Estos dos ámbitos han sido y siguen siendo los que han gozado de un mayor auge en investigación. La autora destaca aquí trabajos como los de Knapp-Potthoff y Knapp (1987) sobre interpretación sanitaria o Berk-Seligson (1989a, 1989b) sobre interpretación judicial. Sin embargo, observa un incremento en la década de los 90 tanto en el número de investigaciones emprendidas como en el de temas tratados, aunque seguían prevaleciendo las investigaciones en los ámbitos anteriormente mencionados. Posteriormente, empezaron a surgir estudios sobre la práctica y los procesos que implica la ISP, centrados en temas como la responsabilidad del intérprete de gestionar el turno de palabras (Englund Dimitrova, 1997; Roy, 2000), la situación de la ISP en el mundo (Ozolins, 1991, 1995, 1998) o las perspectivas y expectativas que los usuarios tienen de los intérpretes (Hale y Luzardo, 1997). De acuerdo con Hale (2007), la investigación en ISP en la primera década del Siglo XXI se ha caracterizado por un gran número de estudios entorno a la calidad y a la provisión de servicios de ISP en países donde la ISP es una realidad emergente, como Austria, Polonia o España. Además, señala que estos estudios presentan, por norma general, unos resultados muy similares a los realizados anteriormente por países en los que la ISP ya es una realidad consolidada. Igualmente, la autora destaca la realización de estudios acerca del rol del intérprete, los códigos éticos y la viabilidad de la neutralidad del intérprete, con trabajos como Davidson (2001), Rudvin (2002), Chesher *et al.* (2003), Angelelli (2004), Castillo García y Taibi (2005) o Hale (2005).

Como se puede deducir con lo expuesto hasta el momento, los proyectos de investigación que se han estado realizando entorno a la ISP tratan temas muy diversos relacionados con esta práctica. Esto es debido a la interdisciplinariedad que la caracteriza.

Como afirma Vargas-Urpí (2009), la investigación en ISP está marcada, como es de esperar, por la interdisciplinariedad propia de la traductología. De esta manera, observamos que existe una estrecha interconexión entre sus marcos teóricos y metodológicos.



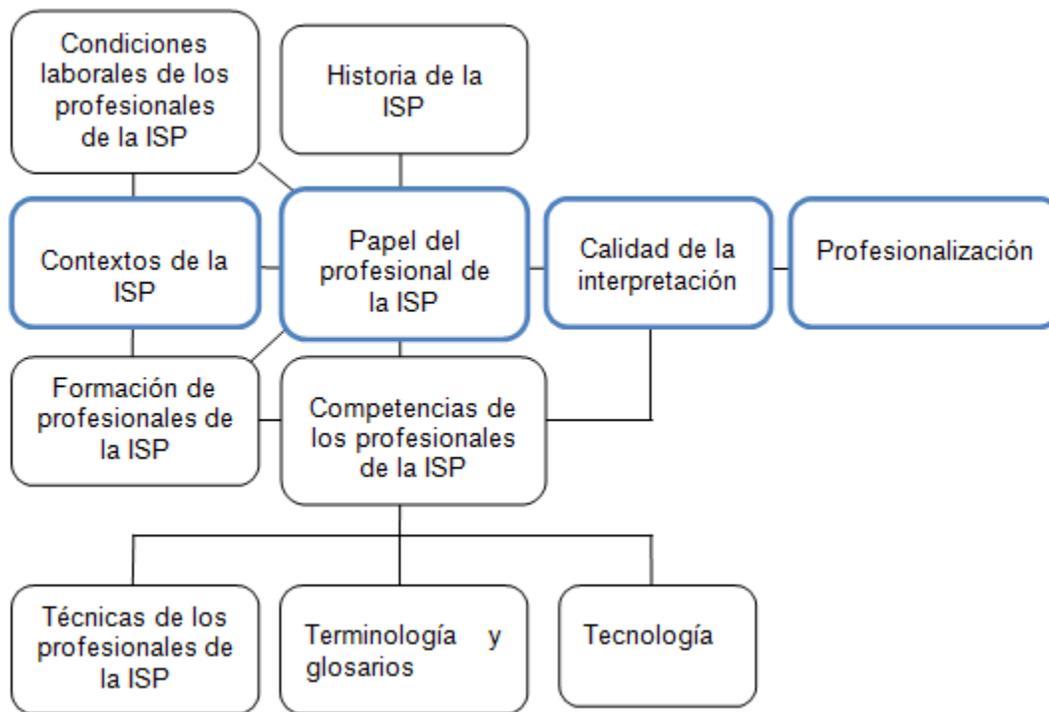
**Gráfico 2. La interdisciplinariedad en investigación en ISP. Vargas-Urpí (2009).**

Vargas-Urpí (2009) propone una definición de los ámbitos de estudio en investigación en ISP. Lo hace en base a la propuesta de clasificación de las cuestiones de investigación en estudios de traducción e interpretación de Williams y Chesterman (2002), considerando las características específicas de la ISP. Dicha propuesta recoge los ámbitos de estudio siguientes:

- Análisis de las técnicas de la ISP
- Evaluación de la calidad en ISP
- Contextos de la ISP
- ISP y tecnología
- Historia de la ISP

- Cuestiones éticas en ISP
- Aplicación de la terminología y los glosarios a la ISP
- Competencias en ISP
- Condiciones laborales de los profesionales de la ISP
- Formación de profesionales de la ISP
- Profesionalización de la ISP

De acuerdo con la autora, la profesionalización de esta práctica acaba siendo el objetivo final de gran parte de las investigaciones realizadas.



**Gráfico 3. Ámbitos de estudio de la investigación en ISP. Vargas-Urpí (2009).**

Así, vemos como estudiando las condiciones laborales de los profesionales de la ISP se consigue definir sus diferentes contextos y justificar el papel del intérprete en diferentes situaciones. La investigación histórica, por su parte, describe el papel de los profesionales de la ISP a lo largo de la historia. Del mismo modo, las técnicas utilizadas por estos profesionales, la aplicación de la terminología y los glosarios y la adaptación de los mismos a las nuevas tecnologías ayudan a delimitar las competencias necesarias para la ISP, lo que influye tanto en la formación de profesionales como en la calidad de los servicios prestados. Siguiendo en esta línea, afirmaremos que la investigación en ISP debe mostrar esta interconexión entre el tema objeto de estudio y el resto de temas, contribuyendo al mismo tiempo al proceso de profesionalización de esta práctica.

Según Valero-Garcés y Pena (2008), desde el punto de vista metodológico, los estudios sobre ISP se clasifican en los siguientes grupos:

- Estudios basados en los métodos del análisis del discurso.
- Estudios basados en métodos etnográficos.
- Estudios sobre estados de la cuestión.
- Estudios experimentales que utilizan métodos de la psicolingüística y psicología.

### **1.3.2. La investigación en ISP en España**

España cuenta con numerosos grupos de investigación que trabajan en proyectos que abordan la ISP desde diferentes perspectivas. El grupo FITISPos, coordinado por la Dra. Valero-Garcés, fue pionero en nuestro país en investigación en ISP. Éste creó y coordina la Red COMUNICA que, formado por grupos de investigación de todo el ámbito nacional, tiene como objetivo principal convertirse en un observatorio permanente de la comunicación entre lenguas y culturas en nuestro país, centrándose en el estudio de la ISP. Además del grupo FITISPos, integran la Red COMUNICA el grupo CRIT, coordinado por el Dr. Raga Gimeno y la Dra. Sales Salvador, el grupo GRETI, coordinado por la Dra. Martín, el grupo Alfaqueque, coordinado por el Dr. Baigorri y el grupo MIRAS (Mediació i Interpretació: Recerca en l'Àmbit Social), coordinado por la Dra. Arumí. La Red plasma sus trabajos en el blog COMUNICA Observatorio Permanente sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, <http://red-comunica.blogspot.com.es/>

El grupo FITISPos celebra cada tres años en Alcalá de Henares un Congreso Internacional sobre Traducción e Interpretación en los Servicios públicos. El primer Congreso Internacional sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos se celebró en febrero del 2002 con el lema de “Nuevas necesidades para nuevas realidades”. Los congresos que han ido sucediéndole han traído lemas diversos que han permitido ir perfilando la realidad de la ISP a escala nacional.

Por su parte, el grupo MIRAS (Mediació i Interpretació: Recerca en l'Àmbit Social) celebra, anualmente y desde el año 2010, jornadas de investigación que giran entorno de la realidad catalana en ISP, tratando cada año un aspecto diferente de la misma.

Además, el interés investigador en ISP ha aumentado entre los profesionales y los estudiantes de Traducción e Interpretación de nuestro país. Son cada vez más los estudiantes que presentan un mayor interés por la realización de trabajos de fin de grado, memorias de máster y tesis doctorales relacionados con esta temática.

### 1.3.3. La investigación en Interpretación en los Servicios Públicos en Canadá

Canadá es un país líder en investigación en ISP a escala internacional. El principal fruto del interés de sus investigadores es el Critical Link, una red establecida en 1992, en la Universidad de Ottawa, por un grupo de proveedores de servicios de salud, judiciales y sociales, liderados por Brian Harris (de la Universidad de Ottawa) con el apoyo de Geoffrey Kingscott (de Language International). Estos investigadores emprendieron tareas investigadoras, interesados en favorecer la comunicación de aquellas personas que no hablaban la misma lengua que las administraciones.

Critical Link se presenta como una organización sin ánimo de lucro comprometida por el avance en el campo de la ISP en los ámbitos social, legal y sanitario. Sus principales objetivos son:

- Promover el establecimiento de normas que dirijan la práctica de la ISP.
- Fomentar y compartir la investigación en el campo de la ISP.
- Sumarse al debate sobre los requisitos formativos de los intérpretes en los servicios públicos.
- Instar a las instituciones sociales, legales y sanitarias a que instauren servicios de ISP profesionales.
- Concienciar a la sociedad sobre la existencia de la ISP como profesión.

El primer congreso de Critical Link tuvo lugar en Geneva Park (Ontario), en 1995. Esta organización ha ido celebrando congresos de manera periódica, de manera que en 1998 se celebró el segundo en Vancouver, el tercero en Montreal fue en 2001, el cuarto en Estocolmo en 2004, el quinto en Sidney en 2007 y el sexto en Birmingham en 2010. El séptimo congreso se celebró en junio del 2013 en Toronto, bajo el lema *Global Awakening: Leading Practices in Interpreting*. El próximo congreso de Critical Link se celebrará en la Heriot-Watt University de Edimburgo, en el año 2016.

Critical Link constituye hoy en día un punto de referencia a nivel mundial en cuanto a investigación en ISP se refiere, con lo que no es de extrañar que tenga una producción bibliográfica numerosa y de renombre.

De entre las investigaciones en el ámbito canadiense, destacan una serie de proyectos a nivel estatal que aúnan el esfuerzo investigador de diversos estudiosos y organizaciones. Uno de ellos es el *National Standard Guide for Community Interpreting Services*, donde se ha reunido el esfuerzo de representantes de organizaciones del sector público y privado para elaborar la primera guía de buenas prácticas para profesionales de la ISP en Canadá. Esta guía se concibe como un primer paso hacia el reconocimiento de la importancia de unos estándares profesionales y una acreditación para la ISP a nivel estatal. Este trabajo fue publicado por la Healthcare Interpretation Network y contó con la

colaboración de la Association de l'industrie de la langue/Language Industry Association (AILIA), Critical Link Canada y Association of Canadian Corporations in Translation and Interpretation (ACCTI). En ella trabajaron autores como Lola Bendana, Elba de León, Lisete Figueiredo, Axelle Janczur, Diana Abreham, Wilma Alvarado-Little, Jake Atteslander, Silvana Carr, Nelida Chan, Anne-Marie De Vos, Maria Constanza Guzmán, Paola Ludovici, Julio Montero, Suzanne Mondoux, Alain Otis, Pau Penzo, Gonzalo Peralta, Jeannine Roy, Wilson Teixeira y Cheryl Giraldo Wrixon. Otro trabajo que destaca por su importancia es el titulado *Strengthening Access to Primary Health Care (SAPHC)*. Se trata de un proyecto impulsado por el gobierno federal que agrupó representantes del ámbito de la ISP a lo largo del país para dar una imagen global de la ISP en el ámbito sanitario canadiense, centrándose en el trabajo realizado, principalmente, en las ciudades de Vancouver, Toronto y Montreal. En este proyecto colaboraron investigadores como Diana Abraham (del Ontario Ministry of Citizenship and Immigration), Marco Fiola (de la Université du Québec en Outaouais), Axelle Janczur (del Access Alliance Multicultural Community Health Centre), Suzanne Barclay y Angela Sasso (del Provincial Language Service de Provincial Health Services Authority of British Columbia) e Isabelle Hemlin y Heather Clarke (de la Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal). Por último, destacaremos la publicación *The Costs of Not Providing Interpretation Services*, publicado por Access Alliance, con la colaboración de autores como Axelle Janczur (de Access Alliance), Linda Gardner (de Women's College Hospital), Elba de Leon (de St. Joseph's Health Centre), Elizabeth Abraham (de University Health Network), Pat McKernan, Samer Abou-Sweid (de St. Michael's Hospital) Bonnie Fleming-Carroll (de Hospital for Sick Children), Fei Tang (de Toronto Rehabilitation Institute), Matthew Adams y la Dra Ilene .

Como vemos, en Canadá se ha investigado mucho la realidad de la ISP en el ámbito sanitario (como bien veremos en el apartado 2.2.). Sin embargo, cabe destacar, que uno de los ámbitos que más ha captado la atención de investigadores en ISP es el de la interpretación en lengua de signos, con investigadores de renombre en el país como Debra Russell (de University of Alberta), Anne-Marie Parisot o Suzanne Villeneuve (de Université de Québec à Montréal). Parisot y Villeneuve destacan por su trabajo del 2013, titulado *Les besoins et les services en interprétation visuelle: Perceptions des utilisateurs, des interprètes et des employeurs* describen las necesidades de ISP en lengua de signos en Quebec y la manera de cubrirlas.

En el ámbito judicial, destacan investigadores como Marco Fiola (de la Ryerson University), cuya investigación es conocida por la reciente publicación del primer glosario legal en la combinación lingüística inglés-tamul, elaborado a partir de una investigación en la que han participado profesionales de la lengua especializados en tamul, así como representantes legales, entre los que habían intérpretes, traductores y abogados. De igual manera destacan investigadores como Gilles Bergeron, quien en su trabajo del 2002, titulado *L'interprétation en milieu judiciaire*, describe los servicios de ISP disponibles en el ámbito judicial montrealés. Por su parte, el mismo año, Christine Viens, Georges L. Bastin, Solange Duhamel y Roselyne Moreau describen, en su trabajo

titulado *L'accréditation des interprètes judiciaires au Palais de justice de Montréal*, los servicios de ISP en el ámbito judicial montrealés, prestando especial interés en el proceso de cualificación y acreditación de sus profesionales.

## 1.4. Formación y acreditación en ISP

En este apartado expongo el estado de la formación y la acreditación. Si bien empiezo dando una imagen global, profundizo posteriormente en la formación ofrecida en las zonas objeto de este estudio.

Abril Martí (2006) comenta que la formación en ISP empezó a extenderse hacia finales de los 80, excepto en países como Suecia y Australia, donde ya en los años 70 se ofrecían cursos formativos en ISP. Añade que los programas formativos que llevaban a una titulación en ISP han escaseado hasta fechas muy recientes y se encontraban en países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido y Suecia. Salvo excepciones, la formación en ISP ha venido de manos de entidades no académicas.

De acuerdo con Hale (2007), la formación es uno de los aspectos más complicados y problemáticos de la ISP, debido a la falta de reconocimiento de la necesidad formativa en la materia, la ausencia de requisitos formativos previos a la práctica de la ISP, la escasez de programas formativos adecuados y la calidad y eficacia de la formación existente.

Pöchhacker (2004) relaciona la falta de formación en ISP con la falta de financiación de dicha práctica. En esta línea, Hale (2007) argumenta que la falta de demanda de cursos en ISP no hace posible que se invierta en titulaciones universitarias formales. La autora comenta que los cursos cortos e informales son una alternativa, aunque la falta de titulaciones académicas especializadas tiene un impacto obvio tanto en el desarrollo de la investigación en ISP como en el resultado de su práctica y su profesionalización.

Los cursos ofertados en ISP presentan características muy dispares. Existen cursos generalistas, así como cursos especializados en ámbitos concretos. Según constata Hale (2007), algunos forman a un grupo de profesionales de la ISP en concreto para cubrir una demanda específica, sin esperanzas de una continuidad laboral tras el fin de dicha demanda.

Sandrelli (2001) distingue entre formación profesional y básica, de manera que la profesional viene de manos de instituciones no académicas, mientras que la básica viene de manos de universidades y otras instituciones educativas. Igualmente, se observa una variedad de cursos en ISP, en cuanto a su duración se refiere. De acuerdo con Hale (2007), los cursos de orientación (normalmente impartidos por empleadores de profesionales de la ISP) tienen una duración aproximada de unas 20 horas, mientras que los cursos más estructurados (ofertados por instituciones educativas) tienen una duración de unas 60 horas. Además, se imparten asignaturas puntuales en las universidades (también de unas 60 horas) y cursos enteros de especialización, tanto de grado como de postgrado (de entre uno y cuatro años de duración). Los cursos más cortos tienden a ser

generales, sin centrarse en ninguna combinación lingüística n concreto, y se centran en aspectos relacionados con la ética y el rol del intérprete. En cambio, los más largos incluyen clases prácticas en los que se trabaja con pares lingüísticos y se realizan simulaciones. Por último, los cursos universitarios combinan la teoría con la práctica.

Ozolins (2014) asegura que la ISP se está empezando a afianzar mediante los cursos formativos que empiezan a ofrecer universidades distribuidas por todo el mundo, entre los que destacan los cursos específicos en ISP de universidades como Leicester University, UK, o Bar Ilan University, Israel).

Onos (2012) realiza una panorámica de los diferentes sistemas de acreditación y formación para profesionales de la ISP en el mundo, en donde describe los sistemas de Australia, Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Suiza y Suecia. La autora observa que en la actualidad, la acreditación viene de manos de asociaciones profesionales, agencias estatales e instituciones universitarias. Igualmente, puntualiza que dicha acreditación varía en función de los ámbitos y el nivel de especialización de sus profesionales, de manera que mientras que Australia cuenta con un sistema de acreditación generalista, Estados Unidos y Canadá disponen de sistemas especializados en ISP judicial o médica, Suecia tiene un sistema que combina la ISP en las dos modalidades mencionadas y en Suiza se incluyen las especialidades médica, social y educativa.

Australia es, según Sales Salvador (2008), el país más avanzado en cuanto a la profesionalización, acreditación y formación en ISP. Este país cuenta, desde 1977, con un sistema nacional de acreditación en ISP elaborado por la Autoridad Nacional de Acreditación para Traductores e Intérpretes (*National Accreditation Authority for Translators and Interpreters*) (NAATI)<sup>4</sup>. Desde el 2010, la NAATI distingue un total de once niveles de acreditación en ISP, siendo estos los siguientes:

- Intérprete de conferencias senior: Es el nivel más alto de acreditación en interpretación ofrecido por NAATI, que refleja un nivel de excelencia en interpretación de conferencias.
- Traductor avanzado senior: Nivel de excelencia en traducción especializada.
- Intérprete de conferencias: Nivel de competencia en interpretaciones complejas, técnicas y sofisticadas, tanto en la modalidad consecutiva, como en la simultánea.
- Traductor avanzado: Nivel de competencia para realizar traducciones complejas, técnicas y sofisticadas.
- Intérprete profesional: Nivel mínimo de competencia para la interpretación profesional, que coincide con el nivel mínimo recomendado por NAATI para el trabajo en el ámbito jurídico, sanitario y en servicios sociales y comunitarios.

---

<sup>4</sup> <http://www.naati.com.au/>

- Traductor profesional: Nivel mínimo de competencia para la traducción profesional, que coincide con el nivel mínimo recomendado por NAATI para el trabajo realizado en el ámbito jurídico, sanitario y en servicios sociales y comunitarios.
- Intérprete paraprofesional: Competencia en interpretación de diálogos no-especializados.
- Traductor paraprofesional: Competencia en traducción no-especializada.
- Reconocimiento del intérprete: Nivel otorgado en los idiomas en los que no existe acreditación. Reconoce una experiencia de trabajo reciente y acredita al solicitante como intérprete, sin especificar su nivel de dominio.
- Reconocimiento del traductor: Nivel otorgado en los idiomas en los que no existe acreditación. Reconoce una experiencia de trabajo reciente y acredita al solicitante como traductor, sin especificar su nivel de dominio.
- Asistente lingüístico: Credencial otorgada tras pasar una prueba de NAATI que evalúa las habilidades bilingües de los candidatos en un escenario de “servicio al cliente”. No se considera acreditación en traducción o interpretación.

El procedimiento de acreditación de NAATI contempla cinco vías diferentes:

- Superación del examen de acreditación de NAATI (para los niveles de traductor avanzado, traductor profesional, traductor paraprofesional, intérprete profesional e intérprete paraprofesional).
- Superación de una formación en traducción y/o interpretación en una institución australiana aprobada por NAATI
- Aportación del certificado acreditativo de un título de formación especializada superior en traducción y/o interpretación de una institución educativa extranjera
- Aportación del certificado acreditativo de pertenencia a una asociación profesional internacional en traducción y/o interpretación (para los niveles de traductor profesional, intérprete de conferencias senior y traductor avanzado senior).
- Aportación del certificado acreditativo de un nivel avanzado en traducción o interpretación (para los niveles de intérprete de conferencias senior y traductor avanzado senior).

En cuanto a la formación en ISP en Australia, cabe resaltar que todas las ofertas son de formación formal. Destacan los cursos oficiales en ISP, como el Diploma en Interpretación (Diploma on Interpreting) de South Western Sydney Institute of Granville, el Diploma de Postgrado en Traducción e Interpretación (Postgraduate Diploma in Translating and Interpreting), el Postgrado en Interpretación de auslan (lengua de signos

australiana) a inglés (Postgraduate Diploma in Auslan-English Interpreting) y el Máster en Traducción e Interpretación (Master of Translating & Interpreting) de Macquarie University, la Licenciatura en Traducción e Interpretación (BA in Interpreting and Translation) de University of Western Sidney y el Máster en Estudios de Interpretación y traducción (Master of Interpreting and Translation Studies) de Monash University. Asimismo, se ofertan cursos en ISP de corta duración, como el de Community Interpreting and Translation de Monash University, así como cursos de especialización en traducción e interpretación judicial y sanitaria de corta duración, como los módulos de especialización impartidos en la misma universidad.

Según afirma Abril Martí (2006), en Estados Unidos, la interpretación judicial y la médica han evolucionado como dos disciplinas independientes, de manera que la primera cuenta con su propio sistema de acreditación a nivel nacional, mientras que esto no se da en el ámbito de la interpretación médica.

Según apunta Onos (2012), en cuanto a ISP en el ámbito judicial, Estados Unidos cuenta con varias opciones de acreditación, que incluyen las siguientes:

- Programa Federal de Certificación de Intérpretes Judiciales (Federal Court Interpreter Certification Examination Program (FCICE))<sup>5</sup>: Creado e implementado en respuesta directa a la Court Interpreters Act de 1978.
- Consorcio para el Acceso Lingüístico en los Tribunales (Consortium for Language Access in the Courts)<sup>6</sup>, creado por el Centro Nacional para Tribunales Estatales (National Center for State Courts). Fue fundado oficialmente en julio de 1995 por los estados de Minnesota, Nueva Jersey, Oregon y Washington, desde entonces el organismo responsable de la gestión de la certificación de los intérpretes a nivel estatal (State Interpreter Certification).
- Acreditaciones de asociaciones profesionales, entre las que destacan
  - Asociación Nacional de Traductores e Intérpretes Judiciales (National Association of Judiciary Interpreters and Translators (NAJIT))<sup>7</sup>, fundada en 1978, con su propio sistema acreditativo para intérpretes judiciales: la Certificación Nacional de Traductores e Intérpretes Judiciales (National Judiciary Interpreter and Translator Certification (NJITCE)).
  - Asociación Americana de Traductores (The American Translators Association (ATA))<sup>8</sup>. Aunque no fue diseñada para centrarse en el ámbito judicial, la ATA implementa un programa de exámenes para evaluar la

---

<sup>5</sup> [http://www.ncsconline.org/d\\_research/fcice\\_exam/index.htm](http://www.ncsconline.org/d_research/fcice_exam/index.htm)

<sup>6</sup> <http://www.ncsc.org/Education-and-Careers/State-Interpreter-Certification.aspx>

<sup>7</sup> <http://www.najit.org/>

<sup>8</sup> <http://www.atanet.org/>

competencia de los traductores de acuerdo con las directrices que rigen la práctica profesional.

- Registry of Interpreters for the Deaf (RID)<sup>9</sup>: Proporciona acreditaciones a intérpretes de lengua de signos, así como a profesionales de la ISP en el ámbito judicial.

Igualmente, Onos (2012) apunta, en la línea de Martín y Phelan (2009), en los Estados Unidos existen tres planes separados de acreditación:

- El National Board of Certification for Medical Interpreters<sup>10</sup> acredita a profesionales de la ISP del ámbito sanitario en base a un examen, ofreciendo tres credenciales diferentes: Certified Medical Interpreter (CMI), Qualified Medical Interpreter (QMI) y Screened Medical Interpreter (SMI).
- El Certification Commission for Healthcare Interpreters (CCHI)<sup>11</sup> y el National Council on Healthcare Interpreter Certification (NCIHC)<sup>12</sup> distinguen entre los Associate Healthcare Interpreter (credencial de base) y los Certified Healthcare Interpreter (credencial que certifica habilidades en ISP).
- El Department of Social and Health Services (DSHS) del Estado de Washington ideó en 1991 el programa Language Testing and Certification (LTC)<sup>13</sup>, que cuenta con unas pruebas de certificación que evalúan el dominio del inglés y de otra lengua, así como las habilidades de interpretación y traducción en el ámbito sociosanitario.

La formación en ISP en Estados Unidos se caracteriza por la presencia de numerosas ofertas de cursos no formales de corta duración, educación continua, cursos especializados o módulos integrados, según afirman Ertl y Pöllabauer (2010). Onos (2012) destaca de entre ellos los cursos impartidos por instituciones como Cross Cultural Communications, Heartland Alliance for Human Needs & Human Rights, American Translators Association (ATA) o Language Line Services (LLS), la mayoría centrados en ISP en el ámbito judicial o sanitario. No obstante, destaca también la existencia de cursos de formación formal, entre los que se encuentran cursos oficiales de ISP como el de Interpretación Comunitaria, Judicial y Médica (Community, Legal & Medical Certificates) del Center for Professional Education de Boston University o el Community Interpreting Certificate de Viterbo University. Igualmente, existen cursos oficiales de especialización en ISP en el ámbito judicial o sanitario en instituciones educativas como Florida International University, School of Continuing and Professional Studies de New York

---

<sup>9</sup> <http://www.rid.org/>

<sup>10</sup> <http://www.certifiedmedicalinterpreters.org/>

<sup>11</sup> <http://www.healthcareinterpretercertification.org/>

<sup>12</sup> <http://www.ncihc.org/mc/page.do?sitePageId=61824&orgId=ncihc>

<sup>13</sup> <http://www.dshs.wa.gov/lc/itsvcs.shtml> (Fecha consulta: 2011, 11 de octubre)

University, College of Continuing Education de Minnesota University, Georgia State University, East Tennessee State University, National Center for Interpretation de Arizona University, College of Extended Learning de San Francisco University, Southern California School of Interpretation o Oregon Area Health Education Center y la red de Community Colleges.

En la línea de lo expuesto al hablar de los Estados Unidos, destacaremos que Canadá presenta diferentes vías de acreditación para el ámbito judicial y el sanitario. En territorio canadiense, las instituciones a cargo de la acreditación de profesionales de la ISP en el ámbito judicial son las siguientes:

- Canadian Translators, Terminologists and Interpreters Council (CTTIC)
- Association of Translators and Interpreters of Ontario (ATIO)
- Ministry of the Attorney General de Ontario

En cambio, en el ámbito sanitario, las instituciones encargadas de la acreditación de los profesionales de la ISP a escala canadiense son:

- Healthcare Interpretation Network (HIN). La HIN oferta dos certificaciones diferentes: el Cultural Interpreter Language Interpretation Skills Assessment Tool (CILISAT) y el Interpreter Language Interpretation Skills Assessment Test (ILSAT).
- Association of Visual Language Interpreters of Canada (AVLIC): Ofrece la posibilidad de obtener el denominado Certificate of Interpretation (COI), que acredita a intérpretes en lengua de signos.

Al igual que en Estados Unidos, en Canadá encontramos ofertas formativas tanto formales como no formales. Entre las formales hay cursos oficiales en ISP, ofertados en instituciones educativas como Seneca College, Mohawk College, Niagara College, St. Clair College, Dawson College, Northern College (Ontario) y Université de Montréal. Igualmente, se ofertan cursos oficiales de especialización en ISP en los ámbitos judicial y sanitario en centros como Vancouver Community College, Ottawa University o Bow Valley College. La oferta de formación no formal canadiense viene de manos de entidades como Healthcare Interpretation Network (NIH), Multilingual Community Interpreter Services (MCIS), Across Languages Translation & Interpretation Services o Cultural Interpretation Services for Our Communities (CISOC).

La acreditación en ISP en el Reino Unido depende del Chartered Institute of Linguists (IoL), asociación internacional de lingüistas profesionales que ha diseñado las siguientes vías de acreditación en la materia que estudiamos:

- Diploma in Public Service Interpreting (DPSI). Este diploma abarca cuatro contextos de especialización: derecho inglés, derecho escocés, servicios de la salud y Administración local. Se evalúan las competencias de los candidatos en

interpretación consecutiva, simultánea, traducción a la vista y traducción escrita (las dos últimas tanto de manera directa como inversa).

- **Certificate in Bilingual Skills (CBS):** Se trata de una herramienta ideada para avalar la competencia de los profesionales que desean desempeñar un trabajo, ya sea en el sector voluntario o en el de los servicios públicos, en el que se requiera una competencia bilingüe.
- **Metropolitan Police Test:** Mediante una prueba oral y escrita, se evalúan las habilidades de traducción e interpretación necesarias para trabajar en ISP en contexto policial. Esta acreditación es reconocida por el Registro Nacional de Intérpretes en los Servicios Públicos (National Register of Public Service Interpreters (NRPSI)).

En lo que concierne a la formación en el Reino Unido, se dan tanto cursos de formación formal como no formal. Entre las ofertas de formación formal encontramos cursos oficiales de interpretación comunitaria (como el Certificate in Public Service Interpreting, de Middlesex University), cursos de ISP de corta duración (como los impartidos en centros como el South Thames College o en el Mary Ward Centre), cursos oficiales de especialización en interpretación judicial y sanitaria (como los impartidos en The University of Northampton y Stevenson College Edinburg) y cursos de especialización en ISP judicial y sanitaria de corta duración (como los de London Metropolitan University). En cuanto a formación no formal, destacan las iniciativas de entidades como: Chartered Institute of Linguistics (IoL), Worker's Educational Association (WEA), Waltham Forest Community Learning and Skills Service o Praxis.

En Suiza encontramos dos vías de acreditación de profesionales de la ISP:

- **Certificado INTERPRET:** Se trata de un certificado federal desarrollado entre 2002 y 2004 en el marco de la estrategia «Migration et Santé» (2002-2007), con el apoyo de la Oficina Federal de Salud Pública (OFSP).
- **Diploma federal para profesionales de la ISP.** Cualificación de formación superior creada en 2009. Es expedido por el Secretariado del Estado de Formación, Investigación e Innovación (SEFRI). Este Diploma avala a los profesionales de la ISP y garantiza el respeto de los estándares profesionales. Para conseguirlo, los candidatos deben responder a las exigencias impuestas en cuanto a formación y disponer de experiencia profesional, así como demostrar sus competencias por medio de un examen.

En cuanto a la formación disponible en ISP este país, destacan los programas *Interprétariat communautaire en situation de dialogue* y *S'orienter dans les domaines de la santé, du social et de la formation*, que forman parte del certificado federal INTERPRET. En el ámbito judicial, destaca la formación que lleva por título *Interpreting for Public Authorities and Courts*, impartida por el Institute of Translation and Interpreting de Zurich University of Applied Sciences.

Por último, de acuerdo con Abril Martí (2008), en Suecia es un departamento de la Oficina Nacional de Servicios Jurídicos, Financieros y Administrativos (Kammarkollegiet) el encargado de la acreditación en ISP. Éste distingue entre un nivel general o básico (intérprete autorizado) y otro especializado en interpretación judicial o médica. A esto, la autora añade que desde finales de los 90, se ha ido extendiendo la realización del examen de aptitud en ISP del Instituto de Estudios de Traducción e Interpretación (Tolk- och översättarinstitutet, TÖI) de la Universidad de Estocolmo, aunque insiste en señalar que el único sistema oficial de acreditación en el país es el del Kammarkollegiet. A parte de la formación en ISP impartida en el TÖI, encontramos, en calidad de formación formal, el Programa de formación de formadores impartido en Stocholm University. En lo que respecta a la formación no formal, destacan los cursos impartidos por centros populares de enseñanza para adultos (*folkhögskola*) o asociaciones educativas voluntarias (*studieförbund*). Se trata de cursos de una duración variable destinados a personas mayores de edad que no han acabado sus estudios secundarios.

#### **1.4.1. La formación en Interpretación en los Servicios Públicos en España y Cataluña**

Si bien Ozolins (2000) constata que, en los países donde se dan soluciones *ad hoc*, se suele dar muy poca importancia a la formación y acreditación en ISP, este problema parece ir solucionándose en España. Aun así, Martín (2014) asevera que aunque se está empezando a reconocer la necesidad de ISP, todavía no hay exigencias en cuanto a la formación de las personas que prestan el servicio. Sea como fuere, se observan esfuerzos en nuestro país para integrar esta modalidad en el diseño curricular de los estudios de traducción e interpretación, lo que se considera un aspecto esperanzador para la práctica que estudiamos. Tanto las universidades como otros organismos han estado ofreciendo formación en ISP desde hace unos años, con la finalidad de profesionalizar tal práctica. Además, con la reforma universitaria con motivo del proceso de convergencia europea, se ha aprovechado para hacer más hincapié en la disciplina dentro de los programas de los grados españoles en Traducción e Interpretación. De este modo, en el Libro Blanco de Traducción e Interpretación elaborado por la ANECA (2004), aparece el perfil profesional del “mediador lingüístico y cultural”, así como el de “intérprete de enlace”, al mismo nivel que otros como el de traductor profesional generalista, terminólogo o lexicógrafo. Destacaremos que, con la conocida reforma, se han programado títulos más bien generalistas, que se pueden complementar con estudios de postgrado para conseguir una especialización. No obstante, según constató Valero-Garcés en el IV Congreso Vigo 2009, Traducir en la frontera, celebrado del 8 al 10 de octubre del 2009, una búsqueda en los planes de estudios de las diferentes universidades españolas que ofrecen estudios en traducción e interpretación demuestra que son muchas las universidades que empezaron el nuevo grado durante el curso 2009-2010 ofertando asignaturas enfocadas a la formación en ISP. Es el caso de la Universidad Pontificia de Comillas, El CES Felipe Segundo (que depende de la Universidad Complutense), la Universidad Europea de Madrid, la Universidad Autónoma

de Madrid, la Universidad de Alcalá, la Universidad Autónoma de Barcelona, la Universidad de Vic, la Universidad Pompeu Fabra, la Universidad Jaume I, la Universidad de Vigo, la Universidad de Granada, la Universidad de Salamanca, la Universidad de las Palmas de Gran Canaria y la Universidad de Murcia.

Así, la formación en ISP se ofrece mediante asignaturas o itinerarios de especialización dentro de los grados en traducción e interpretación, cursos de postgrado, cursos de doctorado o títulos de másteres o expertos universitarios (ya sean oficiales o propios). También se realizan jornadas y talleres relacionados con la ISP que acercan a esta realidad a sus interesados. Las universidades españolas que ofrecen una mayor especialización en ISP mediante cursos de postgrado específicos o asignaturas dentro de cursos de postgrado más generales son, concretamente, la Universidad de La Laguna, la Universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad de Alcalá.

Igualmente, cabe destacar que distintas instituciones y organizaciones realizan diversas actividades, fuera del ámbito académico, en las que se abordan temas relacionados con la ISP, lo que resulta bastante esperanzador para la consolidación de dicha profesión.

Sea como fuere, Taibi y Martín (2006) denuncian que el tiempo de las formaciones en España es, generalmente, demasiado corto para combinar aspectos teóricos y prácticos, y tratarlos de manera adecuada.

Como comentario esperanzador, destaca el de Martín (2014). La autora asegura que desde octubre de 2013 se encuentra en vigor la Directiva 64/2010 de la UE sobre el derecho a traducción e interpretación en los procesos penales. Dicha directiva prevé un sistema de acreditación para garantizar la calidad y profesionalidad en la interpretación en este sector, lo que, según la autora, podría llegar a trasladarse a otros ámbitos públicos.

Por lo que respecta al ámbito catalán, cabe insistir en que la formación en ISP es una realidad muy reciente. El primer curso de formación en ISP en Cataluña fue el *Curs d'Iniciació a la Interpretació en els Serveis Públics* celebrado por primera vez en el año 2004 en la Universitat de Vic.

No obstante, cabe destacar que diferentes organismos imparten cursos de formación dirigidos a los profesionales de la interpretación con los cuales éstos se familiarizan con la realidad de tal práctica dentro de ámbitos específicos de la Administración. Es el caso de los departamentos de Interior y Justicia, que exigen que las empresas que trabajan con ellos sigan un plan de formación orientado a la interpretación judicial. Asimismo, se imparten cursos de formación orientados a adquirir conocimientos específicos de ámbitos concretos de la administración, así como formaciones relacionadas con las diferentes figuras que ejercen funciones de interpretación.

Por otra parte, el plan de inmigración del Departamento de Salud prevé un proyecto de formación de mediadores interculturales financiado por la Obra Social La Caixa. Este curso, se estuvo realizando gracias a los esfuerzos del Institut d'Estudis de la Salut. Tenía una duración de dos años, en los cuales se impartían clases teóricas en las que se trataban temas como la inmigración y el multiculturalismo, la antropología médica, el sistema sanitario, la interpretación lingüística o la mediación intercultural y la identidad profesional. Igualmente, se realizaban prácticas en centros sanitarios.

Asimismo, existe una serie de entidades que imparten cursos especializados en mediación intercultural en el ámbito de la salud, como es el caso de la Fundació SER.GI y La Formiga.

Por último, destacaremos que el Grupo de Investigación MIRAS del Departamento de Traducción e Interpretación de la UAB, con el apoyo del Departamento y la Facultad de Traducción e Interpretación, de la Dirección general para la Inmigración de la Generalitat de Cataluña y de Linguamón-Casa de las Lenguas impartió, durante el curso 2011-2012, la primera edición del Curso de Especialización en Interpretación en los Servicios Públicos en Cataluña. Dicho curso tuvo como objetivo principal el de proveer a sus participantes con los conocimientos teóricos y las técnicas necesarias para ejercer de enlaces lingüísticos y culturales entre los profesionales de la Administración y la población inmigrada en los ámbitos sociosanitario y judicial en Cataluña.

Este curso de especialización fue ideado para ofrecerse anualmente. Inicialmente, se concibió con la idea de que, en cada edición, cubriera combinaciones lingüísticas diferentes. En esta primera edición, se ofertó en chino mandarín, árabe marroquí, rumano, inglés y francés. Esto se debe, por una parte, a que Marruecos, Rumanía y China se encuentran entre los primeros países con más población residente en Cataluña y, por otra parte, a que el inglés y el francés son lenguas vehiculares para la inmigración, además de ser cooficiales en algunos países, por lo que tienen un uso bastante extendido en los servicios públicos catalanes. No obstante, ante la escasez de alumnos preinscritos, dicho curso no se pudo continuar el curso 2012-2013, como tampoco en el curso 2013-2014 y 2014-2015. Ante dicha situación, para el curso 2013-2014, MIRAS ofreció un total de tres cursos de formación en ISP. Dichos cursos tuvieron una duración de 10 horas y se especializaban en las siguientes materias:

- Interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario
- Interpretación en los servicios públicos en el ámbito judicial
- Interpretación en los servicios públicos telefónica y por videoconferencia

En la actualidad, la Universitat Autònoma de Barcelona imparte el Máster en Traducción Jurídica e Interpretación Judicial, compuesto por un postgrado en traducción jurídica y un curso de formación en interpretación judicial, los cuales se pueden cursar por separado.

### 1.4.2. La formación en Interpretación en los Servicios Públicos en Canadá y Quebec

Como veíamos anteriormente, Canadá cuenta con diferentes vías de acreditación de profesionales de la ISP para el ámbito judicial y el sanitario. De este modo, en el ámbito judicial, las acreditación de profesionales de la ISP viene de manos de instituciones como el Canadian Translators, Terminologists and Interpreters Council (CTTIC), la Association of Translators and Interpreters of Ontario (ATIO) y el Ministry of the Attorney General de Ontario, mientras que en el ámbito sanitario se encargan la Healthcare Interpretation Network (HIN) y la Association of Visual Language Interpreters of Canada (AVLIC). Sin embargo, cabe señalar que el Canadian Translators, Terminologists and Interpreters Council (CTIC), apunta que las únicas categorías reconocidas por los organismos provinciales de reglamentación de dichas profesiones (ATINE, CTINB, OTTIAQ, ATIO, ATIM, ATIS, ATIA y STIBC) y, por lo tanto, reconocidas por el propio CTIC, son los de traductor admitido (traducteur agréé), terminólogo admitido (terminologue agréé), intérprete de conferencias admitido (interprète de conférence agréé) e intérprete judicial admitido (interprète judiciaire agréé). Así, si tenemos en cuenta que Canadá considera la interpretación judicial como una variedad de la interpretación distinta de la ISP, vemos como la realidad que estudiamos no está reconocida por el CTIC, con lo que sus procedimientos de formación y acreditación no cuentan con su aprobación. Aun así, es digno de mención que la OTTIAQ atribuyó, el 30 de noviembre del 2010, el premio *Mérite OTTIAQ* a Isabelle Hemlin, por su trabajo en el campo de la ISP, con lo que la Orden reconoce por primera vez la importancia de la ISP para la sociedad quebequense. Igualmente, cabe destacar que la OTTIAQ reconoce entre sus intérpretes admitidos a Suzanne Villeneuve como la primera intérprete admitida en lengua de signos quebequense, otro mérito en el ámbito de la ISP. Igualmente, en su último congreso, titulado *Horizon innovation: Nouvelles réalités, nouvelles pratiques*, celebrado el 31 de octubre y el 1 de noviembre en Montreal, la organización incluyó un taller titulado *L'interprétation dans tous ses états*, en el cual se presentaron avances de la presente investigación en una primera parte titulada *Interprétation en milieu social (IMS)*, seguida de una segunda parte titulada *Interprétation et service de relais vidéo (SRV)*, en la que Parisot y Villeneuve se centraron en los servicios de interpretación visual de Quebec. Todo ello contribuye a la toma de consciencia de la importancia de la ISP en territorio quebequense.

Industry Canada (2007) esboza una imagen general de la formación disponible en ISP en territorio canadiense. Antes de entrar en detalle en las diversas opciones formativas en ISP, asegura que los intérpretes de conferencias, los intérpretes judiciales y los traductores certificados por una orden profesional provincial o asociación reconocida, también pueden ejercer como profesionales de la ISP en Canadá. Sin embargo, al parecer, estos no cubrirían toda la demanda de ISP que se genera en el país.

De acuerdo con Industry Canada (2007), en Ontario, el Ministerio de Ciudadanía e Inmigración ha elaborado, de manera conjunta con algunas organizaciones sin ánimo de

lucro, dos herramientas de evaluación: la *Cultural Interpreter Language and Interpreting Skills Assessment Tool* (CILISAT) y la *Interpreter Language and Skills Assessment Tool* (ILSAT), que se han extendido por todo el país, hasta el punto en que se han llegado a convertir en un requisito de entrada para algunos programas formativos en ISP. Además, diversas organizaciones como la Comisión de inmigración y del estado de refugiado de Canadá, el Banco Interregional de Intérpretes de Montreal, el Banco de Intérpretes del Palacio de Justicia de Montreal, y diferentes empresas del ámbito privado tienen sus propios sistemas de evaluación en ISP judicial o médica.

Como expone Industry Canada (2007), en el Canadá anglófono, la formación en ISP viene de manos de centros de formación profesional. En cambio, en Quebec, la Facultad de Educación Permanente de la Université de Montréal ofrece formación en ISP. Aunque en 1994, según Hemlin y Clarke (2006), los CEGEP de Hull y Bois-de-Boulogne trabajaron conjuntamente con la Agencia de Montreal para desarrollar un programa de formación profesional de 500 horas de duración en ISP, la Comisión de formación profesional decidió que el mercado laboral no ofrecía un volumen de trabajo suficiente como para justificar dicha iniciativa. Más tarde, en mayo del 2013, el Dawson College emprendió, en colaboración con el Montreal Children Hospital, un programa formativo en ISP en el ámbito sociosanitario.

De acuerdo con Industry Canada (2007), la duración de las formaciones profesionales en ISP varía, aunque la media se ubica en unas 180 horas, y se centran en interpretación médica o judicial.

Con todo, se observan cursos formativos en ISP ofertados por diferentes entidades formadoras a lo largo del país, como: Vancouver Community College (en Vancouver, Columbia Británica), Bow Valley College (en Calgary, Alberta), Winnipeg Region Health Authority (en Winnipeg, Manitoba), Nunavut Arctic Collège (en Nunavut), Kativik School Board (en Inukjak, al Norte de Quebec), Seneca College (en Toronto, Ontario), Multicultural Community Interpreter Service (en North York, Ontario), Across Languages (en London, Ontario), Cultural Interpreter Services for Our Communities (en Ottawa, Ontario), Université de Montréal y Dawson College (en Montreal, Quebec).

## **Capítulo 2: La Interpretación en los Servicios Públicos en el ámbito sanitario**

Como apunta Valero-Garcés (2014), el derecho a entender y ser entendido en un contexto sociosanitario es un derecho inalienable reconocido, a nivel internacional, por la Declaración de los derechos humanos. En las nuevas sociedades multiculturales, el acceso a los servicios públicos del ámbito sanitario se ve condicionado por la capacidad de comunicación de los individuos. Así, la autora constata que, aunque un profesional de la salud sea elevadamente competente, su trabajo servirá de poco si no ha podido abrir un canal de comunicación efectivo con el paciente. Aunque no podemos negar que la ISP está ganando relevancia social, para que ésta pueda prosperar, es necesario que ambas partes del acto comunicativo reconozcan la importancia de la interpretación para su total comprensión. Para ello, se necesita concienciar a la sociedad de la necesidad de la profesionalización de esta práctica, promotora de la comunicación efectiva. Asimismo, es menester formar al personal sanitario para el trabajo con intérpretes, con el objetivo de que éstos reconozcan la necesidad de un intérprete profesional que garantice una óptima comunicación entre las partes y, al mismo tiempo, sepan cuál es la manera de proceder en los casos en que la situación requiera el trabajo con un intérprete. De igual manera se precisa consensuar una serie de códigos y regulaciones que aseguren la calidad de dicha práctica.

Es altamente probable que se den situaciones de incomunicación, a pesar de los esfuerzos de ambas partes. Según Valero-Garcés (2014), cuando el profesional de la salud y el paciente no comparten la misma lengua y la misma cultura, se originan lagunas de orígenes muy diversos: pueden surgir a raíz de una falta de vocabulario o incluso de conceptos, del uso de demasiada palabrería o de un vocabulario demasiado formal, de una escasez de información, la aparición de temas que desvían la atención de la conversación en contexto sanitario, la existencia de diferentes maneras de exponer las características del problema de salud o incluso la existencia de tabús o diferencias en lo que se considera (o no) enfermedad.

López Izquierdo *et al.* (2007) señala que los problemas originados por una falta de comprensión (lingüística o cultural) entre el profesional de la salud y el usuario alófono pueden incluir:

- Dificultades para definir el motivo de la consulta.
- Pérdidas de matices durante la comunicación.

- Dudas sobre la conformidad (o disconformidad) del paciente.
- Dudas del profesional de la salud en referencia a la manera de enfocar el problema.
- Falta de confianza por parte del paciente hacia todo aquél que no habla su idioma.
- Necesidad de alargar el tiempo de las consultas.
- Dificultades a la hora de explicar diagnósticos y tratamientos.
- Respuestas emocionales negativas por parte del profesional de la salud y del paciente.

Munoz y Kapoor-Kohli (2007) aseguran, en base a lo expuesto por Bowen (2001) y Stuart, Minas, Klimidis y O'Connell (1996), que los problemas de comunicación pueden acarrear las siguientes repercusiones a los servicios de salud:

- Experiencia frustrante para el usuario y el profesional de la salud
- Errores en los diagnósticos
- Pruebas, medicamentos y hospitalizaciones innecesarias o mal programadas
- Bajo uso de los servicios de salud (especialmente de los servicios de psiquiatría y servicios preventivos).
- Gestión inadecuada de enfermedades crónicas
- Problemas medicolegales (debidos a una falta de respeto de los principios de confidencialidad o de consentimiento informado)
- Múltiples consultas por un mismo problema

Así pues, ante la existencia de trabas en la comunicación, se precisan soluciones que, en su mayoría, requieren de una tercera persona que actúe de nexo facilitador de la comunicación, como es el caso en ISP. No obstante, otras maneras de saltar la barrera de comunicación entre el profesional de la salud y el usuario alófono incluyen el uso de una tercera lengua común o el recurso a material escrito en diversos idiomas, entre otros. La ISP se presenta como una de las soluciones al problema de incomunicación existente entre pacientes de origen extranjero (que no dominan las lenguas del país de acogida) y profesionales de la salud autóctonos. Sin embargo, de acuerdo con Valero-Garcés (2014), cuando un usuario alófono recibe atención sanitaria en ausencia de un profesional de la ISP, la comunicación puede acontecer de diversas maneras (en función de las lenguas utilizadas). La autora distingue entre consultas monolingües y consultas bilingües. Las consultas monolingües se pueden celebrar entre un profesional de la salud que habla la lengua mayoritaria y un usuario que apenas habla dicha lengua o entre un

profesional que habla alguna lengua diferente a la mayoritaria y un usuario que habla dicha lengua pero no la mayoritaria. Las consultas bilingües, en cambio, se realizarían ya sea entre un profesional de la salud de habla mayoritaria y un usuario que no domine la lengua mayoritaria, con la ayuda de un acompañante adulto; o entre los dos primeros, con la ayuda de un acompañante menor de edad. Valero-Garcés (2014) se basa en Neuliep (2009) para destacar que si bien el lenguaje verbal presenta el contenido de un mensaje, el no verbal comunica cómo debería de interpretarse dicho mensaje, de manera que complementa, acentúa, substituye, repite o incluso contradice el mensaje transmitido verbalmente. Tras ello, repasa las diferencias que pueden experimentar las partes de la comunicación intercultural en el ámbito sanitario, tanto a nivel de comunicación verbal como en la comunicación no verbal. Explicita que algunos elementos paralingüísticos (como son el tono, la intensidad vocal, la entonación, la fluidez o los silencios) pueden afectar la comunicación. Del mismo modo, subraya la existencia de diferencias kinésicas, que también pueden influir en la comprensión entre el médico y el paciente, pues los gestos tampoco son universales. Lo mismo ocurre a nivel proxémico, puesto que el uso del espacio personal difiere de una cultura a otra. Con todo, resulta evidente que la ausencia de servicios de este tipo supone una elevada falta de comunicación, de manera que en las consultas en las que se carece de ISP se suele invertir más tiempo hablando a los pacientes, con menos posibilidades de obtener información de estos últimos, de manera que a menudo los servicios ofertados acaban resultando insuficientes para el problema tratado. Las consecuencias de este tipo de visitas son muy amplias e incluyen el abandono de tratamientos, sentimientos de inseguridad o incluso desconfianza en el sistema médico, la falta de compromiso con las revisiones y demás visitas médicas, etc.

Cabe considerar que, según afirma Valero-Garcés (2014), la relación entre el profesional de la salud y el paciente también ha sufrido cambios, de manera que de un acercamiento paternalista, en el que era el profesional de la salud quien decidía lo que era mejor para el paciente, se ha pasado a un acercamiento más abierto, en el que el paciente tiende a plantear sus preguntas y a solicitar información de calidad. Dicho cambio puede haberse visto promovido por la facilidad de comunicación que supone el recurrir a este tipo de servicios. Aun así, Candlin y Candlin (2003) revelan que hay una extendida falta de profesionales de la ISP cualificados en el sector sanitario, lo cual catalogan de mal endémico, pues, como hemos visto, causa graves repercusiones pragmáticas, éticas, clínicas e ideológicas. Es por ello que Cambridge (2003) defiende que un servicio multilingüe y multicultural en el ámbito sanitario necesita de intérpretes profesionales, que hayan seguido una formación específica en la materia y sean de fácil acceso y de manera gratuita para el paciente. De hecho, además de las conversaciones triangulares en las que interviene el profesional de la ISP, existen otras tareas que le son propias y cuyo inadecuado cumplimiento puede acarrear consecuencias nefastas. Existen trámites y documentos administrativos y judiciales de especial trascendencia que pueden conllevar daños irreparables si el servicios de ISP ofertado no es de calidad y que, por lo tanto, exigen unos servicios de traducción e interpretación profesional. En ocasiones, los pacientes inmigrantes, usuarios de los servicios de ISP, pueden tener necesidades jurídicas inmediatas que deben igualmente ser tratadas y reconducidas mediante la

intervención del profesional de la ISP, como es el caso de los enfermos terminales, en el caso de que quieran tramitar rápidamente temas relacionados con herencias o incluso con su última voluntad. Otro ejemplo de esto sería el caso de los módulos judiciales, en los que se puede dar el caso de que algún preso tenga que resolver algún aspecto de su situación penitenciaria.

En relación con lo anterior, Valero-Garcés (2014) destaca cuatro de los factores que condicionan la calidad de la comunicación en una visita médica trialógica:

- Desconocimiento por parte del personal sanitario sobre las profesiones de traductor, intérprete y mediador: Los profesionales de la salud utilizan indistintamente los términos “traductor”, “intérprete” y “mediador”, a raíz de la extendida falta de conocimiento sobre dichas profesiones. Esto lleva a que, a menudo, se utilicen dichos términos para referirse a aquellas personas que, sin formación alguna en la materia, intervienen de intermediario en las consultas médicas.
- Falta de profesionalidad por parte de los intermediarios que hacen las veces de profesionales de la ISP (formación adecuada, aplicación de códigos éticos...). La autora se basa en Cambridge (2002) para enumerar algunos de los rasgos que diferencian a una persona bilingüe de un traductor o intérprete:

Bilingüe	Traductor/Intérprete
Posible falta de fluidez en una de las lenguas.	Necesaria fluidez en ambas lenguas.
Interviene con comentarios personales, opiniones, etc.	Facilita la comunicación entre dos interlocutores.
No existe código de conducta alguno ni principios personales.	Debe seguir el código ético propio de la profesión.
No necesita preparación para actuar de intermediario. El mensaje puede ser incompleto (puede olvidar u omitir partes).	Debe conocer la terminología especializada y las estrategias necesarias para emitir un mensaje fiel al original.
No necesita formación.	Requiere formación.
Puede ser influenciado por factores externos (compasión, alegría, familiaridad...) a la hora de transmitir el mensaje, con lo que la restitución podría dejar de ser objetiva, introducir comentarios personales, puntos de vista, etc.	Proporciona información exacta adaptada a la nueva realidad, alejada de cualquier consideración personal.

**Tabla 4. Diferencias entre personas bilingües y traductores e intérpretes profesionales. Adaptado de Valero-Garcés (2014).**

Como vemos, los traductores e intérpretes han recibido una formación específica que los dota de habilidades que van más allá del mero dominio lingüístico y cultural. A menudo se recurre a acompañantes o miembros del personal sanitario “bilingües” para facilitar la comunicación del personal sanitario con usuarios alófonos. Frecuentemente estas personas hacen frente a encargos que superan sus capacidades lingüísticas y culturales y, a menudo, en el caso de los profesionales de la salud, dichos encargos se suman a los propios de su profesión, sobrecargándolos de trabajo y haciéndoles desatender, en ocasiones, encargos que les son más propios según su perfil profesional.

Según la autora, el recurso a traductores e intérpretes profesionales garantiza que la comunicación no se vea reducida a un nivel básico o al uso de gestos, que los profesionales sepan cómo emitir mensajes para que sean comprendidos por los usuarios, que haya un mayor contacto entre los profesionales de la salud y las minorías lingüísticas y que se reduzca el riesgo profesional en el ámbito sanitario, de manera que aumente la calidad del trato a pacientes inmigrantes.

- Desconocimiento por parte de las instituciones sanitarias sobre cuándo se necesita un profesional de la comunicación.
- Falta de cooperación y de trabajo en equipo a la hora de tomar medidas que faciliten la comunicación.

Esta falta de profesionalización y el desconocimiento acerca de la ISP a los que aludimos en este apartado origina, de acuerdo con Hale (2007), toda una gama de prácticas desiguales que crean confusión entre los usuarios y los profesionales de la salud acerca del rol del intérprete. Cuando esto ocurre, según comenta Toledano Buendía (2010), el rol del intérprete se llega a solapar, en algunos aspectos, con el de otros miembros del personal sanitario (personal de enfermería, etc.) con cierta competencia lingüística. Además, de acuerdo con la autora, los intereses de los interlocutores que ostentan el poder (en el ámbito sanitario, los profesionales de la salud) acaban condicionando la manera de actuar del intérprete.

Según Cambridge (2002), el intérprete en los servicios públicos del ámbito sanitario debe actuar de *alter ego* de los interlocutores, transfiriendo el mensaje original sin cambios, omisiones, añadiduras ni juicios personales, a menos que se puedan dar malentendidos debidos a las diferencias entre culturas, en cuyo caso podrá realizar aclaraciones culturales. Para ello, el intérprete ha de tener una competencia bicultural, es decir, un conocimiento máximo de ambas culturas, para poder establecer la comunicación entre las partes de una manera satisfactoria para ambas. A esto se refiere Alonso Araguás (2006) cuando señala que el traductor e intérprete en los servicios públicos no se limita a traducir palabras, sino contextos y peculiaridades culturales que están en el trasfondo de la comunicación, por lo que necesita una competencia cultural específica que le permita servir de puente entre culturas.

Navaza, Estévez y Serrano (2009) distinguen entre tres prácticas observables en la comunicación con personas alófonas en el ámbito sanitario: la interpretación presencial, la interpretación telefónica y el uso de software multilingüe interactivo.

En lo que respecta a la interpretación presencial, Navaza, Estévez y Serrano (2009) explican que tras explicar su labor, el profesional de la ISP emprende la labor interpretativa, facilitando la comunicación entre el profesional de la salud y el usuario alófono. En caso de posible malentendido cultural, éste advierte de ello a cada uno de los interlocutores y emplea las estrategias pertinentes para saltar la barrera cultural.

Según Kelly (2008), la interpretación telefónica puede cubrir aquellas situaciones de incomunicación en el ámbito sanitario en las que es difícil disponer de un intérprete presencial. Esta es una opción muy viable, por ejemplo, para aquellas veces en las que el profesional de la salud tiene que contactar por vía telefónica con un usuario alófono para darle alguna información o instrucción concreta. Igualmente, es muy recomendable para los procesos de solicitud de citas, registros y otras situaciones comunicativas en las que no se requiere la intervención de un especialista. De acuerdo con Kelly (2008), los profesionales de la salud que hacen prevalecer la interpretación telefónica, lo hacen dado que, a pesar de tratarse de una comunicación triológica, la ausencia del intérprete en persona hace que dicha intervención resulte más dual. Cabe destacar también que en determinadas situaciones se desaconseja el recurso a la interpretación telefónica, dadas las características de la interacción. Algunos ejemplos de ello son las largas intervenciones, el comunicado de malas noticias, las explicaciones que requieren demostraciones, conversaciones alejadas de un terminal de teléfono, etc.

## **2.1. La ISP en el ámbito sanitario en el mundo**

Navaza, Estévez y Serrano (2009) describen de manera sucinta el panorama mundial de la ISP en el ámbito sanitario, incidiendo en aspectos característicos de los países más representativos. A partir de su descripción, a continuación presento una breve panorámica de la situación actual de la ISP en el ámbito sanitario a nivel internacional:

- **Australia**

Previamente a la creación de la NAATI, Sidney ya contaba con un servicio de intérpretes para atender necesidades médicas, que más adelante originó el New South Wales Health Care Interpreter Services.

- **Canadá**

Además de un sistema de acreditación de intérpretes, tiene un gran interés investigador, con la organización que se ha convertido en referente internacional en este ámbito: Critical Link.

- Estados Unidos

Aunque la interpretación judicial está más desarrollada, existen acreditaciones a nivel estatal en Washington y Oklahoma, así como asociaciones de intérpretes en hospitales de renombre, como la Asociación de intérpretes Médicos de California (CHIA) o la Asociación de Intérpretes Médicos de Massachusetts (MMIA), que pasó a ser la primera asociación internacional de intérpretes médicos (International Medical Interpreters Association, IMIA). Igualmente, destacan proyectos como el Speaking Together, que agrupa 10 hospitales estadounidenses con altos porcentajes de usuarios inmigrantes con el fin de mejorar la disponibilidad y la calidad de sus servicios de ISP.

- Reino Unido

La ISP tuvo su punto más álgido en el Reino Unido durante los años 60 y 70, con la llegada de inmigrantes originarios de las antiguas colonias de la Commonwealth. En 1983, el Institute of Linguistics empieza a formar profesionales de la ISP en el marco del Community Interpreter Project. Igualmente, se crea el National Register of Public Service Interpreters (NRPSI Ltd.), con tal de acreditar a los profesionales de la ISP.

- Países Nórdicos

En Noruega, en 1997 se crea el registro nacional de intérpretes bajo la dirección del Directorado Noruego de la Interpretación y la Diversidad, para garantizar las competencias de los profesionales de la ISP.

En Suecia, desde 1975 la ley reconoce el derecho de los alófonos a contar con servicios de ISP para comunicarse en los servicios públicos. Además, El Instituto de Estudios de Traducción e Interpretación de la Universidad de Estocolmo tiene formación en interpretación médica desde los 90.

Por último, destaca el Convenio de las Lenguas Nórdicas de 1987, según el cual, los ciudadanos de Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia tienen derecho a usar su propia lengua en los servicios públicos de dichos países.

- Francia

En 1970 se fundó la organización Inter Service Migrants (ISM) Intérpretariat, que abastece de servicios de ISP a los ámbitos social, sanitario y educativo, de manera que es el servicio público quien sufraga los costos.

- Italia

Predomina la figura del mediador lingüísticocultural, promovida por programas emprendidos por parte de los ministerios de Interior y de Sanidad. Estos son contratados por ONG y asociaciones o por los propios servicios públicos. Entre

las ONG, destaca la ONG Cospe, que se encarga de la formación de profesionales de la ISP y constituye un servicio organizado de ISP.

- Alemania

En los años 90, algunas organizaciones sin ánimo de lucro originaron centros de medicina intercultural en Hannover y Múnich, que actualmente disponen de unos 200 intérpretes. Igualmente, algunos hospitales tienen sistemas de ISP internos.

- Suiza

Las ONG han promocionado el interés por la ISP, particularmente en el ámbito sanitario. La estrategia Migración y salud 2008-2013 prevé la creación de un certificado federal para la ISP.

- Bélgica

Predomina la figura del mediador intercultural, la cual está bien definida, sobre todo en el ámbito sanitario. El Ministerio federal de sanidad cuenta con una unidad de servicios de mediación intercultural para los hospitales, de manera que, desde 1999, pueden solicitar servicios de ISP al Ministerio.

Igualmente, los autores ponen de manifiesto la importancia del proyecto Hospital Amigo del Inmigrante, que recoge un grupo de hospitales de 12 países europeos (uno de ellos español, el Hospital Punta de Europa, de Algeciras, en Cádiz). Este conjunto de hospitales firmó la Declaración de Ámsterdam, comprometiéndose a velar por la atención en situación de igualdad a la población inmigrante.

### **2.1.1. Estado actual de la ISP en el ámbito sanitario en España y Cataluña**

De acuerdo con Saura (2001), la legislación vigente en nuestro país recoge el derecho de todo inmigrante a la atención sanitaria. Así consta en documentos como la Constitución española de 1978 (artículo 43), la normativa de la Unión Europea en materia sanitaria o la Ley de Extranjería (Ley Orgánica 4/2000). Aun así, no queda amparada la necesidad de servicios de ISP en los documentos citados, lo que dificulta el acceso de la población inmigrada a unos servicios sanitarios en plano de igualdad. Esto lleva a que se adopten soluciones muy dispares, que no siempre son las mejores para la comunicación entre el inmigrante y la Administración. Sea como fuere, Valero-Garcés (2014) asegura que son varios los documentos legales que reconocen el derecho de todo paciente a entender y ser entendido. Entre ellos destaca la Constitución española, la Ley orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, la reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, en referencia a los derechos y libertades de los extranjeros en España y su Integración Social y la ley actual de cuidados de salud (Ley 41/2002).

Cabe recordar que la ISP se suele caracterizar por la delicadeza de los temas tratados, pues están relacionados con temas de bastante repercusión para la persona que precisa de tales servicios, como son los laborales, legales o de salud. Por ello, el hecho de no disponer de servicios de ISP de calidad puede afectar a la intimidad personal del individuo que precise de ellos, aspecto amparado por el artículo 18 de la Constitución Española, donde se protege a la persona contra cualquier intromisión ilegítima contra la intimidad. Por este motivo, y en la línea de lo que constatan autores como Sandrelli (2002), la práctica del profesional de la ISP debe contar con un esmerado código deontológico, que incluya el necesario secreto profesional, para respetar, con ello, la privacidad de los datos, según lo anunciado en el art. 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, donde se establece que:

*Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente.*

Así, cualquier profesional de la ISP, en su quehacer diario (por ejemplo, a la hora de intervenir en una visita médica), adquiriría una serie de datos sobre la salud del paciente. Dado que dicha situación no se encuentra amparada por el secreto profesional, esto podría violentar lo anunciado en la ley anteriormente descrita y, por ende, suponer un atentado a la intimidad, puesto que no se contaría con el consentimiento expreso del paciente en el conocimiento de esos datos íntimos.

Las soluciones adoptadas en el ámbito sanitario español para paliar los problemas de incomunicación entre la población alófono y los prestatarios de servicios públicos suelen pasar por toda clase de soluciones *ad hoc*. En pocas ocasiones se opta por la interpretación profesional, aunque se está aunando en esfuerzos en pro de su generalización. Las diferentes soluciones observadas recogen:

- Comunicación en un español básico (apoyado en muchas ocasiones por gestos o dibujos)
- Implicación de personas del entorno del paciente
- Uso de material escrito en diferentes idiomas
- Recurso a personal del centro conocedor de las dos lenguas necesarias para garantizar la comunicación
- Recurso a voluntarios
- Servicios de ISP

En la mayor parte de los hospitales españoles, por lo general, se les suele pedir a los pacientes que vayan acompañados por alguien que les pueda ayudar a saltar esta barrera lingüístico-cultural, a no ser que el centro disponga de personal conocedor del

idioma del paciente o de voluntariado procedente de alguna ONG. En el mejor de los casos, se recurre a pedir ayuda al consulado o embajada pertinente para que les envíe una persona capaz de facilitar la comunicación. Debido a la falta de intérpretes profesionales, en ocasiones, la indudable necesidad de comprensión, que se llega a reconocer como derecho para el usuario en nuestra legislación vigente, pasa a ser un acto que depende de la mera buena voluntad de quien ejerce la interpretación. De hecho, tal y como señalan Navaza, Estévez y Serrano (2009), a menudo los profesionales de la ISP acceden a trabajar en los servicios sanitarios por medio de universidades, ONG o asociaciones, con contratos de prácticas, frecuentemente no remuneradas, que tienen una duración determinada (de unos meses) y ninguna esperanza de continuidad laboral, a no ser que sea mediante proyectos y financiaciones externas. Igualmente, los autores destacan las iniciativas privadas tomadas a cabo por entidades privadas en pro de la inclusión del mediador intercultural en el ámbito sanitario. Asimismo, recuerdan que numerosas ONG (como el Grupo Triángulo, la Fundación Ceimigra, la ONG CIMME, Cruz Roja, o Médicos del Mundo) cuentan con servicios de ISP en el ámbito sanitario, al igual que algunos hospitales, que han tomado medidas en el asunto. Igualmente, destacan que algunas comunidades autónomas y ayuntamientos han insertado entre sus trabajadores el perfil de mediador cultural. Ejemplo de ello son las becas convocadas anualmente en la Comunidad Valenciana o los servicios de mediación intercultural de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

González (2008), da constancia de los problemas de comunicación existentes en el trato sanitario a inmigrantes, los cuales incomodan a los pacientes y, en ocasiones, llegan a afectar el estado de salud de algunos de ellos. Este estudio demostró que en la actualidad, en nuestro país, se está violando el principio de confidencialidad, uno de los más importantes de la profesión del intérprete en los servicios públicos. Esta afirmación surge a partir del sentimiento general en la población estudiada de encontrarse más respaldada en compañía de un familiar, en cuyas circunstancias, la información proporcionada a lo largo de la visita médica deja de ser confidencial para ser compartida con el acompañante del paciente. Se subraya también el desconocimiento del derecho que estas personas tienen a exigir los servicios de un intérprete, con lo que se puede deducir la necesidad de una concienciación por parte de los gobiernos tanto locales como nacionales, ya no sólo para afianzar la profesión como tal, sino para defender los derechos de sus administrados.

En otro orden de cosas, cabe mencionar que los proveedores de servicios públicos también se ven obligados a adaptarse al cambio que sufren las sociedades en las que trabajan. Esto implica adaptarse a las necesidades de una sociedad multicultural. Sin embargo, gran parte de los profesionales de la salud opina que esta comprensión podría igualmente ser facilitada por personas no especializadas en la materia, como familiares o conocidos del interesado que sean bilingües o trabajadores de la administración con conocimientos básicos de la lengua de trabajo, sin necesidad de recurrir a un intérprete profesional. No obstante, esta es una idea equivocada, puesto que la interpretación no se trata simplemente de un conocimiento de lenguas, implica también el conocimiento de las dos culturas involucradas, con todo lo que ellas conllevan, como costumbres, creencias,

derechos, deberes, etc. En la otra cara de la moneda se encuentran los profesionales de la salud (cada vez más numerosos) que ponen de manifiesto la necesidad de actuar frente a la dificultad que supone el atender a usuarios que no dominan las lenguas oficiales de nuestro país. El informe de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria del 2002 menciona ya la necesidad de dar solución a los problemas de comunicación entre profesionales de la salud y pacientes extranjeros. No obstante, no siempre se asocia dicha solución a la implantación de servicios de ISP y, en ocasiones, se plantean soluciones por otras vías. Así, el personal sanitario se esfuerza por adaptarse a la situación de la mejor manera posible, y la comunicación entre éstos y los recién llegados (o incluso aquellos inmigrantes que llevan tiempo entre nuestras fronteras pero no dominan nuestro idioma) se produce, por lo general, a través de gestos, dibujos, recursos informáticos como los ofrecidos por el Universal Doctor Project y terceras personas, lo que, en ocasiones, lleva a pérdidas de información y dificulta la comprensión. Asimismo, tal y como indica González (2008) a veces se ven forzados a guiarse simplemente por su intuición o por los síntomas que aprecian en los pacientes, lo que puede llegar a acarrear serios problemas debidos a un diagnóstico erróneo. Esto puede causar, a largo plazo, una pérdida de interés por la comunicación que lleve a incrementar las pruebas diagnósticas para evitar problemas legales, antes que dar nada por entendido. Es por ello que el trabajo con intérpretes se hace necesario también desde el punto de vista de los profesionales de la salud, que en ocasiones no le dan la importancia que merece, ya que a menudo buscan una comprensión rápida para proseguir con su trabajo, sin tener en cuenta la eficacia de la comunicación. En una situación ideal, la prestación de servicios públicos a personas de diferentes culturas tendría que ser la misma que cuando el proveedor y el receptor de estos servicios comparten lengua y culturas, y esto sólo es posible con la ayuda de un intérprete que les facilite la comunicación saltando toda barrera lingüística y cultural.

Para que el trabajo del intérprete en los servicios públicos sea idóneo, los profesionales de la salud y demás proveedores de servicios públicos deben aprender a trabajar con un intermediario lingüístico y cultural. Esto sería posible mediante un proceso de formación en el que se adquiriesen una serie de habilidades que ayuden a garantizar una comunicación ideal. Dicho proceso les permitiría comprender mejor tanto el trabajo del intérprete como la comunicación con sus usuarios, así como familiarizarse con aspectos culturales y de estatus social de los mismos. De este modo, los profesionales de la salud podrían trabajar con los servicios de ISP sin caer en imágenes estereotipadas. Cabe mencionar que, según las conclusiones a las que llegó González (2008), los profesionales de la sanidad se muestran, por lo general, abiertos a recibir una formación específica que les permita trabajar de una manera más apta a este nuevo tipo de sociedad multicultural.

Navaza, Estévez y Serrano (2009) aseguran que en el ámbito sanitario español, la figura del mediador intercultural está ganando adeptos, en detrimento de la del intérprete. A este respecto, los autores argumentan que la mediación intercultural y la interpretación se pueden considerar disciplinas diferentes, aunque complementarias e incluso

interdependientes en consultas médicas con interlocutores etnoculturalmente diferentes. Así, explican que del mismo modo que el mediador intercultural necesita conocimientos lingüísticos y habilidades en traducción e interpretación, el intérprete recurre a sus conocimientos de los códigos culturales para entender y pasar el mensaje de una lengua a otra.

En Cataluña, la incorporación de mediadores interculturales en el entorno sanitario permite dar una mejor atención a las necesidades de salud de las personas inmigrantes ante las barreras comunicativas que, sea por diferencias lingüísticas o incomprensiones de orden cultural, obstaculizan el desarrollo fluido del proceso de atención sanitaria.

Aparte de actividades de mediación, traducción y acogida en los centros de salud catalanes, los mediadores interculturales también juegan un papel decisivo en el desarrollo de tareas de educación sanitaria y de promoción de la salud en la comunidad.

Según apunta Ugarte Ballester (2006), en 1993 se empezaron a promover políticas de inmigración mediante los *Plans interdepartamentals d'immigració* (1993-2000, 2001-2004). Fue a raíz del segundo de ellos que se empezaron a crear una serie de planes comarcales para la integración de los inmigrantes, con la intención de facilitar la asistencia a nivel local y comarcal. De acuerdo con Vargas-Urpí (2012), en 2005 se aprobó el primer *Pla de ciutadania i immigració 2005-2008*, elaborado por la Secretaria d'Immigració, el cual admitía que los servicios facilitadores de la comunicación intercultural no se habían extendido todavía en todo el territorio. Igualmente, revelaba que no se había acordado el tipo de servicios se requerían, dejando abierta la posibilidad a que estos fueran servicios de mediación intercultural, de traducción, etc., lo que dio paso a que este tipo de servicios se pasaran a denominar "servicios facilitadores de la comunicación".

Más tarde, el Departament de Salut elaboró, en 2006, el Plan Director de Inmigración y Salud (Decreto 40/2006, de 14 de marzo) (PDI). Éste describe las adaptaciones necesarias para acomodar a los servicios de salud a la nueva realidad multicultural y multilingüística originada por el fenómeno de la inmigración. Así, se centra en mejorar especialmente la acogida, la formación de los profesionales y la mediación intercultural en el ámbito de la salud. En el marco de dicho PDI (que fue derogado en el Decret 330/2011), se identificaron las necesidades de las personas inmigrantes en Cataluña en materia de servicios de salud y se elaboran una serie de propuestas para mejorar el acceso de las mismas a dichos servicios. Igualmente, de acuerdo con Vargas-Urpí (2012), entre las iniciativas tomadas en el marco de este PDI, destacan la elaboración de materiales audiovisuales de ayuda a la acogida, con la intención de promover el uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante, así como el recurso a los servicios de traducción de Sanitat Respon.

Al PDI le sucedieron el *Pacte Nacional per a la Immigració* del 2008 y el *Pla de ciutadania i immigració 2009-2012*, con un énfasis especial en la necesidad de adaptar los servicios públicos a la nueva realidad social constituida a causa del fenómeno de la inmigración.

En el ámbito sanitario catalán se ofrecen diversas soluciones *ad hoc*, entre las que encontramos intervenciones de profesionales (en su mayoría, mediadores interculturales y agentes de salud comunitarios), así como de voluntarios. Sin embargo, se observa un elevado desconocimiento de la interpretación como actividad profesional especializada, de modo que las garantías de calidad no son muy elevadas. Tal desconocimiento de la interpretación hace pensar a la mayoría de trabajadores de los servicios públicos que la traducción o la interpretación, a diferencia de la mediación, implica una elevada literalidad en el sentido negativo. Aun así, los profesionales de los servicios públicos tienden a considerar que el conocimiento de las lenguas de trabajo es suficiente para que el intermediario logre establecer la comunicación entre los interlocutores en contexto sanitario. Como consecuencia, los profesionales de ISP que trabajan en Barcelona presentan una falta de formación considerable, sufren de una indudable precariedad laboral y cuentan con unas relaciones laborales altamente inestables (Burdeus-Domingo, 2010). Estos trabajan en el ámbito sanitario ya sea contratados por empresas externas (como Eulen), gracias a contratos temporales de prácticas enmarcados en cursos formativos (como el de la Caixa) o en el marco de diferentes proyectos y subvenciones:

- Contratos con empresas externas

El Grupo EULEN, empresa nacional en la prestación de servicios generales a empresas y especialista en actividades de limpieza, seguridad, servicios auxiliares, servicios sociosanitarios, mantenimiento integral, trabajo temporal y medio ambiente, contrata mediadores interculturales que trabajan en centros sanitarios catalanes. Estos están contratados por Eulen dentro de la sección de servicios sanitarios de la empresa, enmarcados en su equipo de intervención y selección.

- Contratos temporales de prácticas enmarcados en cursos formativos

La Obra Social La Caixa, de manera conjunta con el Departament de salud de la Generalitat de Catalunya, conformó una Red de Mediadores Interculturales. Gracias a la financiación de La Caixa, se formaron promociones de mediadores interculturales en distintas ediciones de un curso formativo de mediadores sociosanitarios impartido con la colaboración del Hospital Vall d'Hebrón, quien ya contaba con experiencia en la materia gracias a los esfuerzos que, desde el año 2002, había realizado el Servicio de Psiquiatría Transcultural, prestando servicios de ISP médica a través de la ONG SURT.

- Contratos mediante proyectos y subvenciones

El CAP Drassanes (Barcelona) cuenta con un equipo de agentes de salud comunitarios. Estos son profesionales de pertenecientes a las culturas minoritarias que actúan en tres ejes: el eje sociocultural (que incluye funciones de ISP), el de la salud (con funciones sanitarias, como explicaciones de diagnósticos y tratamientos) y el de la comunidad (con el fin de fortalecerla). Este servicio se presta en el marco de un proyecto del CAP Drassanes, que se nutre gracias a

una serie de subvenciones, aunque al principio los médicos y enfermeros que trabajan en el programa comenzaron a trabajar en él de manera voluntaria (Burdeus-Domingo, 2010).

Por su parte, el Hospital del Mar emprendió un proyecto en Mediación intercultural gracias al que cuenta con mediadores interculturales de la asociación Salud y Familia (Burdeus-Domingo, 2010).

Según apuntan Navaza, Estévez y Serrano (2009), estos proyectos insisten en las competencias culturales, aunque no suelen otorgar importancia a las aptitudes en traducción e interpretación necesarias.

Por otra parte, Navaza, Estévez y Serrano (2009) describen cómo en el ámbito sanitario español se han empezado a utilizar servicios de interpretación telefónica como alternativa a la presencial. A nivel estatal, destacan los servicios de interpretación telefónica ofertados por las empresas Dualia e Interpret Solutions. En Cataluña, el servicio de interpretación telefónica forma parte de la cartera de Sanitat Respon, un servicio de información sanitaria que, desde el 2001 gestiona el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) de Cataluña. Los servicios de interpretación telefónica funcionan las veinticuatro horas del día durante todo el año y cubren un elevado número de lenguas y dialectos. Igualmente, destacan el uso del UniversalDoctor Speaker, herramienta informática de referencia en el ámbito sanitario español, que pretende ser complementaria a la ISP presencial o telefónica, ofreciendo un corpus de frases frecuentes en el contexto médico, traducidas a varios idiomas, con tal de facilitar la comunicación entre los profesionales de la ISP y sus usuarios alófonos.

En definitiva, siguiendo a Abril Martí y Martín (2011), durante los últimos 15 años se han tomado iniciativas para salvar las barreras lingüísticas en el ámbito sanitario en España, aunque, a pesar de haberse introducido modelos de mediación lingüística y cultural, siguen primando las prácticas *ad hoc* y no profesionales.

Sea como fuere, como expone Valero-Garcés (2014), cuando los servicios públicos se enfrentan a reducciones presupuestarias, los servicios de ISP suelen ser los primeros afectados, aunque la investigación en la materia haya demostrado que la ISP reduce los costes y los esfuerzos en vano realizados a menudo en contexto de salud. Hale (2007) argumenta que esto se debe a que los servicios de ISP no se perciben como necesarios.

### **2.1.2. Estado actual de la ISP en el ámbito sanitario en Canadá y Quebec**

La política de salud canadiense (*Loi canadienne sur la santé*, 1984) observa el derecho de todos los residentes en Canadá a la igualdad en el acceso a servicios de salud sin ningún tipo de barreras. En cambio, un elevado número de canadienses no tienen acceso a servicios de salud en su lengua materna. No obstante, según Farley, Guillemette y Rivest (2014), en dichos casos, el recurso a un profesional de la ISP puede constituir una

solución. Si bien estos servicios se destinan normalmente a facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud y sus usuarios alófonos, algunas provincias también recurren a ellos (aunque en menor medida) para los hablantes de una lengua oficial en situación minoritaria.

Mediante el Programa de contribución para las lenguas oficiales en salud (*Programme de contribution pour les langues officielles en santé*), el gobierno federal canadiense colabora con las autoridades sanitarias provinciales, territoriales y regionales con la finalidad de mejorar el acceso de los canadienses a unos servicios de salud de calidad en las dos lenguas oficiales del país (inglés y francés). Sin embargo, este programa no garantiza que todas las interacciones con profesionales de la salud se desarrollen en la lengua del paciente, dado que en algunos lugares la posibilidad de encontrar o formar a profesionales de la salud bilingües es reducida y, además, muchas iniciativas formativas mejoran la comprensión de los profesionales de la salud en la segunda lengua, aunque no mejoran su producción lingüística.

En Quebec, la Ley sobre los servicios de salud y servicios sociales (*Loi sur les services de santé et services sociaux*) prevé que se organicen los recursos humanos, materiales y financieros destinados a tener presentes las particularidades geográficas, lingüísticas, socioculturales, etnoculturales y socioeconómicas de las regiones del territorio y favorecer la accesibilidad a los servicios de salud y servicios sociales en su lengua a las personas procedentes de diferentes comunidades culturales.

Según Muñoz y Kapoor-Kohli (2007), si bien la legislación anteriormente mencionada prevé el derecho del acceso a los servicios de salud en la lengua materna del usuario desde 1986, la situación real no es la ideal. Aseguran que, aunque los profesionales de la salud reconocen la importancia de prestar sus servicios en la lengua del usuario, el acceso a servicios de ISP les resulta complicado, con lo que a menudo muestran reticencias a la hora de solicitarlos. Esto se debe a que la gestión de este tipo de servicios les resulta complicada, los costos son elevados, existen prejuicios negativos, las consultas tienen un tiempo reducido y, además, el uso de ISP es a menudo concebido como la presencia no deseada de un observador en la consulta. Por estas razones, los profesionales de la salud suelen recurrir a otras soluciones alternativas a la ISP, como el recurso a miembros del personal sanitario que comparten la lengua del usuario o acompañantes de este último, quienes intervienen como intérpretes naturales o informales.

Bowen (2001) asegura que los intérpretes no formados cometen varios errores al intervenir en conversaciones en el ámbito sociosanitario. Según la autora, estos errores incluyen: errores terminológicos (algunos relacionados con la anatomía), errores en la interpretación de síntomas, omisiones, etc.

Para evitar dichos errores, de acuerdo con Industry Canada (2007), la mayoría de las instituciones sanitarias canadienses (sobre todo en las grandes áreas metropolitanas) cuentan con servicios de ISP, aunque su demanda varía de una región a otra. Aun así, el

informe asegura que el recurso a la ISP en el ámbito sanitario canadiense ha ido incrementando gracias a los siguientes factores:

- Incremento del número de ciudadanos que no hablan ninguna de las lenguas oficiales en el país (aunque el informe afirma que esto parece haberse estabilizado).
- Reconocimiento de los impactos negativos que las barreras lingüísticas tienen en la salud y la calidad de los servicios.
- Los resultados de las investigaciones en calidad de los servicios.
- La voluntad de actuar acorde a la legislación vigente, evitando así los posibles problemas legales originados por una mala praxis.
- La evolución tecnológica de los servicios de ISP, que ha posibilitado los servicios telefónicos.
- La competitividad entre los profesionales de la salud, pues algunas clínicas y hospitales ofrecen servicios de ISP con tal de atraer nuevos usuarios.

En Quebec, el MSSS ha colaborado en la creación de diferentes servicios de ISP en diferentes regiones:

- Banco interregional de intérpretes de Montreal (Banque interrégionale d'interprètes de Montréal, BII), en la gran región de Montreal
- Servicio de ayuda a los Neocanadienses (Service d'aide aux Néocanadiens, SANC), en Sherbrooke
- Centro internacional de las mujeres de Quebec (Centre international des femmes de Québec, CIFQ), en Quebec
- Acogida apadrinamiento Outaouais (Accueil Parrainage Outaouais, APO), en Hull.

La Agencia de salud y servicios sociales de Montreal creó, en 1993, bajo solicitud expresa del gobierno de Quebec, el Banco interregional de intérpretes de Montreal (de ahora en adelante BII), con tal de facilitar la igualdad de acceso a los inmigrantes que no dominan las lenguas o la cultura de la sociedad montrealés. El BII presta servicios a la región de Montreal, Laval y Montérégie. Según Industry Canada (2007), el BII es el mayor proveedor de servicios de ISP en el ámbito sociosanitario montrealés y quebequense.

Según Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2013), durante el año fiscal 2012-2013, el BII contó con un total de 107 intérpretes y traductores, que proporcionaron sus servicios en un total de 43 lenguas. De entre ellos, 15 intérpretes tuvieron unos honorarios procedentes del BII superiores a los 40.000 \$ CAN y 8 los tuvieron de entre 30.000 y 40.000 \$CAN. El BII atendió durante este periodo a un total de

23.407 usuarios alófonos y 3.483 profesionales de la salud de 429 centros de salud o educativos. En total, se ofrecieron 35.900 servicios, los cuales ascendieron a 48.409 horas de interpretación.

La ASSS (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013) describe al profesional de la ISP como un profesional cualificado que transmite toda la información presente en la comunicación verbal y no verbal entre personas de lengua y cultura diferentes, preservando la confidencialidad. El profesional de la ISP ayuda al usuario y al profesional de los servicios públicos a comprender los valores, los conceptos y las prácticas culturales del otro, adoptando una posición neutral y un nivel de lengua adaptado a sus interlocutores, todo ello de acuerdo a un código ético. Además, la Agencia puntualiza que el profesional de la ISP se caracteriza por servir de puente entre dos culturas.

Desde el 1 de abril del 2014, los intérpretes autónomos inscritos al BII reciben unos honorarios calculados a razón de 35 \$ CAN por hora. Igualmente, los gastos de gestión del BII han incrementado de un 10 % a un 14 %, con tal de cubrir una parte de los gastos relacionados con el buen funcionamiento del BII (recursos humanos, sistema informático creado, etc.). Si bien los costos de los servicios de ISP es uno de los principales motivos causantes de reticencias entre los profesionales de la salud a la hora de solicitar servicios de ISP, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2013) asegura que la red de servicios de salud montrealés consagra únicamente un 0,02 % de su presupuesto anual a este tipo de servicios.

Industry Canada (2007) revela que los intérpretes del BII tienen estudios universitarios de primer o segundo ciclo. Igualmente, algunos son miembros de la *Ordre des traducteurs, terminologues et interprètes agréés du Québec* (OTTIAQ). Además de estos intérpretes, los profesionales de la salud tienen acceso, en algunos centros, a los intérpretes del servicio de ISP propio del centro. De acuerdo con Hemlin y Clarke (2006), este es el caso de centros como el Montreal Children Hospital, perteneciente al McGill University Health Centre.

En lo que respecta la ISP en lenguas aborígenes, el Module du Nord, basado en Montreal, cubre las necesidades de las poblaciones Inuit y Nunavik del Norte de Quebec. De acuerdo con Industry Canada (2007), el Module du Nord se enmarca actualmente en el centro sanitario Puvirnituk, tiene cuatro intérpretes de Inuktitut y cubre las necesidades de ISP de los miembros de la población Inuit que reciben atención sanitaria en el sur de Quebec. Asimismo, según el informe, las otras comunidades aborígenes, entre las que predominan las lenguas Algonquin, Atikamekw, Cree y Montagnais-Naskapi, también recurren a servicios de ISP.

## 2.2. Investigación en ISP en el ámbito sanitario

Como se avanzaba en el apartado 1.3.1., el ámbito sanitario ha sido, desde siempre, uno de los ámbitos de la ISP más explotado en materia de investigación. Vargas-Urpí (2012) apunta que las primeras investigaciones en ISP en el ámbito sanitario se remontan a las décadas de los 60 y los 70, cuando diferentes profesionales de diversos ámbitos (médicos, antropólogos, traductores e intérpretes, etc.) trabajaban de manera conjunta en publicaciones que se difundían en revistas de investigación no especializadas en traducción e interpretación. Tales trabajos daban cuenta de la magnitud que la ISP iba cogiendo en países como los Estados Unidos, Australia o Canadá. En esta línea, Pöchhacker (2006) asegura que, desde sus inicios, la investigación en ISP en el ámbito sanitario se ha caracterizado por su interdisciplinariedad, siendo el centro de interés de investigadores procedentes de los campos de la lengua y la comunicación, así como de las ciencias de la salud y sociales (donde se incluyen campos como la atención primaria, la enfermería, la pediatría, la psiquiatría o la fisioterapia, entre otros). Además, añade que este tema ha sido abordado por disciplinas más concretas, como la antropología médica, la ética médica, la sociología médica o la transculturalidad en diferentes campos, algunos de los cuales, al igual que los estudios en interpretación como subdisciplina dentro de la traductología, han nacido en tiempos relativamente recientes. La investigación en este ámbito, ganó relevancia incluso antes de que se le diera una atención especial a nivel internacional con el primer congreso de Critical Link en 1995. Así pues, Pöchhacker (2006) asegura que los primeros trabajos en la materia vinieron de campos como la enfermería, el trabajo social, la lingüística o la psiquiatría. En lo referente a los temas tratados por la investigación en ISP en el ámbito sanitario, el autor distingue dos grandes corrientes: la investigación centrada en los problemas (consistente en identificar la lengua como una barrera de acceso a los servicios de salud y subrayar la necesidad de instaurar una comunicación mediada) y la centrada en las soluciones adoptadas (donde se investiga la naturaleza y el impacto del uso de profesionales de la ISP en el ámbito de la salud, haciendo especial énfasis en los resultados clínicos, la calidad de los servicios cuidados proporcionados y las implicaciones económicas de todo ello). Igualmente, asegura que la investigación centrada en los problemas revela que las barreras lingüísticas representan tan sólo uno de los problemas intrínsecos de la comunicación multilingüística y multicultural y que los servicios de ISP son únicamente una de las posibles soluciones a todos los problemas que ésta conlleva.

De acuerdo con Candlin y Candlin (2003), las investigaciones en comunicación médica se han centrado en las interacciones médico-paciente. En esta línea, Hale (2007) revela que los trabajos realizados en la materia en la década de los 90 ya trataron temas relacionados con la comunicación mediada médico-paciente, como los roles del intérprete y su impacto en la interacción (Athorp y Downing, 1996), la pérdida de información relevante en la consulta mediada por intérpretes no profesionales y la desventaja de los usuarios procedentes de minorías lingüísticas (Vásquez y Javier, 1991; Cambridge, 1999), los niveles de satisfacción del profesional de la salud y del usuario frente a la intervención de intérpretes profesionales y no profesionales (Kuo y Fagan,

1999), aspectos de tenor y precisión (Tebble, 1998, 1999) o la participación activa del intérprete en la consulta trialingica (Wadensjö, 1992, 1998). Hale (2007) añade que, más recientemente, se han estudiado temas como el impacto y la interferencia de los intérpretes en la consulta médica, tratado por trabajos como Bolden (2000), Davidson (2000), Meyer *et al.* (2003) o Tellechea Sánchez (2005) o la percepción del proceso interpretativo, del estatus y la utilidad de los servicios de ISP por parte de los profesionales de la salud, los usuarios pertenecientes a minorías lingüísticas y los propios intérpretes (Lee *et al.*, 2002).

En lo que respecta a la formación de los profesionales de la ISP, Gray, Stubble y Hidlers (2012) desarrollan un kit de herramientas para el uso de los intérpretes en medicina general. Igualmente, destaca la elaboración de estudios en formación en ISP en el ámbito sanitario, entre los que resalta los trabajos de Bancroft (2013), Ferner y Liu (2009), Fischbach (1998), Meyer (2001), Napier (2010 y 2011), Pöchhacker (2004), Roat *et al.* (1999), Roat (1999, y 2000) Roberts-Smith, Frey y Bessel-Browne (1990), Roy (2000 y 2002) o Stewart (1995). Vargas-Urpí (2012) señala que la Unión Europea ha subvencionado programas de investigación en esta línea de la ISP del ámbito sanitario, como es el caso del programa “MedInt: *Development of a curriculum for medical interpreters*”, dentro del programa Lifelong Learning del Grundtvig.

Finalmente, se une a autores como Angelelli (2008), Chen (2003) o Swabery y Nicodemus (2011) para criticar la falta de estudios empíricos relativos a lo que ocurre en las consultas médicas realizadas con mediación de un intérprete, relacionando dicha laguna investigadora con la dificultad de que un estudio de dichas características obtenga la aprobación de un comité de ética de la investigación.

Con todo, al hablar de la investigación en ISP en el ámbito sanitario, Pöchhacker (2006) distingue entre cinco orientaciones temáticas, diferenciando entre los trabajos que estudian la interpretación como producto, las actuaciones de los profesionales de la ISP, las diferentes prácticas comunicativas, la provisión de servicios de ISP y las políticas de gestión de la diversidad. En base a dicha clasificación, a continuación presento un sucinto repaso de la investigación realizada en este ámbito:

- Investigación centrada en la interpretación como producto

Muchos estudios se han centrado en examinar la interpretación como producto, esto es, el resultado de la intervención lingüística del intérprete. Dichas investigaciones se han ido centrando en aspectos muy diversos, relacionados con la precisión translativa, como los errores, definidos por Price (1975) como alteraciones de significado. Tal y como indica Pöchhacker (2006), diversos autores han estudiado los errores en ISP en el ámbito sanitario clasificándolos en omisiones, adiciones o distorsiones, tal y como se hacía en interpretación simultánea. Autores como Lang (1975), Price (1975), Launer (1978), Cokely (1982), Ebdén *et al.* (1988), Flores *et al.* (2003), Laws *et al.* (2004) o Anazawa, Ishikawa y Kiuchi (2012) han dedicado su trabajo al estudio del error.

Price (1975) examina los problemas presentes en consultas psiquiátricas con ISP, concluyendo que las omisiones a menudo llevaban a faltas de diagnóstico. Igualmente, observa que los errores eran más frecuentes en aquellos usuarios que presentaban síntomas más graves. Más recientemente, Flores *et al.* (2003) demuestra que los errores en interpretación médica son muy comunes, con un predominio de las omisiones, y la mayoría tienen repercusiones clínicas (sobre todo aquellos cometidos por intérpretes *ad hoc*). En la misma línea, Anazawa, Ishikawa y Kiuchi (2012) clasifican los errores encontrados en su muestra de interpretación médica en cinco categorías: omisiones, ejemplos de falsa fluidez, sustituciones, adiciones y editorizaciones. El estudio demuestra que aquellos con menos experiencia en ISP tienden a hacer más errores y coincide con Flores *et al.* (2003) en que los errores más comunes son las omisiones. Igualmente, se observa que en las prestaciones con contenido socioemocional aparecen más errores.

Este tipo de trabajos centrados en el error han dado pie a investigaciones centradas en el efecto comunicativo (como Cambridge, 1999 o Pöchhacker y Kadric, 1999) y en las estrategias discursivas (como Wadensjö, 1998 y Rosenberg 2002).

- Investigación centrada en las actuaciones de los profesionales de la ISP

Las actuaciones de los profesionales de la ISP han sido estudiadas desde diferentes perspectivas, centradas en los diferentes roles del intérprete. Estos trabajos se han realizado, según Pöchhacker (2006), tanto en base al análisis del discurso de interacciones con ISP, como mediante la aplicación de encuestas con las que se ha buscado detallar las percepciones y expectativas de los diferentes actores de la comunicación trialógica acerca del rol del intérprete.

De acuerdo con Pöchhacker (2006), el rol del intérprete ha sido objeto del trabajo de investigadores que se posicionan en campos diversos, como el de la lingüística, la medicina o las ciencias sociales, además del de estudios de la interpretación. En esta línea destacan trabajos como Kaufert y Putsch (1997), Marcos (1979), Elderkin-Thompson, Silver y Waitzkin (2001), Bolden (2000) o Davidson (2002).

De acuerdo con Valero-Garcés (2014), la mediación es necesaria en aquellas consultas en las que los interlocutores no se llegan a entender, a pesar de la calidad del trasvase lingüístico. La conveniencia o no de que el intérprete medie entre culturas es algo que varía según el punto de vista que de la ISP se tiene en cada país. Los debates sobre qué grado de mediación es adecuado se ubican en el centro de las discusiones acerca de los roles del intérprete. Así, se observan diferentes roles entre los profesionales de la ISP, de manera que en algunos países se aboga por el intérprete “activo”, que se presta a mediaciones interculturales, mientras que otros países son más partidarios de la mera intervención lingüística, dejando dicha mediación de lado.

Jalbert (1998) propone una clasificación de los roles del intérprete, en la que distingue entre cinco perfiles:

- Traductor (*Translator*): El profesional de la ISP pasa lo más desapercibido posible, facilitando la comunicación sin interferir en absoluto.
- Informante cultural (*Cultural Informant*): El profesional de la ISP ayuda al profesional de la salud a entender mejor al usuario, valiéndose de sus conocimientos de las normas y los valores culturales del otro.
- Agente cultural o mediador cultural (*Cultural Broker o Cultural Mediator*): El profesional de la ISP es un informante cultural pero también un negociador entre dos sistemas de valores o universos simbólicos. En las situaciones conflictivas, proporciona explicaciones o sintetiza las aportaciones de las partes para llegar a un modelo compartido entendido por ambos.
- Defensor (*Advocate*): En caso de conflicto de valores, el profesional de la ISP tiende a defender los intereses del usuario.
- Profesional bilingüe (*Bilingual Professional*): El profesional de la ISP toma el rol del profesional de la salud, dirigiendo la entrevista en la lengua del usuario e informando al profesional de la salud.

Muchos autores (como Wadensjö, 1998; Mason, 1999; Cambridge, 2003 o Valero-Garcés y Martin, 2008) se han centrado en analizar el rol que tienen los profesionales de la ISP en la sociedad y cuál es el mejor método a seguir. A grandes rasgos, y de acuerdo con lo que se ha expuesto hasta el momento, se observan dos modelos a este respecto: el de la abogacía y el de la imparcialidad. Cambridge (2002) describe el modelo de la abogacía como aquél en el que el profesional de la ISP defiende al usuario, poniéndose de su parte, planteando preguntas por iniciativa propia, aconsejándole y ofreciendo su opinión personal sobre los temas tratados. Por otro lado, se refiere al modelo imparcial como aquél en el que el profesional de la ISP se esfuerza por mantener la imparcialidad, repitiendo todo lo que escucha y dejando que cada una de las partes se exprese pro sí misma.

En línea con lo anterior, Beltran Avery (2001) distingue, inicialmente, entre dos roles: el intérprete neutral y el intérprete activo. El intérprete neutral se centra en pasar el mensaje de una lengua a otra, permitiendo a los interlocutores interactuar como si la conversación se estuviera realizando en una sola lengua. Así, el intérprete no forma parte activa de la conversación, evitando todo tipo de intrusión o relación con los interlocutores. Con todo, el intérprete neutral actúa como un instrumento, a modo de caja negra, en el que el mensaje entra en un idioma A y sale en un idioma B, sin ser alterado. En cambio, el intérprete activo tiene una amplia variedad de funciones, que van más allá de la de pasar el mensaje de una lengua a otra. Éste negocia entre ambas culturas, promoviendo así el

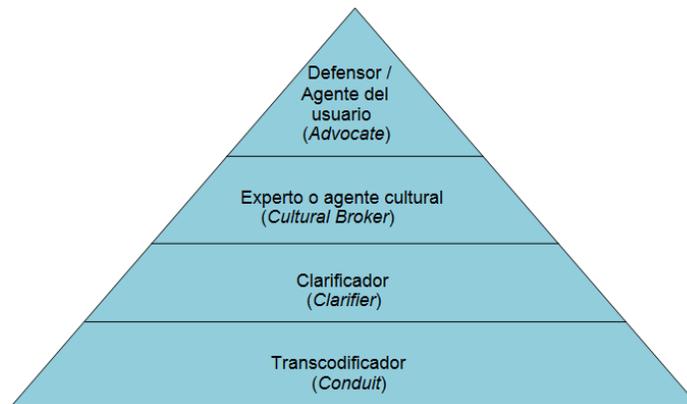
entendimiento entre personas de culturas distantes. Igualmente, estos intérpretes tienden a asumir otras funciones con tal de ayudar a los miembros de la comunidad con la que trabajan.

Con el tiempo, el diálogo sobre los diferentes roles del intérprete, fue evolucionando de maneras diferentes. Esto originó una gama de conceptualizaciones acerca del rol de intérprete, formadas en función de la realidad observada por los distintos investigadores en la materia. Según Beltran Avery (2001), con el tiempo, su distinción se concretiza en una gradación de roles, en la que el “intérprete neutral” se convierte en “intérprete como conducto” (interpreter as a conduit), mientras que el “intérprete activo” pasa a ser dividido en diferentes conceptualizaciones. Dos de dichas conceptualizaciones toman en cuenta la variedad de funciones y los diferentes roles que puede asumir un profesional de la ISP, mientras que la tercera describe las circunstancias propias de los profesionales de la ISP que trabajan con Primeras Naciones (pueblos aborígenes canadienses) y otras culturas minoritarias, cuyas lenguas tienen pocos hablantes. Estas cuatro conceptualizaciones analizadas en profundidad por el National Council on Interpreting in Healthcare (NCIHC) fueron:

- El intérprete como conducto: Se centra en la transmisión del mensaje. Prima la invisibilidad del intérprete. Sin embargo, se reconoce el valor de las equivalencias basadas en las realidades culturales, por encima del trasvase palabra por palabra.
- El intérprete como gerente de la consulta intercultural e interlingüística: La función principal del profesional de la ISP es la de facilitar el proceso comunicativo entre dos personas que no hablan la misma lengua, con tal de hacer posible el objetivo del encuentro: salvaguardar el bienestar del usuario. Gana poder el conocimiento cultural, de manera que el profesional de la ISP ayuda activamente al usuario (cuando lo considera necesario) a sobrepasar aquellas barreras relacionadas con diferencias culturales, de clase, religiosas o sociales.
- El modelo de intervención incremental (incremental intervention model): El profesional de la ISP se centra en la claridad del mensaje. Para ello, deberá proporcionar aclaraciones lingüísticas, asesoramiento cultural o incluso defender el derecho del usuario, respetando los objetivos tanto de los sujetos como de la comunidad. Todo ello, teniendo en cuenta el contexto tanto institucional como el cultural del usuario. Se trata de un rol más flexible que los anteriores.

El modelo de intervención incremental fue presentado por primera vez por Roat *et al.* (1999) y asumido posteriormente por asociaciones profesionales especializadas en ISP de renombre como la California Healthcare Interpreters Association (CHIA).

Como avanzábamos, este modelo ve el rol del intérprete como algo flexible, de manera que puede tener una actitud más bien no intrusiva, aunque, en caso de necesidad, puede modificar su conducta, actuando de transcodificador, clarificador, agente cultural o defensor del usuario. De acuerdo con Abril Martí (2006), lo esencial de este modelo no es tanto la identificación de papeles sino el marco en el que se realiza la toma de decisiones del intérprete. Este modelo se presenta en forma de pirámide, de manera que los roles se clasifican de menos a más intrusivo:



**Gráfico 4. Modelo de intervención incremental. Roar *et al.* (1999)**

Veamos en qué se diferencian los roles propuestos por este modelo:

- Transcodificador (conduit): Interpretación literal en primera persona sin omisiones, ediciones, adaptaciones ni conversaciones paralelas.
  - Clarificador (clarifier): Explica aquellos conceptos inexistentes en el otro idioma o cuyos equivalentes no se acaban de ajustar.
  - Experto o agente cultural (cultural broker): Facilita el marco cultural específico en el que se ha de enmarcar un determinado mensaje.
  - Defensor/Agente del usuario (advocate): Ante una barrera sistemática que impide que se cubran las necesidades del usuario, proporciona al usuario la información necesaria para resolver su situación.
- El intérprete circunscrito en su comunidad lingüístico-cultural: La función principal del profesional de la ISP es la de transmitir el mensaje de una lengua a otra. No obstante, su figura está vista como la de un representante de la cultura minoritaria ante la cultura mayoritaria, con lo que actúa de intermediario, defendiendo las normas y las creencias de la cultura minoritaria, mientras solicita los servicios proporcionados por la cultura mayoritaria.

Leanza (2005), en cambio, distingue entre cuatro roles, adoptados por los profesionales de la ISP a la hora de afrontar las diferencias culturales:

- Agente sistemático (System agent): El profesional de la ISP transmite el mensaje emitido en la lengua, normas y valores de la cultura dominante al usuario, de manera que se obvian las diferencias culturales a favor de la cultura dominante. De este modo, las diferencias culturales se tienden a omitir o asimilar.
- Agente comunitario (Community agent): El profesional de la ISP admite las normas y valores de la cultura minoritaria (las del inmigrante) como igualmente válidas, reconociendo la diferencia cultural.
- Agente integrador (Integratrion agent): El profesional de la ISP ayuda a la persona procedente de la cultura minoritaria a entender a la mayoritaria, negociar significados y encontrar un término medio donde se de la comprensión.
- Agente lingüístico (Lingüistic agent): El profesional de la ISP intenta mantener una posición imparcial (en la medida de lo posible). Intenta encontrar el equivalente en la cultura del otro, aunque el proceso cognitivo no requiere que intervenga más que a nivel lingüístico.

Al analizar el papel del profesional de la ISP, Jiménez-Salcedo (2010) recuerda que Gehrke (1993), basándose en el concepto de abogacía, llega a compararlo con una fusión de las profesiones de intérprete y trabajador social. En este sentido, Martin (2000) da un paso más allá, dejando de lado el debate sobre si el profesional de la ISP debe o no ser imparcial e invita a reflexionar sobre los límites de dicha imparcialidad. A partir de dicha reflexión, Jiménez-Salcedo (2010) comenta que en Canadá ha tenido muy buena acogida el perfil del “intérprete cultural”, entendido como algo más que un facilitador de la comunicación sino que también, como un vector de buenas prácticas de la administración, que fomenta la integración de las personas inmigrantes. No obstante, asegura que en Quebec la figura del “intérprete cultural” se ha ido substituyendo por la del “intérprete en el ámbito social”, de manera que la intervención cultural ha ido aminorando en pro de una traducción más neutra.

- Investigación centrada en las diferentes prácticas comunicativas

Gran cantidad de investigadores se han interesado en las diferentes soluciones adoptadas frente a los problemas de comunicación que sufren los pacientes alófonos en el ámbito sanitario. Pöchhacker (2006), describe que, entre estos estudios, predominan aquellos que aplican un cuestionario para la recogida de los datos.

Entre estos estudios destaca el de Hornberger *et al.* (1997) en el que, a partir de los resultados de una encuesta, se observó que las interpretaciones de los profesionales de la ISP eran mejor valoradas por los profesionales de la salud que las intervenciones de intérpretes *ad hoc* (esto es, personal bilingüe y

acompañantes). Por su parte, Pöchhacker (2000), a partir de la aplicación de cuestionarios a profesionales de la salud en un hospital de Viena en el que se recurría a las intervenciones de familiares y personal sanitario bilingüe, pone de manifiesto la necesidad (e incluso la preferencia por parte de los profesionales de la salud) de disponer de servicios de ISP. En este sentido, Putsch (1985) avanzaba que, incluso ante la innegable necesidad, muchas instituciones no han dado soluciones formales al problema que supone la existencia de barreras lingüísticas y culturales en el ámbito sanitario. En la misma línea, Lee *et al.* (2002) hallaron que los pacientes que disponían de interpretación telefónica en sus visitas médicas tenían el mismo nivel de satisfacción que aquellos que podían acceder a los servicios de salud en una sola lengua, mientras que aquellos que recurrían a la intervención de un intérprete *ad hoc* se reconocían menos satisfechos.

- Investigación centrada en la provisión de servicios de ISP

La investigación centrada en la provisión de servicios de ISP observa el impacto que éstos tienen en la calidad de los servicios médicos, en relación a la satisfacción de los usuarios y los costes de dichos servicios. Según Pöchhacker (2006), este tipo de estudios son los que más abundan entre los elaborados en ISP, desde la disciplina de las ciencias de la salud.

En su investigación, Hornberger (1998) analiza los costes de las soluciones aportadas al problema de la falta de comunicación en los servicios de salud y presenta una estimación de los mismos en función del tipo de respuesta. Asimismo, Blanchfield *et al.* (2011) establecen un marco conceptual que identifica los costes de los programas, a modo de guía para entidades sanitarias.

Baker, Hayes y Fortier (1998), por su parte, demuestran que la satisfacción de los usuarios con los aspectos interpersonales de los cuidados de salud es menor entre aquellos que recurren a la ISP, aunque ésta era superior a la de aquellos que echaban de menos la intervención de un intérprete.

Jacobs *et al.* (2001) explican que la relación médico-paciente depende de una comunicación efectiva, con lo que unos servicios de ISP profesionales pueden incrementar la calidad de los servicios sanitarios recibidos por los usuarios alófonos. De hecho, en su estudio, aquellos usuarios alófonos que recibieron servicios de ISP obtuvieron unos mejores resultados en el proceso médico. En esta línea, Karliner, Jacobs, Chen y Mutha (2007) evidencian que los resultados de aquellos usuarios alófonos que disponen de servicios de ISP del ámbito sanitario son similares a los de los pacientes que no experimentan barreras lingüísticas. Igualmente, investigaciones como las de Bernstein *et al.* (2002) y Hampers y McNulty (2002) ponen de manifiesto que el uso de ISP en los departamentos de urgencias contribuye a la reducción de los costes de dichos

servicios. Dichos estudios llegan a esta conclusión mediante la comparación del resultado de las entrevistas con ISP, con intérpretes *ad hoc* y sin intérpretes.

En otro orden de cosas, Jones *et al.* (2003) compara las prestaciones de profesionales de la ISP en modalidad presencial, telefónica y por videoconferencia, llegando a la conclusión de que los usuarios llegaban a una mejor comprensión de la visita médica con los servicios presenciales o telefónicos (con similares resultados).

- Investigación centrada en las políticas de gestión de la diversidad

La investigación centrada en las políticas de gestión de la diversidad son, según Pöchhacker (2006), las más interdisciplinarias de este ámbito. Este tema se ha analizado desde el punto de vista del derecho, la gestión y la organización son esenciales para el desarrollo de la ISP. En este apartado destacan trabajos como los de Puebla Fortier (1997), Agger-Gupta (2001) o Bowen (2001, 2011), que estudian la implementación de la ISP en el ámbito sanitario en Estados Unidos y Canadá.

Agger-Gupta (2001) estudia el proceso institucional mediante el cual se establecen los servicios de ISP en el ámbito sanitario. Igualmente, Garrett (2009) propone un modelo de política para la implementación de servicios de ISP. De este modo, teniendo en cuenta los factores que condicionan las políticas de ISP en el ámbito sanitario, repasa las publicaciones que se ocupan de las políticas existentes y sugiere modificaciones a insertar en futuras políticas. En cambio, Bowen se ha encargado de la investigación que dio pie al programa de acceso de lengua de Winnipeg Regional Health Authority (WRHA). Igualmente, es la autora de numerosos artículos e informes sobre el tema (Bowen, 2001, 2010 o 2011), que describen las barreras lingüísticas en el acceso a los servicios de salud en Canadá, así como las soluciones adoptadas, insistiendo en los servicios de ISP ofertados. Por su parte, Jiménez-Salcedo (2014b) examina la importancia de la ISP como vector de distinción entre los derechos lingüísticos y los de acceso a los servicios públicos en contexto canadiense, incidiendo en la legislación y jurisprudencia canadienses así como la realidad de la ISP en dicho país. El autor publica su artículo dentro de Jiménez-Salcedo (2014a) una monografía editada por él mismo, que lleva por título *Principes, présences et structures de l'interprétation en milieu social dans les pays francophones*, la cual nace a partir de la voluntad de crear una red francófona entorno a la ISP, cuyo primer congreso titulado *Vers un réseau francophone d'interprétation en milieu social* se celebró en Sevilla los días 10 y 11 de noviembre del 2011.

En el ámbito español, se han celebrado acontecimientos de difusión científica en materia de ISP en el ámbito sanitario como el encuentro titulado La mediación intercultural en la atención en salud encuentro internacional de reflexión sobre modelos, investigaciones y experiencias, celebrado en Huelva los días 19 y 20 de septiembre del 2013 o las I Jornadas Internacionales sobre interpretación en el ámbito sanitario (ISP)/ VII Jornadas

sobre Comunicación intercultural, traducción e interpretación en los servicios públicos, celebradas en la Universidad de Alcalá los días 25 y 26 de junio del 2012, gracias a la colaboración del Grupo FITISPos de la Universidad de Alcalá y la IMIA.

En cuanto a la investigación en ISP en el ámbito sanitario a nivel nacional, destacaremos los trabajos de la Dra. Sales Salvador, co-coordinadora del grupo CRIT, que ha centrado su investigación en la mediación intercultural. Dicho grupo tiene como principal objetivo el estudio de las interacciones comunicativas entre inmigrantes y naturales de la Comunidad Valenciana. Bajo la coordinación de la Dra. Sales Salvador, el grupo mencionado llevó a cabo el proyecto "Saludycultura.com: Diseño e implementación de un portal informativo de acceso libre de apoyo a la mediación intercultural y la interpretación en el ámbito sanitario".

Igualmente, han ido incrementando las investigaciones y trabajos académicos (de grado, master o doctorado) que se están realizando entorno a la ISP o la mediación intercultural en el ámbito sanitario, que se suman a la investigación realizada por investigadores de carrera.

En Cataluña, el grupo de investigación MIRAS dedicó el 6 de junio del 2014 su jornada anual de investigación en ISP al ámbito sanitario, con la V Jornada de Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos de Catalunya: Retos de la interpretación en el ámbito sociosanitario.

Por otra parte, como adelantábamos, en Canadá, Bowen (2001) explica los impactos de las barreras lingüísticas en el ámbito sanitario. La autora asegura que dichas barreras inciden negativamente tanto en el acceso a los servicios de salud como en la calidad de los servicios prestados, en el grado de satisfacción de los usuarios y los profesionales de la salud y en el resultado de los tratamientos aconsejados. Este estudio sirve de base para los investigadores canadienses en materia de accesibilidad lingüística. Según Farley, Guillemette y Rivest (2014), Canadá cuenta con un amplio repertorio de investigaciones científicas entorno a la importancia de una comunicación eficaz entre los profesionales de la salud y los usuarios alófonos de los servicios sanitarios. Entre ellas destacan trabajos como el de Ouimet *et al.* (2013), que demuestran que las barreras de comunicación propias de la comunicación interlingüística tienen repercusiones negativas, no solo para el usuario, sino que también para el profesional de la salud y el centro sanitario en el que trabaja. Según el estudio, esta situación se ve salvada mediante el recurso a servicios de intérpretes formales, que permiten aminorar los riesgos que dichas barreras crean en el ámbito sanitario, tanto a nivel de comunicación, como a nivel ético. Crammond (2002) asegura que la falta de servicios de ISP conlleva un uso ineficiente de los servicios de salud, que trae consigo consecuencias como diagnósticos erróneos y pruebas innecesarias.

Hoenn, Nielsen y Sasso (2006), gracias a la contribución financiera de los Fondos para la adaptación de cuidados de salud primarios de Santé Canada, esbozaron la imagen general de la ISP en Montreal, Toronto y Vancouver, incidiendo en los modelos de los

servicios ofertados, las propuestas formativas y las demás actividades realizadas en la materia. En este proyecto, titulado Health Care Interpreter Services – Strengthening Access to Primary Care, aúnan esfuerzos Health Canada y Critical Link, gracias al Primary Health Care Transition Fund.

Hyman (2009) elabora una revisión de las publicaciones científicas existentes en materia de servicios de ISP profesionales en el ámbito de la salud canadiense, con tal de estudiar su implementación y coordinación. Todo ello con la intención de evaluar si se proporciona el derecho de todo canadiense a unos servicios de salud de calidad, independientemente de su raza, clase, género y orígenes lingüístico-culturales. Este trabajo demuestra que los servicios de ISP ofertados influyen positivamente en la calidad de los servicios de salud prestados, que son accesibles, igualitarios, seguros y centrados en el paciente.

Según apuntan Farley, Guillemette y Rivest (2014), Santé Canada ha creado un Fondo de inversión estratégica para financiar las iniciativas centradas en estudiar la situación actual de los hablantes de lenguas oficiales en situación minoritaria en los diferentes puntos del país, así como en ayudar a las comunidades anglófonas y francófonas en situación minoritaria a acceder a servicios de salud en su lengua materna en todo el país.

### **2.3. Formación en ISP en el ámbito sanitario**

La interpretación médica (al igual que la judicial) ha alcanzado un estatus prometedor, con lo que se han conformado multitud de cursos formativos en materia de ISP en todo el mundo. Al igual que en la ISP general, el campo de la ISP en el ámbito sanitario encontramos tanto propuestas de formación profesional (de manos de instituciones no académicas) como básica (de manos de universidades y otras instituciones académicas).

De entre los cursos ofertados a nivel mundial en ISP del ámbito sanitario, Abril Martí (2006) destaca los siguientes:

- Community Health Interpreter Training and Employment Programme, Western Cape (Sudáfrica)
- Bridging the Gap, programa de formación básica/intermedia de Cross Cultural Health Care Program (CCHCP), Seattle, Washington (Estados Unidos)
- Programa de salud pública de Massachusetts (MassHealth), formación estándar para personal bilingüe y voluntarios de centros sanitarios, Massachusetts, (Estados Unidos)
- Curso en línea de Introducción a la Interpretación médica, del Monterrey Institute of International Studies (MIIS), California (Estados Unidos)
- Curso de Interpretación para Personal Sanitario Bilingüe, de la Corporación de Hospitales Municipales de Viena (Austria)

- Curso de Mediadores Interculturales para la Salud, de VCIM/Foyer (Vlaams Centrum voor de Integratie van Migranten/Foyer), Belgica

### **2.3.1. Formación en ISP en el ámbito sanitario en España**

En España, Ruiz Rosendo (2007) asegura que el aumento de la ISP en el ámbito sanitario no ha ido acompañado de un aumento de la oferta formativa en interpretación médica. Lo constata tras haber analizado las ofertas formativas de los centros de formación europeos propuestos por la Asociación Internacional de Intérpretes de Conferencia (AIIC) y por la Asociación de Intérpretes de Conferencia de España (AICE). La autora observa que, aunque se ofrecen programas de formación en interpretación, prácticamente ninguno incluye una materia en interpretación médica, aunque sí se tratan otros campos de especialización, como la interpretación jurídica, política o económica. La autora relaciona esto con el hecho de que la gran mayoría de estas formaciones tienen el objetivo de formar a potenciales intérpretes de organismos internacionales.

Ruiz Rosendo (2007) añade que, en el marco de la interpretación médica, la ISP es la que ha experimentado un mayor crecimiento. En España encontramos asignaturas específicas en ISP en el ámbito sanitario enmarcadas en diversos programas de máster.

La Universidad de Alcalá estrenó las propuestas formativas en ISP a nivel de postgrado oficial en España con el Máster Oficial en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos durante el curso 2006/2007, que contaba con dos asignaturas obligatorias en el ámbito sanitario tituladas Interpretación en el Ámbito Sanitario y Traducción Especializada: Ámbito Sanitario. Igualmente, el Máster Oficial en Traducción Médico-Sanitaria de la Universitat Jaume I, que incluye las asignaturas de Mediación Intercultural en el Ámbito Sanitario y Técnicas de Interpretación en los Servicios Públicos Sanitarios (de 4 ECTS cada una). Por otra parte, encontramos títulos propios como el Diploma de Especialización en Traducción e Interpretación para los Servicios Comunitarios, de la Universidad de La Laguna, con un módulo de especialidad socio-sanitaria, que cubre los ámbitos de educación, servicios sociales, las ONG, Oficina de asilo y refugio, centros de salud y hospitales y seguridad social.

A otro nivel destaca la oferta de cursos que las universidades han ido ofreciendo en materia de ISP en el ámbito sanitario, entre los que encontramos el Curso de Formación Superior en Mediación Intercultural e Interpretación en el Ámbito Sanitario, de la Universidad Jaume I de Castellón, el Curso sobre Traducción e Interpretación en Hospitales y Centros de Salud, de la Universidad de Alcalá.

En territorio catalán, el grupo de investigación MIRAS; de la Universitat Autònoma de Barcelona, realizó, durante el curso 2011-2012, la primera edición del Curso de Especialización en Interpretación en los Servicios Públicos en Cataluña, con un módulo dedicado a la ISP en el ámbito sanitario. Más tarde, durante el curso 2013-2014, el grupo MIRAS ofertó un curso de especialización en interpretación sanitaria de 10 horas de duración.

También encontramos en Cataluña propuestas formativas ofertadas por instituciones no académicas, que imparten cursos especializados en mediación intercultural en el ámbito de la salud, como es el caso de la Fundació SER.GI y La Formiga. Destaca de entre ellos el curso de formación en Mediación Intercultural en el Ámbito Sanitario, financiado por La Caixa. Este curso, que formaba parte del Programa de mediación intercultural en el ámbito de la salud (2008-2011), contaba con la colaboración del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, el Institut d'Estudis de la Salut (IES) y el Servei de Psiquiatria Transcultural de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. Según Vargas-Urpí (2013), a lo largo de sus dos ediciones (2008-2010 y 2009-2011) se formaron y certificaron un centenar de mediadores interculturales. Este programa formativo tenía una duración de 240 horas (impartidas a lo largo de 2 años), durante las cuales se ofrecían clases teóricas en las que se trataban temas como la inmigración y el multiculturalismo, la antropología médica, el sistema sanitario, la interpretación lingüística o la mediación intercultural y la identidad profesional y, además, se realizaban prácticas en centros sanitarios. A pesar de la gran posibilidad que se brindaba a estos mediadores interculturales de trabajar en el ámbito sanitario barcelonés, gracias a contratos de prácticas, la mayoría se han visto obligados a abandonar la profesión, dada la escasa contratación de mediadores interculturales en el ámbito sanitario por otros medios.

### **2.3.2. Formación en ISP en el ámbito sanitario en Canadá**

De acuerdo con Abril Martí (2006), en Canadá, las iniciativas formativas en ISP más avanzadas parten de los propios servicios públicos, aunque también se observa una gran tendencia (al igual que en Estados Unidos) a contratar a formadores en ISP que imparten programas especializados para el servicio médico que los soliciten. Muchos de ellos son cursos intensivos, de unas 40 horas de duración. Aun así, destaca en cuanto a ISP en el ámbito canadiense el interés por la formación. Si bien existen multitud de formaciones de ámbito generalista que también tratan la ISP en el ámbito sanitario, destacan entre los programas específicos en este ámbito las siguientes iniciativas:

- Hospital/Health Care Interpreter Core Competency Curriculum: Programa de formación de profesionales de la ISP en el ámbito sanitario y empleados bilingües que hacían las veces de intérpretes voluntarios, ideado por la red Interhospital Interpreter Projec, basada en Toronto.
- Health Care Interpreter Partnership Project: Basado en Columbia Británica, este proyecto tiene el objetivo de formar profesionales de la ISP en el ámbito sanitario y da lugar a dos programas de formación, uno para intérpretes profesionales y otro para no profesionales, que acaba dando lugar al *Interpreter Services in Health Care Settings: A Handbook and Training Manual*, publicado en 1996.
- Health Care Interpreter Certificate, Impartido en el Bow Valley College, en asociación con el Vancouver Community College.

- Itinerario de Formación en ISP, con especialización en interpretación médica y judicial, Impartido en el Vancouver Community College

Igualmente algunos centros de formación profesional ofrecen formación en ISP en el ámbito sanitario. Es el caso del Dawson College, en Montreal, donde, desde mayo del 2013, se oferta el primer programa en lengua de profesionales de la ISP en lengua inglesa de la provincia de Quebec, que lleva por título Language and Cultural Interpretation in Health and Social Services. En la creación de dicha formación han colaborado las siguientes instituciones: Centre for Literacy, Dawson College, Lester B. Pearson School Board y el Montreal Children's Hospital.

Además, el BII ofrece formación a sus intérpretes a través de cursos y talleres (Mesa, 2000). Igualmente, ofrece una formación previa a la empresa de labores de ISP en la Université de Montréal. Concretamente, se trata de dos asignaturas ofertadas por la Facultad de Estudios Permanentes, que el alumnado no universitario puede cursar como estudiante libre, una especializada en ISP y otra en comunicación intercultural.

## **2.4. Aspectos profesionales de la ISP en el ámbito sanitario**

### **2.4.1. Los participantes de la conversación trialógica: Descripción y posicionamiento**

Toda comunicación en ISP se considera trialógica, en tanto y en cuanto la comunicación acontece a tres bandas. Corsellis (2002) se refiere a los participantes de la conversación trialógica como eslabones de la cadena que supone la comunicación, de manera que ésta no es posible sin los proveedores de los servicios públicos ni los usuarios y tampoco sin el profesional de la ISP, quien posibilita la comunicación entre los otros participantes. Así, la conversación trialógica en el ámbito sanitario se caracteriza por la existencia de dos (o más) interlocutores primarios (usuario y profesional de la salud), entre los que acontece la comunicación (es decir, estos intercambian las funciones de emisor y receptor); y un interlocutor secundario (el intérprete), que facilita la comunicación entre los interlocutores primarios sin tomar parte en ella. Éste se limita a realizar el trasvase del mensaje de una parte a otra (Alexieva, 1997).

#### **2.4.1.1. Los usuarios de los servicios de ISP: El paciente inmigrante**

En España, los usuarios de los servicios de ISP son mayoritariamente personas inmigrantes, aunque también se encuentran entre los usuarios de estos servicios refugiados políticos, turistas, estudiantes extranjeros, etc. Sin embargo, en Canadá, de acuerdo con Bowen (2001), encontramos cuatro perfiles de usuarios de los servicios de salud que pueden encontrar barreras comunicativas, al tener una lengua materna no oficial en el país: miembros de las comunidades Inuit y Primeras Naciones (pueblos

aborígenes canadienses), recién llegados al país (inmigrantes y refugiados), personas con deficiencias auditivas y, según en qué zonas del país, hablantes de la lengua oficial minoritaria en el lugar.

Los procesos migratorios suponen un cambio que modifica numerosos aspectos de la vida del individuo. En ellos se producen distanciamientos de seres queridos, de aspectos que definen al individuo como son su idioma, sus costumbres, su tierra o su cultura, por poner algunos ejemplos. Todos estos cambios pueden afectar negativamente a la salud de las personas inmigrantes. Partiendo de esta base, observamos que el aumento de los flujos migratorios que un país recibe, hace que el perfil de los usuarios de sus servicios de salud se vea modificado.

Según Carballo (2006), las personas inmigrantes que solicitan servicios de salud suelen encontrarse en una situación de alienación y tristeza crónica. Además, generalmente están alejados de sus familias y viven en un estado constante de inseguridad económica o incluso legal (pues muchos de ellos no han alcanzado un estatus de inmigración estable en el país de acogida). Asimismo, encuentran dificultades tanto con la lengua como con la cultura del país que les acoge. Todo ello, unido al hecho de que, a menudo, experimentan un rechazo tanto social como político-legal, hace que su comunicación con los servicios de la sociedad de acogida se vean dificultados sobremanera. A esto se suman las dificultades intrínsecas a vivir en un lugar nuevo, como son el desconocimiento o la falta de dominio de la lengua y la cultura mayoritaria (incluida la cultura sanitaria). Aun así, según Valero-Garcés (2014), estas personas modifican, adquieren y adoptan cambios de comportamiento, en mayor o menor medida, al instalarse en otro país. Estos cambios en su estilo de vida comportan potenciales cambios en su salud. La autora apela a las barreras que las personas inmigrantes experimentan en el ámbito sanitario español recogidas por Talero Martín (1997), clasificándolas según se originen en el seno del sistema sanitario, dependan del profesional de la salud o sean propias del paciente:

Barreras en contexto sociosanitario		
Intrínsecas del sistema sanitario	Propias del profesional de la salud	Propias del paciente
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accesibilidad inadecuada</li> <li>- Tiempos de espera excesivos</li> <li>- Demanda excesiva / Visitas cortas</li> <li>- Ruidos e interrupciones</li> <li>- Burocracia excesiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalidad disfuncional para el ámbito clínico</li> <li>- Profesional a cargo de la evaluación o consulta</li> <li>- Proyectos demasiado centrados en el paciente</li> <li>- Muestra excesivo control</li> <li>- Presenta escasa empatía</li> <li>- Interferencia emocional</li> <li>- Problemas relacionados con el propio trabajo</li> <li>- Problemas en la vida personal del profesional de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas físicos: afasia, pérdida auditiva...</li> <li>- Emociones: ansiedad, agresividad...</li> <li>- Personalidades anormales: sobredependiente, obsesivo...</li> <li>- Trastornos somatomorfos</li> <li>- Pacientes no obedientes</li> <li>- Frecuencia de las visitas</li> <li>- Barreras lingüísticas</li> <li>- Interferencia social: Distancia sociocultural</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de formación en habilidades de comunicación</li> <li>- Falta de formación en problemas de salud mental</li> <li>- Interferencia social</li> </ul>	
--	--	--

**Tabla 5. Barreras en contexto sociosanitario. Adaptado de Valero-Garcés (2014).**

Basándose en Martincano (2003), Valero-Garcés (2014) asegura que las problemáticas más importantes en el acceso de personas inmigrantes al sistema nacional de salud en el Siglo XXI son el abandono activo, el desconocimiento, la complejidad burocrática, los obstáculos impuestos por las autoridades locales y las dificultades con el idioma, así como las cuestiones culturales y religiosas y las dificultades sociales y laborales. Igualmente, la autora señala que la interferencia social por parte del profesional puede afectar la calidad de los servicios de salud prestados. La autora añade que, en su trabajo con pacientes de origen inmigrante, el profesional de la salud puede revelar emociones (etnocentrismo, xenofobia, racismo, segregación, prejuicios, estereotipos, discriminación, rechazo, agresión, exclusión, etc.), sobre todo cuando el trabajo con un paciente mueve sentimientos de opresión y prejuicios. Igualmente, subraya que una inmensa mayoría sufren el denominado síndrome de Ulises, definido por Martincano (2003) como una enfermedad relacionada con el estrés crónico que conlleva la soledad, la lucha por la supervivencia, la frustración y el sentimiento de fracaso que sienten muchos inmigrantes.

#### **2.4.1.2. Los profesionales de la salud**

A medida que la sociedad va cambiando y, con ella, el perfil de paciente que acude a solicitar servicios públicos de salud, el personal sanitario debe asimilar cambios, adaptándose a la nueva realidad social del país y sus necesidades.

La *Association of Medical Colleges* (AAMC) propone unas directrices para el correcto uso de los servicios médicos, que guían a los profesionales de la salud ante las diversas soluciones aportadas al problema de la existencia de barreras lingüísticas en contexto sanitario. Entre otras recomendaciones, estas directrices animan a los profesionales de la salud a:

- Respetar el deseo del usuario a utilizar un intérprete de su elección.
- Recurrir a la mediación de un menor de edad únicamente en casos de extrema urgencia.
- No exigir la intervención de un miembro de la familia del usuario en calidad de intérprete. Éstos habitualmente editan, añaden o modifican el mensaje y podrían intentar controlar el intercambio conversacional, en lugar de facilitar la comunicación.

- Hablar con los acompañantes del usuario con tal de evaluar sus habilidades lingüísticas y darles instrucciones acerca de cómo se va a proceder en la consulta.
- Tener presente que el hecho de que un empleado sea bilingüe no garantiza que sea capaz de interpretar en un contexto médico al nivel deseado.
- No sobrecargar a un empleado con encargos de interpretación si no forma parte de sus funciones.

#### **2.4.1.3. El profesional de la ISP**

Morissette (2005) aboga por un profesional de la ISP que pertenezca a la cultura del usuario, argumentando que la pertenencia a un mismo grupo cultural facilita la capacidad de mediación del intérprete entre la cultura minoritaria y la mayoritaria. Sin embargo, Jiménez-Salcedo (2010) argumenta que dicha identificación cultural del intérprete con el usuario pone en peligro el principio de equidistancia, según el cual, el profesional de la ISP es una tercera persona en la comunicación trialógica, que se encuentra a la misma distancia de ambas partes, sin favorecer a ninguna de ellas. Con todo, el autor agrega que si bien la comunión cultural del intérprete para con el usuario sería beneficiosa en lo que respecta la advertencia y resolución de problemas de comprensión de carácter cultural, ésta podría incrementar el riesgo de falta de neutralidad en la intervención en ISP.

#### **2.4.2. Posicionamiento de los participantes en la situación comunicativa en ISP del ámbito sanitario**

En ISP se da un contacto directo constante entre los interlocutores, quienes comparten espacio con el intérprete. Al encontrarse físicamente inmerso en la situación comunicativa, el profesional de la ISP gana visibilidad frente a los intérpretes de conferencias. Tal visibilidad tiene sus ventajas e inconvenientes. Mientras que como punto negativo mencionaremos los posibles intentos de los interlocutores de buscar un aliado en el intérprete, resaltaremos como aspecto positivo la posibilidad del profesional de la ISP de aclarar dudas que le hayan podido surgir durante la recepción o comprensión del mensaje.

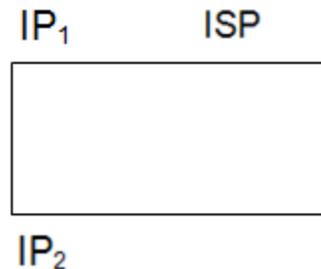
El NCIHC (2003) asegura que el posicionamiento en la consulta trialógica es una herramienta que el intérprete tiene a su merced para fomentar la relación médico-paciente. Sin embargo, el informe insiste en que las situaciones comunicativas en las que el profesional de la ISP se puede encontrar en el ámbito sanitario son muy diversas y no siempre le darán la opción a escoger la que considere más adecuada. Múltiples factores pueden influir en la elección del intérprete acerca de su posicionamiento, como la configuración física de la sala en la que tiene lugar la consulta, la naturaleza de la consulta (si se trata de una consulta rutinaria, una prueba médica, una sesión de rayos x, etc.), el número de interlocutores presentes en la sala (el usuario puede estar

acompañado, puede haber más de un profesional de la salud...), el estado emocional del paciente (si se trata de un usuario agresivo, etc.) o sus límites culturales (qué se considera demasiado cerca, etc.). Aun así, a continuación describo el abanico de opciones que el profesional de la ISP dispone en cuanto a su posicionamiento en una situación ideal: la de la consulta médica corriente con intervención de un intérprete. En la consulta médica trialógica estándar, el intérprete puede posicionarse:

- Al lado del profesional de la salud

Cuando se adopta esta disposición, el profesional de la salud tiende a dirigir su mirada hacia el usuario, quien, a su vez, ve tanto al profesional de la salud como al intérprete, de manera que la comunicación, por parte del usuario, va dirigida al profesional de la salud. El profesional de la salud y el de la ISP tienen una

visión excelente del lenguaje no verbal del usuario. Los usuarios reticentes a recurrir a la ISP pueden encontrarlo un tanto intimidatorio, dado que el intérprete parece alinearse con el profesional de la salud. Igualmente, el usuario puede ver al intérprete como parte del centro médico, olvidando su característica de neutral. Igualmente, el intérprete puede llegar a molestar al profesional de la salud si éste necesita moverse en la sala para examinar al paciente o buscar material. Además, las disposiciones de las sillas en la mayoría de consultas dificultan esta disposición.



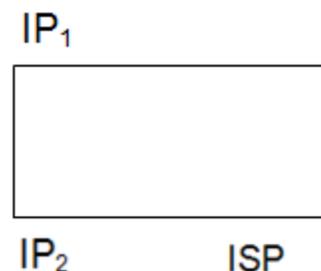
**Figura 1. Posicionamiento en la consulta trialógica. Al lado del profesional de la salud.**

- Al lado del usuario

Esta disposición promueve la comunicación directa entre el usuario y el profesional de la salud. En ella, el profesional de la salud puede ver tanto al usuario como al intérprete y el usuario tiene tendencia a hablar al profesional de la salud, quie, a su vez, puede tender a dirigirse

al intérprete, en lugar de al usuario.

Este posicionamiento puede hacer que el usuario reticente a la ISP se sienta más cómodo, pues la presencia del intérprete a su lado le puede llegar a reconfortar. Sin embargo, se corre el peligro de que el usuario vea al intérprete como un aliado e intente solicitarle su opinión personal, dirigirle comentarios o incluso voltearse para hablar directamente al intérprete obviando al profesional de la salud.



**Figura 2. Posicionamiento en la consulta trialógica. Al lado del usuario.**

- En medio, ente el profesional de la salud y el usuario

Este posicionamiento facilita que tanto el usuario como el profesional de la salud vean al intérprete como una parte neutral de la situación comunicativa. Sin embargo, se observa una elevada tendencia a que ambas partes dirijan su mirada al intérprete, en lugar de dirigirse el uno al otro, con lo que se obstaculiza la comunicación directa.

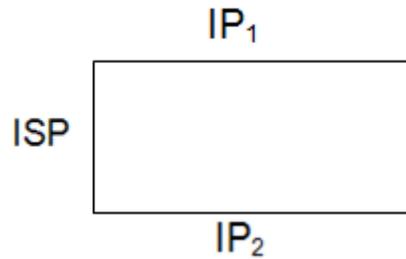


Figura 3. Posicionamiento en la consulta trialógica. Entre el profesional de la salud y el usuario.

- Detrás de una cortina

Este posicionamiento se aconseja para aquellas consultas en las que la presencia de un intérprete puede resultar demasiado intrusiva para el usuario (especialmente cuando son de sexos opuestos), debido a la intimidad de las exploraciones, etc. Al encontrarse el intérprete detrás de

una cortina, el usuario goza de una intimidad máxima, aunque, por otra parte, el intérprete no tiene acceso a la información transmitida mediante el lenguaje no verbal. En aquellos casos en los que se solicite que el intérprete permanezca en la sala, éste debería permanecer cerca de la cabeza del paciente, dándole la espalda si es posible, facilitando así su privacidad.

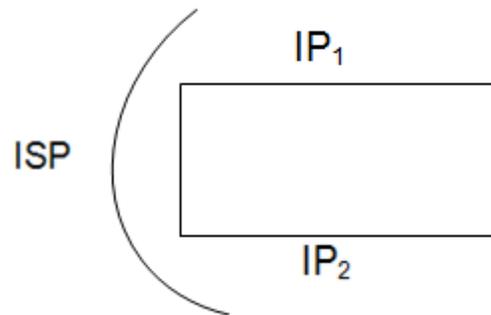


Figura 4. Posicionamiento en la consulta trialógica. Detrás de una cortina.

### 2.4.3. Las competencias del profesional de la ISP en el ámbito sanitario

Abril Martí y Martín (2008) se basan en los trabajos de Kelly para dar con los componentes de la competencia del profesional de la ISP. Así, las autoras exponen que el modelo de Kelly (2002 y 2005) se compone de siete áreas de competencia o subcompetencias, que se aplican a la ISP del siguiente modo:

- Subcompetencia comunicativa y textual en al menos dos lenguas y culturas: En ISP, la competencia comunicativa en diferentes registros, dialectos y variedades de las lenguas de trabajo resultan imprescindibles para todo profesional.
- Subcompetencia cultural e intercultural: El profesional de la ISP precisa de conocimientos sobre el fenómeno social y demográfico de la inmigración, los

valores culturales que inciden en las relaciones interpersonales y el concepto de salud (en el caso de la ISP en el ámbito sanitario) y sus efectos en las estrategias comunicativas que adoptan los interlocutores en la comunicación intercultural.

- Subcompetencia temática: El profesional de la ISP debe dominar los campos temáticos en los que trabaja. Los conocimientos en la materia le permitirán entender el mensaje. En el caso que nos atañe, es decir, la ISP en el ámbito sanitario, el profesional deberá tener conocimientos suficientes acerca del sistema de salud en el que se circunscribe su labor, así como acerca de la red de servicios públicos del país. Igualmente, debe estar familiarizado con el campo de conocimiento con el que trabaja, en este caso, la medicina, y conocer el discurso médico y su terminología.
- Subcompetencia instrumental profesional: Es esencial que el profesional de la ISP conozca a fondo la deontología de su profesión, especialmente en lo referente al papel del intérprete y sus límites profesionales.
- Subcompetencia psicofisiológica: El profesional de la ISP debe contar con una conciencia real sobre sí mismo y con aptitudes o cualidades psicofisiológicas esenciales para su trabajo, como son la capacidad de atención, concentración y memoria, así como la capacidad de análisis y reformulación.
- Subcompetencia interpersonal: El intérprete debe actuar de manera profesional dentro de un equipo e interrelacionarse con todos los actores que le rodean en sus intervenciones. Cobran elevada importancia, por ende, las habilidades sociales o de comunicación interpersonal, como son la capacidad para la escucha activa, la asertividad, el dominio de estrategias de interrogación y negociación o la capacidad de gestionar el turno de palabras.
- Subcompetencia estratégica: El profesional de la ISP debe dominar los procedimientos necesarios para la planificación, organización y realización de su trabajo, la identificación y resolución de problemas, así como la autoevaluación y revisión. En ISP es esencial la capacidad de transferencia y el dominio de las técnicas de interpretación.

#### **2.4.4. La deontología en ISP en el ámbito sanitario**

Solow (1981) asegura que los códigos éticos protegen al profesional de la ISP y hace menguar las arbitrariedades intrínsecas a sus decisiones, proporcionando una serie de guías y patrones a seguir. En esta línea, Gish (1990) asegura que la ética profesional está compuesta de normas o comportamientos desarrollados con el tiempo para reflejar el deseo de la profesión de asegurar el bienestar de sus usuarios. Así, según Gish (1990), los códigos éticos reflejan lo que la profesión considera moralmente deseable. De acuerdo con Tseng (1992), la existencia de un código ético es lo que distingue un oficio de una profesión.

Valero-Garcés (2014) constata que los profesionales de la ISP deben trabajar de acuerdo con un código ético basado en cuatro principios esenciales:

- Confidencialidad: El profesional de la ISP debe respetar el derecho de las personas a la vida privada.
- Imparcialidad: El intérprete debe evitar ponerse de la parte de ninguno de los interlocutores de la conversación trialingica.
- Precisión/Fidelidad: El intérprete debe proporcionar un mensaje fiel al original y apropiado al nuevo contexto cultural.
- Integridad: El intérprete debe ser realista acerca de las propias habilidades antes de aceptar un encargo.

El Healthcare Interpretation Network de Canadá (HIN, 2007) expone que los estándares para la práctica definen el marco en el que se desarrolla y se evalúa la actividad interpretativa. Estos sirven de guía sobre como un profesional de la ISP debe implementar su rol, sus derechos y sus responsabilidades. En cambio, los principios éticos se centran en los deberes de actuación del profesional de la ISP cuando, por dilemas éticos o por cualquier otro tipo de traba, la adhesión del profesional a los estándares para la práctica se ve dificultada. Estos dos tipos de documentos se complementan, proporcionando parámetros para delimitar en qué consiste una buena prestación en ISP. Existen diferentes códigos deontológicos y manuales de buenas prácticas en materia de ISP en el ámbito sanitario, entre los que destacan los de la IMIA (International Medical Interpreters Association), el NCIHC (National Council of Interpreting in Healthcare, United States of America) y los de la HIN (Healthcare Interpretation Network, Canada).

Dragoje y Ellam (2007) examinan el conocimiento y las percepciones de los profesionales de la ISP del ámbito sanitario, los profesionales que trabajan con ellos y los usuarios de sus servicios acerca del código deontológico y su aplicación. Los resultados de este estudio observan unas prácticas poco éticas que pueden estar relacionadas con la problemática que supone establecer el rol del intérprete, lo que también se encuentra vinculado a la institución en la que éste trabaja y las expectativas de sus profesionales. Sea como fuere, el estudio concluye que los profesionales de la ISP son responsables de la comprensión y el respeto de su código ético, así como de hacerselo comprender y respetar a otros profesionales en pro de su profesión.

Bancroft (2005) realiza un análisis de diferentes códigos de ética a nivel mundial. Para dicho análisis, la autora recoge un total de 145 documentos de 25 países en 11 lenguas diferentes. Estos documentos engloban tanto códigos éticos como códigos de conducta, códigos de responsabilidad profesional, guías prácticas, códigos para la práctica y estándares para la práctica. De entre los resultados de dicho análisis, destacan que los códigos de ética, conducta o responsabilidad profesional sobrepasan las guías o estándares para la práctica de la interpretación (en una quinta parte). Además, la autora

señala que estos documentos son más comunes en países desarrollados con un elevado número de inmigrantes, como los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y países europeos, indicando que se encontraron muy pocos en países en vías de desarrollo. Igualmente, comenta que, en la mayor parte de países desarrollados, la interpretación de conferencias, la judicial y la de lengua de signos se encuentran más desarrolladas que la interpretación comunitaria y médica, siendo la de conferencias la más estable.

En lo que concierne a la ética en interpretación en el ámbito sanitario, Bancroft (2005) apunta que los estándares para la práctica difieren de los de otros ámbitos de interpretación en tanto y en cuanto éstos se centran en la salud y el bienestar del usuario, así como en promocionar el vínculo entre el profesional de la salud y el usuario y en demostrar respeto por ambas partes. A partir del análisis realizado, la autora enumera una serie de aspectos comunes en los documentos éticos en ISP del ámbito sanitario analizados. Veámoslos resumidos en la tabla siguiente:

Códigos éticos y de conducta	Estándares de práctica
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No practicar la medicina.</li> <li>- Garantizar la comprensión.</li> <li>- Explicar las diferencias y prácticas culturales.</li> <li>- Permitir que el usuario tome sus propias decisiones.</li> <li>- Respetar las fronteras profesionales.</li> <li>- Ser comprensivo y atento aunque imparcial.</li> <li>- Usar habilidades para entablar una relación de confianza.</li> <li>- Tratar a las partes con dignidad y respeto.</li> <li>- Emplear un tono de voz apropiado.</li> <li>- Guiar a las partes en cuanto a las necesidades de comunicación.</li> <li>- Ser empático y cooperativo.</li> <li>- Si el usuario habla la lengua mayoritaria, no intervenir, sino mantenerse a la escucha de manera distante.</li> <li>- Explicar los roles y el estilo de interpretación a las partes.</li> <li>- Escuchar con atención.</li> <li>- Utilizar un estilo de lengua fácilmente comprensible.</li> <li>- Promover la comprensión multicultural.</li> <li>- Traducir a la vista cuando sea necesario.</li> <li>- Asegurarse de la comprensión de todo consentimiento informado.</li> <li>- Mantener la confidencialidad.</li> <li>- Demostrar sensibilidad y conocimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar la primera persona.</li> <li>- Abordar las necesidades culturales.</li> <li>- Respetar el derecho de las partes a discrepar sin mostrar preferencias.</li> <li>- No influir con creencias ni sentimientos personales.</li> <li>- Evitar comportamientos que muestren preferencias.</li> <li>- Reconocer conflictos entre la autonomía paciente y las creencias.</li> <li>- Educar al profesional de la salud acerca de la cultura.</li> <li>- No tomar el mando ni asumir el papel del profesional de la salud.</li> <li>- Respetar la intimidad física en el momento de posicionarse en la visita trialógica.</li> <li>- Proteger la intimidad del intérprete, su seguridad y su bien estar.</li> <li>- Garantizar la competencia en ISP mediante pruebas y acreditaciones.</li> <li>- Interpretar los tonos de voz y las emociones.</li> <li>- Supervisar tendencias personales y creencias culturales.</li> <li>- Aplicar una toma de decisiones ética cuando sea necesario.</li> <li>- Supervisar señales no verbales que favorezcan la comprensión.</li> <li>- Tener en cuenta el modelo incremental de intervención.</li> </ul>

<p>cultural.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respetar los estándares de actuación.</li> <li>- Evitar la creación de estereotipos.</li> <li>- Esforzarse en pro de la certificación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordar las barreras impuestas por el alfabetismo.</li> <li>- No firmar como testigo en documentos firmados.</li> <li>- Firmar documentos de consentimiento informado.</li> <li>- Vestir de manera apropiada.</li> <li>- Interpretar en modalidad consecutiva en la mayoría de escenarios médicos.</li> <li>- Limitar las interpretaciones resumidas.</li> <li>- Intervenir de manera sensible y culturalmente apropiada.</li> <li>- Respetar las exigencias de seguridad del hospital.</li> </ul>
---	---

**Tabla 6. Aspectos comunes en los documentos éticos en ISP del ámbito sanitario. Adaptado de Bancroft (2005).**

Es digno de mención el trabajo de Cokely (2000), quien examina algunos de los principales preceptos de los códigos éticos existentes (especialmente para la interpretación en lengua de signos). Este trabajo analiza si los principios son válidos para la profesión y las comunidades con las que se trabaja. Cokely (2000) propone un modelo de código ético descriptivo basado en los derechos en ISP sanitaria.

Dean y Pollard (2006 y 2011) se centran en la formación de profesionales de la ISP en aspectos éticos de la profesión. Dean y Pollard (2006) insisten en que los profesionales de la ISP deben ser capaces de tomar decisiones de manera ética y de justificar sus motivaciones. En su trabajo del 2011, Dean y Pollard insisten en la necesidad de cambiar la manera de presentar la ética en ISP en el aula.

Aguilar-Solano (2013), por su parte, analiza las actuaciones de los intérpretes de una ONG que trabajan en dos hospitales del sur de España. La autora examina sus intervenciones y su habilidad de reposicionarse constantemente entre dos polos éticos claramente diferenciados: el del intérprete como agente institucional (que se mantiene fiel a la institución para la que trabaja) y el del intérprete como portavoz del usuario (paciente, tolerante y compasivo). La autora describe el trabajo realizado por estos intérpretes y sugiere la aplicación de sus pautas de trabajo a la práctica profesional en ISP en el ámbito sanitario.

# Capítulo 3: Marco metodológico

Dedico este capítulo a la descripción de la metodología investigadora desarrollada. En primer lugar, detallo los objetivos y preguntas de investigación que fundamentan mi trabajo para, posteriormente, detallar sus características en cuanto al tipo de estudio realizado. Expongo también el periodo de tiempo y el lugar donde se desarrolla la investigación, así como la muestra utilizada, los instrumentos de recogida de datos elaborados, los procesos de análisis emprendidos e incluso los aspectos éticos tomados en consideración.

A modo de resumen del marco metodológico, a continuación muestro una ilustración gráfica donde se pueden observar las decisiones tomadas al respecto:

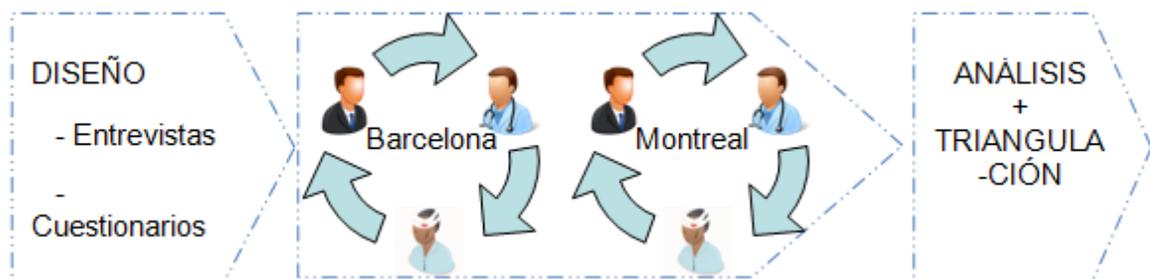


Gráfico 5. Esquema del marco metodológico de la investigación.

### 3.1. Objetivos y preguntas de investigación

El objetivo de esta tesis doctoral es realizar una descripción analítica comparativa entre los servicios de ISP de centros sanitarios de las ciudades de Barcelona y Montreal que disponen de servicios de mediación y/o interpretación. En ella describo el trabajo que se ha estado realizando en ambas ciudades en materia de ISP, en aras a avanzar en la materia, tomando como base la descripción analítica comparativa resultante de mis observaciones.

Para poder elaborar exitosamente el presente trabajo, he desglosado este objetivo general en los siguientes objetivos específicos:

1. Observar cómo está organizado el servicio de ISP en hospitales y centros de atención primaria de las ciudades de Barcelona y Montreal.

Para ello, propongo los siguientes subobjetivos:

- Describir cómo se está efectuando la prestación del servicio de ISP en los servicios sanitarios.
  - Comprobar cómo está integrado el servicio de ISP dentro del organigrama de la red de servicios sanitarios públicos.
  - Analizar los fines, metas y objetivos de la institución sanitaria al crear el servicio de ISP.
  - Estudiar si existe un programa para la puesta en marcha del servicio de ISP en cada centro sanitario y, en su caso, sus fases de ejecución, los plazos de dichas fases y el presupuesto con que se cuenta para llevarlo a cabo.
  - Describir la organización del servicio de ISP. Averiguar qué modalidades de traducción e interpretación se utilizan y con qué frecuencia.
  - Evidenciar la cualificación del personal que realiza las labores de ISP.
  - Averiguar si el personal de los servicios de ISP está integrado dentro de la plantilla del centro o si dicho servicio es prestado por una agencia externa.
  - Examinar la idoneidad del diseño del servicio de de los servicios de ISP y si existe necesidad de un desarrollo formativo y laboral de sus prestatarios.
2. Comparar los servicios de ISP del ámbito sanitario de las dos ciudades estudiadas.
  3. Elaborar recomendaciones, si procede, basadas en las experiencias ya vividas en una ciudad y adaptadas a la realidad social de la otra, o bien nuevas soluciones, si las anteriores no son adaptables, todo ello con tal de proponer cambios para el modelo actual de la ISP del ámbito sanitario.

Atendiendo a los objetivos expuestos, planteo las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son los objetivos de los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?
2. ¿Cómo están organizados los servicios de ISP en hospitales y centros de atención primaria de las ciudades de Barcelona y Montreal?
3. ¿Cuáles son las similitudes y las diferencias existentes entre los servicios de ISP de los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?
  - 3.1. ¿Cómo se prestan los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?

- 3.2. ¿Cómo se integra la ISP dentro de los sistemas sanitarios barcelonés y montrealés?
  - 3.3. ¿Se han diseñado programas para la creación de los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés? En ese caso, ¿qué características tienen dichos programas? ¿Cuáles son sus fases? *¿Cuál es la idoneidad de sus presupuestos?*
4. En relación a los profesionales de la interpretación:
- 4.1. ¿A qué modalidades de interpretación recurren los profesionales de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés? ¿Con qué frecuencia?
  - 4.2. ¿Con qué formación cuentan los profesionales de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?
  - 4.3. ¿Cuál es la vinculación del profesional de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés para con los centros de salud?

En la elaboración de mis preguntas de investigación, he intentado que éstas respondan a las cualidades de claridad, factibilidad y pertinencia, prestando especial atención a la redacción, así como a la elección del léxico utilizado. A continuación expongo los motivos que justifican la elección de las preguntas de investigación

### **Claridad**

Las preguntas planteadas resultan claras y concisas, a la par que precisas y unívocas. Para que cumplieran esta premisa, he evitado toda señal que pudiese llevar a confusión, intentando que las preguntas no resultaran vagas ni mostraran ideas propias en su planteamiento. He elaborado las preguntas con significado único, que no puedan traer a confusión. Al mismo tiempo, he buscado una exactitud rigurosa tanto en el estilo de su redacción como en el lenguaje.

### **Factibilidad**

Las preguntas de investigación planteadas resultan realistas. Si bien este trabajo depende de la colaboración de terceras personas, la factibilidad del mismo se deriva del análisis de la relación entre el tiempo disponible para su elaboración y los recursos necesarios para realizarlo.

Los recursos necesarios se ven condicionados por la metodología escogida para el estudio, en la cual profundizo en el Capítulo 2. No obstante, podemos avanzar que son, en su totalidad, recursos humanos, pues los datos analizados son las respuestas a una serie de entrevistas y cuestionarios. Como explicaré más adelante, estos recursos humanos engloban los siguientes:

- profesionales de la salud
- gestores de los servicios de ISP
- intérpretes o mediadores
- usuarios de servicios ISP

A pesar de que las fuentes de información de este estudio son las propias personas que interactúan en los servicios de ISP estudiados y aún teniendo en cuenta que se depende de la disponibilidad de los mismos para su elaboración, ha sido posible implementar el proyecto de tesis inicialmente ideado.

### **Pertinencia**

Considero que las preguntas de investigación planteadas son pertinentes dada la información expuesta hasta el momento, pues sus respuestas permitirán avanzar hacia una óptima solución a un problema real visible en la sociedad actual. La investigación será de elevada utilidad en el campo de la ISP en el ámbito sanitario. Mediante la comparación de estas dos realidades se podrá contribuir a un desarrollo paralelo, incitando a los estudiosos en el ámbito a emprender proyectos conjuntos y promoviendo el abandono de soluciones individualistas que tapen agujeros puntuales. De este modo, este estudio pretende promover la idea de avanzar colectivamente, con tal de promover el conocimiento de la ISP como actividad profesional a escala global.

## **3.2. Enfoque metodológico**

En el presente estudio adopto un enfoque eminentemente cualitativo, aunque en él se compaginan aspectos de la metodología cuantitativa con los propios de la metodología cualitativa. Sin embargo, la investigación cualitativa tiene un peso predominante en esta investigación, mientras que el enfoque cuantitativo sirve únicamente para contrastar y completar la información. Dentro del enfoque cualitativo, presento un estudio de caso de las realidades de Barcelona y Montreal.

En mi trabajo, analizo el fenómeno de la ISP como una realidad compleja, examinada desde un punto de vista humano, propio de las relaciones sociales. Todo ello, partiendo de la base de que el comportamiento humano no es fácil de medir. Con ella, pretendo entender, describir, interpretar y explicar el comportamiento en ISP desde el marco de referencia subjetivo de los propios actores en la conversación dialógica. Mediante una investigación con métodos mixtos (entrevistas y cuestionarios), tratados siguiendo una metodología eminentemente cualitativa, exploro la ISP del ámbito sanitario en su contexto natural. De este modo, describo los servicios de ISP de los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés, según los perciben sus actores: los profesionales de la salud, los gestores de servicios de ISP, los profesionales de la ISP y los usuarios de dichos servicios.

Si bien autores como Stake (1995) defienden lo contrario, Creswell (2007), en la línea de autores como Denzin y Lincoln (2005), Merriam (1988) o Yin (2003), considera el estudio de caso una metodología propia de la investigación cualitativa, en la que se estudian en profundidad uno o varios casos, recurriendo a múltiples fuentes de información. De acuerdo con Creswell (2007), el estudio de caso es una metodología muy común en ciencias sociales, siendo ampliamente utilizado en psicología, medicina, derecho o ciencias políticas. De acuerdo con Hamel, Dufour y Fortin (1993), los estudios de caso actuales tienen sus orígenes en los ámbitos de la antropología y la sociología. Éstos, de acuerdo con Creswell (2007), se centran en desarrollar una descripción profunda de uno o varios casos (con su consecuente análisis), con tal de entender el fenómeno observado. Para ello, se recurre a diferentes fuentes de información, mediante la aplicación de instrumentos de investigación diversos, en este caso, cuestionarios y entrevistas.

La presente investigación constituye un estudio de caso múltiple, que sigue una metodología basada en la réplica. Dicho de otro modo y como se verá más adelante en este capítulo, el estudio que presento se ha limitado a reproducir el mismo proceso de investigación en ambas ciudades. Yin (2003) define un estudio de caso como:

Una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, (...) se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos.

En el presente trabajo, he realizado las mismas preguntas en ambos ámbitos sanitarios, con la consecuente comparación posterior de las respuestas obtenidas, que me han permitido llegar a conclusiones significativas.

Mi investigación se puede catalogar de aplicada, dado que examina un conjunto de circunstancias concretas (las características de la ISP en el ámbito sanitario en los contextos barcelonés y montrealés) con el objetivo final de relacionar los resultados obtenidos con una situación concreta. Todo ello con la intención de realizar propuestas que puedan guiar hacia una optimización del modelo actual de ISP del ámbito sanitario. De acuerdo con Hale y Napier (2013), la mayoría de la investigación realizada en interpretación ha sido aplicada, pues la interpretación es, fundamentalmente, una práctica profesional, ligada a situaciones concretas. Según Neuman (2000), este tipo de investigación es a menudo descriptiva y su punto fuerte es que tiene un uso práctico inmediato. Cabe comentar en esta línea que el trabajo se conforma a partir de la comparación de dos estudios descriptivos, elaborados en cada una de las ciudades implicadas. Así, inicialmente, realicé sendas investigaciones descriptivas, con la intención de analizar y entender un fenómeno social, comunicativo, en el ámbito sanitario. La investigación que he emprendido en cada una de las ciudades tiene las características que, siguiendo lo expuesto por Neuman (2000), son propias de las investigaciones descriptivas, pues se centra en:

- Proporcionar una imagen precisa y detallada de los servicios de ISP prestados
- Encontrar nuevos datos que contradigan los datos anteriormente hallados
- Crear un conjunto de categorías o clasificaciones
- Documentar un proceso o mecanismo
- Informar del contexto de una situación
- Responder a las preguntas “qué” y “cómo”

De entre los diferentes métodos de investigación cualitativa, he decidido aplicar a mi investigación un análisis de contenido cualitativo, definido por Schreier (2012) como un método que permite describir sistemáticamente el significado de material cualitativo, mediante la clasificación del mismo en función de una serie de categorías que conforman un marco de codificación. De acuerdo con la autora, dicho método, nacido en 1941, se puede aplicar a todo tipo de material (textos, documentos de audio, vídeos, etc.) y permite al investigador centrarse en analizar aspectos concretos del material a su disposición relacionados con las preguntas de investigación. Según Schreier (2012), el análisis de contenido cualitativo es un método sistemático y flexible, que permite reducir los datos obtenidos. Es sistemático en tanto y en cuanto se toma en consideración todo el material relevante, sigue una serie de pasos preestablecidos durante la fase de análisis y garantiza una fiabilidad de los resultados gracias a la aplicación y la verificación del marco de codificación utilizado. Asimismo, es flexible dado que dicho marco de codificación se adapta al material investigado, con lo que se hace posible comprobar su validez. Igualmente, reduce el material al limitar el análisis a los aspectos relevantes del mismo, clasificando la información específica bajo conceptos más generales, gracias a la categorización del contenido.

Si bien dedico el apartado 3.5. a explicar la aplicación de dicho método, considero importante resaltar las características que lo hacen cualitativo. Tal y como expone Schreier (2012), se trata de un método:

- Interpretativo: Trata material simbólico que requiere ser interpretado.
- Naturalista: Conserva el contexto real, sin manipular el entorno de la investigación.
- Situacional: Se tiene en cuenta el contexto, centrándose en experiencias concretas.
- Reflexivo: La reflexión de los participantes es importante y da pie a la co-creación de datos por parte del investigador.
- Flexible: Se puede adaptar cualquier aspecto del proceso de investigación durante el estudio.

- Inductivo. Se utilizan métodos abiertos de recolección de datos y, en el análisis, surgen conceptos claves a partir de los datos obtenidos.
- Casuístico: Se estudian los casos enteros en profundidad.
- Enfocado hacia la validez.

Presento un trabajo no experimental que ayuda a establecer las características de la situación actual de la realidad a analizar, recogiendo datos sobre el objeto de estudio para identificarlo, especificar sus características, compararlo con lugares de mayor tradición y, tras descubrir las reglas internas que han llevado a la mejora del sistema montrealés, dar pie a conclusiones que permitan, si procede, realizar propuestas de mejora.

De acuerdo con lo expuesto hasta ahora, este trabajo consta de una fase exploratoria, en la que recopilé y analicé la bibliografía científica publicada hasta el momento sobre ISP, lo que me permitió elaborar el marco teórico de esta tesis doctoral. En dicha fase, integro en mi trabajo los conocimientos encontrados por otros autores, lo que me permitió explorar previamente el tema objeto de estudio, adquiriendo conocimientos acerca del mismo y las investigaciones previas relacionadas con él. Asimismo, esta etapa me facilitó la delimitación del vacío de conocimiento que pretende llenar el presente estudio. Tras ésta, emprendí la fase de diseño de los instrumentos de recogida de datos, que constituye el marco metodológico de este trabajo. Más tarde, me adentré en la fase de la observación, la cual se realizó en dos fases: una realizada en Barcelona y otra en Montreal. Posteriormente, inicié la fase de análisis de los datos obtenidos, tras lo que llegué a una última etapa de comparación, triangulación y extracción de conclusiones.

### 3.3. Muestra del estudio

La muestra de este estudio está dividida en dos grandes grupos, correspondientes a cada una de las ciudades analizadas. Estos grupos se encuentran, a su vez, divididos en cuatro subgrupos claramente diferenciados. De este modo, encontramos a:

- los profesionales de la salud que trabajan con intérpretes o mediadores (ya sean estos médicos, enfermeros, asistentes sociales, etc.)
- el personal encargado de gestionar los servicios de ISP
- los propios intérpretes o mediadores
- los usuarios de dichos servicios

He considerado necesario estudiar los puntos de vista de cada uno de los subgrupos mencionados dado que todos ellos tienen mucho que ver en la situación comunicativa que se analiza. Así, con las vivencias de los profesionales de la salud y del personal encargado de gestionar los servicios de ISP, podremos conformar el punto de vista de la

Administración respecto a la realidad analizada. Este punto de vista, junto con el de los intérpretes o mediadores y el de los usuarios, me ha permitido describir la totalidad de la situación en cada una de las ciudades analizadas. Esto se corresponde con la idea de Corsellis (2002), quien compara el trabajo de los profesionales de la ISP con una cadena compuesta por tres eslabones fundamentales, siendo estos los proveedores de los servicios públicos, los profesionales de la ISP y los usuarios beneficiarios de tales servicios.

Como avanzaba, este estudio se basa en el análisis tanto de entrevistas como de cuestionarios. Los sujetos de los primeros tres subgrupos mencionados (profesionales de la salud, gestores de los servicios de ISP e intérpretes o mediadores) fueron entrevistados personalmente, mientras que la población inmigrante usuaria de dichos servicios respondió a un cuestionario.

El muestreo se realizó de manera aleatoria, de manera que los sujetos participantes se eligieron al azar entre aquellos a los que se pudo acceder a través de las instituciones sanitarias participantes.

### 3.3.1. Perfil de los sujetos participantes

Considero conveniente repasar, grosso modo, el perfil de cada uno de los sujetos participantes en este estudio. Para ello, a continuación presento una serie de tablas que asocian los pseudónimos utilizados con las grabaciones realizadas y, a su vez, presentan información de interés acerca de los sujetos participantes que no aparece en los informes de resultados. Cabe destacar que, con tal de respetar la confidencialidad que se garantizó a los participantes de este estudio, he atribuido nombres ficticios a los diferentes entrevistados.

#### 3.3.1.1. Sujetos participantes del ámbito sanitario barcelonés

A continuación expongo los pseudónimos atribuidos a los gestores de servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés, especificando en qué centros desarrollan sus funciones:

Gestores de servicios de ISP		
Pseudónimo	Código de grabación	Centro sanitario
Manuel	69-70	CAP 1
Susana	71	CAP 2
Almudena	74-75	Hospital 1
Maragda	69-70	Hospital 2
Lourdes	78-79-80	Hospital 3
Belinda	61-63	CAP 3
Paco	76-77	Hospital 5
Andrea	59-60	CAP 4
Inma	73	Hospital 6

Tabla 7. Sujetos participantes. Gestores de servicios de ISP. Ámbito sanitario barcelonés.

En la siguiente tabla despliego el número de centros para los que trabajan los profesionales de la ISP entrevistados en el ámbito sanitario barcelonés y el perfil profesional que les define, pues el resto de información que describe su perfil se presentará a lo largo del informe de resultados pertinente:

Profesionales de la ISP		
Pseudónimo	Código de grabación	Observaciones
Shahid	8-9-10-11	Mediador intercultural en un total de cinco centros de salud primaria.
Mei	12-13	Mediadora intercultural en tres centros de atención primaria y un hospital.
Aida	14-15	Mediadora intercultural en dos centros de atención primaria.
Nadia	16	Mediadora intercultural en cinco centros de atención primaria.
Priya	18	Mediadora intercultural en dos centros de atención primaria y un hospital.
Dalila	19	Mediadora en un hospital.
Veena	20-21-22	Mediadora en un hospital.
Ikram	23	Mediadora intercultural en dos centros de atención primaria y dos hospitales.
Tariq	26	Agente de salud comunitario en un centro de atención primaria.
Alí	28	Mediador intercultural en un hospital y agente de salud comunitario en otro hospital.
Fen	29	Mediadora intercultural en tres centros de atención primaria y un hospital.
Fatou	30-31-32	Mediadora intercultural en dos hospitales.
Wei	33-34-35	Mediadora intercultural en dos centros de atención primaria y dos hospitales.
Agnes	36	Agente de salud comunitario en dos centros de atención primaria y mediadora intercultural en dos hospitales.
Carmen	37	Agente de salud comunitaria en un centro de atención primaria.

**Tabla 8. Sujetos participantes. Profesionales de la ISP. Ambito sanitario barcelonés.**

Acto seguido, recordaré el perfil de los profesionales de la salud entrevistados en Barcelona: Este subgrupo de la muestra está formado por 26 sujetos con diferentes cargos dentro de un total de 10 centros de salud, de los cuales 4 son centros de atención primaria y 6, hospitales. Entre ellos encontramos 11 médicos, 8 enfermeros, 4 trabajadoras sociales y 3 auxiliares administrativos.

En la siguiente tabla presento sucintamente el perfil de cada uno de los entrevistados:

Profesionales de la salud			
Pseudónimo	Código de grabación	Cargo	Centro
María	1	Comadrona	CAP 1
Isabel	2	Pediatra	CAP 1
Laura	3	Médico de familia	CAP 2
Rosa	4	Médico residente. Medicina familiar y comunitaria	CAP 2
Marta	5	Trabajadora social	Hospital 1
Pilar	6	Educadora diabetológica	Hospital 2
Ana	7	Enfermera. Neonatología	Hospital 3
Antonio	24-25-27	Médico. Neonatología	Hospital 4
Raquel	38	Auxiliar administrativa	CAP 3
Elena	39	Trabajadora social	Hospital 5
Teresa	40-41	Médico. Medicina Tropical	CAP 4
Cristina	42	Trabajadora social	Hospital 3
Miguel	43-44	Médico. Enfermedades infecciosas	Hospital 3
Beatriz	45	Auxiliar administrativa	CAP 3
Sara	46-47	Auxiliar administrativa	CAP 2
Clara	48-49-50	Enfermera	Hospital 2
Catalina	51	Médico	CAP 2
Margarita	52-53-54-55	Trabajadora social	CAP 1
Paula	56	Enfermera. Pediatría	CAP 1
Carlota	57	Médico de familia	CAP 1
Yolanda	58	Enfermera. Endocrinología	Hospital 6
Sonia	62	Médico. Endocrinología	Hospital 4
Javier	64	Enfermero de laboratorio. Medicina Tropical	CAP 4
Consuelo	65	Médico de familia	CAP 3
Mercedes	66	Enfermera. Ginecología	Hospital 4
Patricia	67	Pediatra	Hospital 6

Tabla 9. Sujetos participantes. Profesionales de la salud. Ámbito sanitario barcelonés.

### 3.3.1.2. Sujetos participantes del ámbito sanitario montrealés

Dado que los gestores de los servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés son las directoras del BII y del SCIS del MCH, cuyos nombres son conocidos en dicho ámbito, no utilizo pseudónimos para la exposición de la información obtenida mediante sus entrevistas. No obstante, considero igualmente importante presentar los códigos de sus grabaciones:

Gestores de servicios de ISP		
Nombre	Código de grabación	Afiliación
Marion	1-2-3	BII
Mona	4-5-6	SCIS (MCH)

Tabla 10. Sujetos participantes. Gestores de servicios de ISP. Ámbito sanitario montrealés.

En la siguiente tabla presento a los profesionales de la ISP entrevistados en el ámbito sanitario montrealés incidiendo en su afiliación ya sea al BII o al SCIS del MCH:

Profesionales de la ISP		
Pseudónimo	Código de grabación	Afiliación
Mayra	P7 P8	BII
Diego	P9	MCH
Lionel	P10	MCH
Fai	P11 P12	MCH
Basma	P13	BII
Ari	P14 P15	BII
Matilde	P16	BII
Yan	P17	BII
Marcela	P18	BII
Amanda	P19 P20	BII
Charlotte	P21 P22	BII
Dodek	P23 P24 P25 P26 P27 P28	BII
Agata	P29 P30	BII
Li	P31 P32	BII
Ghida	P33 P34	MCH
Safia	P35	MCH

**Tabla 11. Sujetos participantes. Profesionales de la ISP. Ámbito sanitario montrealés.**

Finalmente, describo el perfil de los profesionales de la salud entrevistados en Montreal: Este subgrupo de la muestra está formado por un total de 13 sujetos con diferentes cargos en diferentes centros de salud pertenecientes a 2 CSSS y un hospital. Entre ellos encontramos 2 médicos, 1 coordinadora de unidad, 3 enfermeras, 5 trabajadores sociales, 1 nutricionista y 1 auxiliar administrativa:

Profesionales de la salud				
Pseudónimo	Código de grabación	Cargo	Centro	CSSS
Stéphanie	36	Nutricionista	CLSC Côte-des-Neiges	CSSS de la Montagne
Natacha	37-38	Enfermera		
Marie-Ève	39	Trabajadora social	CLSC Parc-Extension	

Geneviève	40	Enfermera		
Dan	44	Trabajador social	CLSC Métro	
Anne-Marie	41	Trabajadora social	CLSC des Faubourgs - Visitation	CSSS Jeanne-Mance
Mélodie	42	Trabajadora social	CLSC Saint-Louis-du-Parc	
Ioanna	45	Trabajadora social		
Myène	43	Enfermera	MCH	
Isabela	46	Recepcionista		
Sharon	47	Coordinadora RCC		
Megan	48	Pediatra		
Melissa	49	Pediatra		

Tabla 12. etos participantes. Profesionales de la salud. Ambito sanitario montrealés.

### 3.4. Recogida de datos

La recogida de datos supuso una etapa muy laboriosa. En este apartado presentaré los instrumentos de recogida de datos, así como los pasos seguidos, en cada una de las ciudades, para acceder a la cultura de estudio y obtener la información necesaria para este proyecto.

Para el estudio de este fenómeno se ha recurrido a la descripción de los hechos según los ven sus propios actores. He realizado una observación indirecta detallada, es decir, relatada por los actores en la relación social que constituye la realidad objeto de estudio. Dicha observación ha permitido describir la situación actual en ISP en el contexto sanitario tal y como estos la viven. Con tal de obtener la información necesaria, me dirigí a los actores de la situación comunicativa en ISP en el contexto sanitario. Mediante el uso de entrevistas y cuestionarios como instrumento de observación, obtuve información cualitativa acerca de la ISP que me permitió, tras el estudio de los datos obtenidos, comprender la realidad objeto de estudio.

#### 3.4.1. Instrumentos de recogida de datos

Chávez Alizo (2007) define los instrumentos de investigación como los medios que utiliza el investigador para medir el comportamiento o los atributos de las variables.

En la elección de los instrumentos de recogida de datos, todo investigador debe tantear las potencialidades y limitaciones de los diferentes instrumentos. Cada uno de ellos se ajusta mejor a un tipo de problemática y es deficiente en otra. Lo importante es la selección de los instrumentos que mejor cuadren con el tipo de información que se desea reunir. Como avanzaba en apartados anteriores, el método de obtención de datos escogido para esta investigación doctoral fue el de la encuesta, siendo los instrumentos de recogida de datos utilizados, como adelantábamos, cuestionarios y entrevistas.

La encuesta se ubica a medio camino entre la observación y la experimentación. En ella se reconocen realidades observables y se cuestiona al individuo acerca de las mismas. De este modo, este método descriptivo permite relatar ideas, necesidades, preferencias, costumbres, etc., aunque, como apuntan Hale y Napier (2013), no se puede asegurar que toda la información compartida en ellos sea cierta. No obstante, con la aplicación de este método a una muestra representativa de la población se pretende obtener resultados fiables que se puedan extrapolar al conjunto de la población.

Con este fin, retomando los objetivos que originaron esta investigación, elaboré tres modelos de entrevista (uno por perfil de sujeto entrevistado) y un cuestionario (para los usuarios), que fue traducido a los idiomas predominantes entre la población inmigrante de ambas ciudades. Se distribuyeron cuestionarios en inglés, francés, español, árabe, chino, ruso y rumano, aunque no fueron respondidos en todos los idiomas. El conjunto de estos modelos de entrevistas y cuestionarios (consultables en los anexos) constituye el grupo de instrumentos de recogida de datos a aplicar en ambas ciudades.

Las entrevistas se realizaron en las lenguas autóctonas de cada una de las ciudades, es decir, en catalán o español en Barcelona y en francés o inglés en Montreal. Igualmente, algunos entrevistados en Montreal cuya lengua materna es el español prefirieron que se les entrevistara en dicha lengua.

Por lo que respecta a los cuestionarios, cabe insistir en que se distribuyeron en las lenguas de los usuarios, con tal de facilitar una óptima recolección de información. Mediante la traducción de los cuestionarios (inicialmente elaborados en español) a las lenguas de los inmigrantes, se obtuvo información lo más fiable posible. Concretamente, los cuestionarios fueron distribuidos en inglés, francés, rumano, ruso, árabe y chino en Barcelona, mientras que en Montreal a estas lenguas se añadió la versión española. De hecho, de este modo, se garantizaba que los encuestados comprendieran a la perfección las preguntas formuladas y que pudieran responderlas correctamente. Además, esto facilitó que pudieran rellenar los cuestionarios de manera autónoma, sin tener que recurrir a los servicios del profesional de la ISP, lo que podría haber condicionado sus respuestas.

A continuación, consideramos los aspectos metodológicos a tener en cuenta para la elaboración e implementación de ambos instrumentos.

#### **3.4.1.1. Entrevistas**

Según Sheuch (1974), las entrevistas constituyen el instrumento de observación más usado, hasta el momento, en las investigaciones sociales, y la que sin duda ha contribuido más a los logros de la sociología empírica. El objetivo de toda entrevista es el de generar datos que den cuenta de las experiencias de las personas en un contexto determinado, por lo que con el uso de entrevistas no se pretende obtener datos puntuales y cuantificables, sino más bien información acerca de las necesidades observables y la manera de satisfacerlas. Dicha información ayudará a profundizar en la

comprensión del contexto estudiado, así como a observar la relación entre los entrevistados y la realidad estudiada.

Para el diseño de las entrevistas, he partido del modelo de entrevistas que diseñé para un estudio previo (Burdeus-Domingo, 2010). Utilicé entrevistas semi-estructuradas, de manera que, tras la elaboración de un guión de entrevista por perfil de entrevistado, éste se aplicó de manera flexible según el transcurso de cada reunión, añadiendo o eliminando preguntas, según la situación lo requiriera. Como es de esperar, las preguntas planteadas en los diferentes guiones de entrevista fueron elaboradas en función de los objetivos planteados para este estudio. Las entrevistas se elaboraron teniendo en cuenta que, como apunta Silverman (2001), en las entrevistas cualitativas interesa obtener respuestas amplias y detalladas acerca de la realidad estudiada, por lo que se ha optado por las preguntas amplias, de manera que el entrevistado pudiese compartir en ellas tanta información como considerara necesario.

Dado que, como avanzaba, la muestra de este estudio está formada por grupos claramente diferenciados, se optó por la elaboración de diferentes guías de entrevista para cada uno de ellos. Esta elección fue impulsada por el hecho de que cada grupo está vinculado de una manera al servicio que estudiamos, por lo que sus experiencias son diferentes y cada perfil se encuentra preparado para responder a un tipo de preguntas.

Los guiones de entrevista<sup>14</sup> presentan preguntas similares o iguales, como las que pretenden recoger información acerca de la percepción de los servicios de ISP y su utilidad o las que indagan en los servicios prestados y la manera de proceder. No obstante, en su elaboración se tuvo en cuenta la relación que cada perfil tiene con la realidad estudiada, de manera que las preguntas planteadas son distintas según el perfil de entrevistado.

El guión de entrevista a profesionales de la salud contiene 19 preguntas, enfocadas a observar las experiencias de los trabajadores de los centros sanitarios con la ISP, así como sus opiniones acerca de dicho servicio y los sentimientos que les genera el trabajo con él.

El guión aplicado a las entrevistas a gestores de servicios de ISP está conformado por 31 preguntas que tratan temas diversos, entre los que destacan la observación de la necesidad de este tipo de servicios, el procedimiento de implantación, la explotación de dichos servicios, su relación jerárquica dentro de los servicios de salud o el uso que de ellos se hace.

Finalmente, el guión de entrevista elaborado para los profesionales de la ISP también contiene un total de 31 preguntas. Estas tratan aspectos demográficos acerca de los profesionales de la ISP (como las lenguas maternas y de trabajo o el nivel de estudios),

---

<sup>14</sup> Se pueden consultar los guiones de entrevista diseñados en los anexos.

así como temas diversos relacionados con la formación en ISP, las condiciones laborales de estos profesionales o la manera de trabajar del profesional de estos servicios.

### 3.4.1.2. Cuestionarios

El cuestionario es un instrumento de recogida de datos consistente en la obtención de respuestas directamente de los sujetos estudiados a partir de la formulación de una serie de preguntas por escrito. Es utilizado tanto en la investigación de enfoque cualitativo como cuantitativo. Éste es uno de los instrumentos más usados universalmente por las ciencias sociales, dado que permite llegar a un mayor número de participantes y facilita el análisis.

Se consideró más conveniente el uso de cuestionarios<sup>15</sup> para la recogida de información de los usuarios, por diferentes motivos. Por una parte, como avanzaba, el hecho de estar seguro de que los individuos comprenden tanto las preguntas formuladas como las respuestas propuestas aporta seguridad al investigador. Al mismo tiempo, la traducción del cuestionario a las lenguas de los usuarios permitió que las respuestas fueran lo más sinceras posibles, gracias tanto al anonimato que aseguran los cuestionarios, como al hecho de poder prescindir de los servicios de un mediador que facilite la comunicación. Esto es positivo porque dicho mediador es, además, el responsable del trabajo que se estudia, por lo que su intervención en el mismo podría interferir en las respuestas de los individuos estudiados, lo que haría perder validez a los resultados obtenidos. Asimismo, al traducirlo a las lenguas más representativas en cada contexto, se consiguió información representativa de la realidad, lo que incrementa la extrapolabilidad de los resultados obtenidos.

La elaboración de un cuestionario y su aplicación conlleva un arduo e intenso trabajo. En la confección de un cuestionario debe considerarse en primer lugar cuál es su objetivo. Dicho objetivo debe presentarse, a su vez, en consonancia con los objetivos globales de la investigación y resultar apropiado para las personas cuya opinión deseamos conocer. Así, las preguntas deben representar fielmente el contenido de lo investigado y ser comprendidas por los encuestados en una primera lectura. La claridad de la redacción y el sentido único de las expresiones lingüísticas es uno de los pilares principales para conseguir el éxito y la eficacia de los cuestionarios. Por este motivo, en su diseño he tenido en cuenta la adecuación de las preguntas del cuestionario a los objetivos de la investigación, así como la existencia de una estructura y disposición general equilibrada y armónica. He prestado especial atención a que no falte ninguna pregunta o elemento clave. Igualmente, he intentado que no haya reiteración de preguntas, ni preguntas que resulten superfluas.

---

<sup>15</sup> Se puede consultar el cuestionario diseñados en los anexos.

Los encuestadores han sido los profesionales de la ISP, quienes han accedido muy amablemente, a prestarme su ayuda para distribuir los cuestionarios entre los distintos usuarios que acudían al centro o centros donde prestan sus servicios. De hecho, para la aplicación de estos cuestionarios opté por la autoadministración de los mismos (Hernández Sampieri *et al.*, 2003). Los propios profesionales de la ISP proporcionaron los cuestionarios directamente a los encuestados en un sobre cerrado. De este modo, los usuarios de los servicios de ISP pudieron contestar anónima y libremente, sin recurrir a intermediarios. Aunque esta no representa la mejor opción para incluir el punto de vista de personas analfabetas en el estudio, resultó ser la más indicada dadas las leyes de protección de datos que amparan a los usuarios de servicios de sanidad pública en ambos países. De hecho, según Buendía (1997), la investigación a través del uso de cuestionarios pretende conocer lo que hacen, opinan o piensan los encuestados mediante preguntas realizadas por escrito y que pueden ser respondidas sin la presencia del encuestador.

Otro aspecto beneficioso del uso de cuestionarios como instrumento de recogida de datos es que ha permitido considerar la opinión de sujetos de distintos departamentos de los centros estudiados.

Dada la inexistencia de teorías o criterios definitivos para la elaboración de los cuestionarios y la redacción de las preguntas, según afirma Foddy (1996.), su elaboración se ve condicionada por los factores siguientes:

- La presión por obtener resultados inmediatos en las investigaciones ligadas a intereses prácticos.
- Durante mucho tiempo la utilización de medidas subjetivas no ha estado de moda entre los investigadores sociales.
- La investigación social ha tenido que enfrentarse a unas pocas reglas basadas en sentido común y la experiencia colectiva acumulada.

A la hora de diseñar y construir el cuestionario utilizado, tomé en consideración el propósito de la investigación, la población a la que iba destinado y los recursos disponibles para el proyecto.

Así pues, en primer lugar delimité el propósito básico del cuestionario, directamente relacionado con los objetivos y la hipótesis de la investigación. De este modo, la complementariedad entre las entrevistas y los cuestionarios diseñados permitirán responder a la totalidad de los objetivos de la investigación. En esta investigación, a través de los cuestionarios, intento obtener información sobre las maneras en que los usuarios alófonos de los servicios de salud pública se comunican con los profesionales de los mismos, incidiendo en sus preferencias, su nivel de satisfacción en la comunicación, el perfil ideal del profesional de la ISP, etc. Todo ello desde el punto de vista de los propios usuarios.

Los cuestionarios elaborados se componen de:

- Sección informativa

Se trata de una introducción para los participantes en el proyecto, en la que se presenta la información necesaria para comprender la finalidad del mismo, se garantiza la confidencialidad de la información compartida, se proporcionan indicaciones acerca de cómo responder a las preguntas planteadas y se agradece su colaboración.

- Sección demográfica

Los cuestionarios integran en una de sus secciones una serie de preguntas previas, de tipo socio-demográfico, que tienen relación con los datos personales o de identificación de los encuestados.

La información proporcionada por estos descriptores personales del encuestado permite matizar posteriormente el contenido de las respuestas de la totalidad del cuestionario y observar la frecuencia y significación de aspectos sociológicos en los resultados finales de la investigación. En este trabajo, para describir el perfil de los encuestados, he considerado los datos personales siguientes: sexo, edad, lengua materna, otras lenguas y nivel de estudios. Todos ellos constituyen información personal no identificativa de los encuestados.

- Ítems del cuestionario

Los cuestionarios pueden estar conformados por preguntas abiertas y/o preguntas cerradas, (Hernández Sampieri *et al.*, 2003; Martínez, 2002):

- Preguntas abiertas: Sólo contienen la pregunta, no delimitan de antemano las alternativas de respuesta. Esto origina respuestas más amplias, redactadas con las propias palabras del encuestado, por lo que el número de categorías de respuesta puede ser muy elevado (teóricamente infinito).
- Preguntas cerradas: Contienen categorías o alternativas de respuesta previamente delimitadas. Pueden ser:
  - Dicotómicas: Proponen dos alternativas de respuesta (sí o no y, en su caso, no sabe/no contesta):
  - Politómicas o categorizadas: Ofrecen una serie de alternativas entre las que el encuestado debe elegir una o varias.

El uso de cada una de ellas depende del tipo de investigación que se realiza, ya que cada cuestionario obedece a diferentes necesidades y problemas de investigación, lo que da lugar a que en cada caso el tipo de preguntas sea diferente (Hernández Sampieri *et al.*, 2003). A efectos de esta tesis, se elaboraron cuestionarios mixtos, es decir,

compuestos tanto por preguntas abiertas como por preguntas cerradas. Con ellos se pretende reducir la subjetividad que implicaría la elaboración de cuestionarios cerrados, de manera que los encuestados puedan justificar o aclarar sus respuestas.

Estos cuestionarios se basaron en los elaborados para el proyecto *Traducción e Inmigración: la formación de traductores e intérpretes para los servicios públicos, nuevas soluciones para nuevas realidades*, elaborado por el grupo MIRAS con financiación de la Agencia Catalana de Gestión de Ayudas Universitarias y de Investigación (AGAUR) y de la Secretaría de Inmigración de la Generalitat de Catalunya. Estos, a su vez, se elaboraron en base a los modelos ya contrastados y utilizados por Valero-Garcés y Lázaro (2008). Así, se trata de un modelo de cuestionario ya probado en el estudio anteriormente mencionado, cuya efectividad ha sido demostrada. No obstante, para su aplicación a la presente investigación, introduce una serie de cambios a los cuestionarios iniciales con tal de amoldarlos a los fines de la misma.

Dejando de lado la sección demográfica, que consta de 6 preguntas relativas a datos personales del encuestado, el cuestionario contiene un total de 20 preguntas. En dichas preguntas se abordan tanto la situación general (descripción de los servicios ofertados), como aspectos de casuística (experiencias y valoraciones relacionadas con los servicios de ISP). Se tratan aspectos de la realidad estudiada como las diferentes maneras de entablar conversaciones bilingües en el ámbito sanitario, el grado de satisfacción alcanzado por los usuarios en cada uno de ellos, las características más valoradas en los profesionales de la ISP o el trato que estos últimos dan a sus usuarios.

Si bien la mayoría de preguntas son cerradas, algunas se formularon con carácter semiabierto, para poder recoger explicaciones libres así como las opiniones y valoraciones personales de los encuestados, mientras que únicamente se formuló una pregunta abierta. Las preguntas semiabiertas y las abiertas nos han permitido completar e interpretar los datos obtenidos en las preguntas cerradas. En la tabla siguiente clasifico los ítems del cuestionario en función del tipo de pregunta formulada:

Tipología de las preguntas planteadas		
Cerrada	Semiabierta	Abierta
Ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 19	Ítems 4, 8, 10, 14, 16, 17	Ítem 20

**Tabla 13. Tipología de las preguntas del cuestionario.**

Por su parte, Tuckman (1994) confecciona una interesante clasificación del tipo de preguntas que conforman los cuestionarios en función del modo de respuesta esperada. Veamos las diferentes categorías propuestas, a partir de las cuales se ha trabajado:

MODO DE PREGUNTA	TIPOS DE DATOS PRINCIPALES	VENTAJAS	PRINCIPALES INCONVENIENTES
Abierta	Nominal	Menor acotamiento previo y flexibilidad de respuesta	Más difícil de puntuar o codificar

Escalar	Intervalo	Puntuación fácil	Tiempo empleado y puede ser sesgada
Clasificación	Ordinal	Puntuación fácil y muy discriminativas	Difíciles de contestar
Categorizada o lista de corroboraciones	Nominal (puede ser de intervalo si se totalizan)	Puntuación fácil y sencillas de contestar	Proporcionan menos datos y menos opciones

Tabla 14. Tipos de preguntas en función del modo de respuesta.

El cuestionario diseñado para esta investigación contiene preguntas abiertas, formadas por datos nominales, como son las preguntas 4, 8, 10, 14, 16, 17 y 20. Veamos un ejemplo:

10. Prefiero un intérprete/mediador intercultural	
Orígenes	
... autóctono con conocimientos de mi lengua materna.	
... que comparta mi lengua materna y tenga conocimientos de español/catalán	
Edad	Sexo
Menor de 25 años	Hombre
Mayor de 25 años	Mujer
Me es indiferente	Me es indiferente
Depende de .....	Depende de .....

Figura 5. Pregunta abierta formada por datos nominales.

Igualmente, el cuestionario utilizado contiene preguntas de clasificación con datos ordinales, como son las preguntas 2, 5, 6, 7, 11, 13, 15, 18 y 19. A continuación muestro un ejemplo de este tipo de pregunta:

5. Cuando un intérprete/mediador intercultural le acompaña, ¿suele hablar de su caso con él antes o después de la visita médica?		
Antes		
Sí	No	A veces
Después		
Sí	No	A veces

Figura 6. Pregunta de clasificación con datos ordinales.

Las restantes preguntas (pregunta número 1, 3, 9 y 12) son categorizadas o lista de corroboraciones. Observemos el siguiente ejemplo:

3. Cuando una tercera persona le acompaña en una visita médica, ésta suele ser:
Hijo/a
Esposo/a
Otros familiares
Amigos que comparten mi lengua materna y conocen bien el español y/o catalán
Amigos cuya lengua materna es el español y/o catalán y, además, hablan mi lengua materna
Intérpretes/mediadores interculturales

Figura 7. Pregunta categorizadas o lista de corroboraciones.

Dentro del tipo de preguntas anteriores, destaca la pregunta número 9, que pertenece a la escala de puntos. En este tipo de preguntas, el sujeto debe puntuar según su aceptación o rechazo palabras entre las presentadas.

9. ¿Qué características valora usted en un intérprete/mediador intercultural?  
 Ordénelas numerándolas del 1 (más importante) al 10 (menos importante)  
 Dominio de su lengua materna  
 Dominio del español y/o catalán  
 Conocimiento de ambas culturas  
 Simpatía  
 Neutralidad  
 Seriedad  
 Confidencialidad  
 Predisposición  
 Que se solidarice con su causa  
 Paciencia

**Figura 8. Pregunta con escala de puntos.**

En la sección de preguntas previas, de tipo socio-demográfico, hallamos una pregunta de modo escalar donde los datos están agrupados en intervalos, concretamente se trata de la información relativa a la edad de los encuestados.

Cabe destacar que, aunque los cuestionarios fueron elaborados para recopilar información que permita describir la misma realidad que las entrevistas realizadas para los otros perfiles de entrevistados, éstos tienen preguntas que difieren ligeramente de las planteadas a otros perfiles. Esto es así porque, como afirman Hale y Napier (2013), en el momento de diseñarlos se ha tratado de preguntar a cada perfil aquello a lo que podía responder.

A pesar de la sencillez del cuestionario elaborado, no todos los cuestionarios distribuidos fueron rellenados. Además, una elevada proporción de cuestionarios rellenados estaban contestados de manera errónea. No obstante, con tal de contar con la mayor cantidad de información posible, se tuvieron en cuenta la totalidad de los cuestionarios teniendo presentes dichos errores.

Una vez terminado el diseño del cuestionario, se sugiere una revisión de su formulación general y de las preguntas en particular. La validación del cuestionario es un proceso que conlleva a definir la validez del instrumento (McMillan; Schumacher, 2005). Estudiar las opiniones (conceptos, ideas, premisas, valoraciones, etc.) de los usuarios de los servicios de ISP, sobre cómo se comunican con los profesionales de los mismos, sus preferencias, su nivel de satisfacción en la comunicación, etc. es una tarea altamente compleja, por lo que el contenido del cuestionario se ha sometido a un proceso de valoración, con el fin de validar su adecuación al contexto de aplicación. En nuestro caso, el estudio que validó el cuestionario utilizado fue, como avanzaba, el realizado por el grupo MIRAS durante los años 2009 y 2010.

### 3.4.2. Corpus del estudio

El corpus de este estudio lo conforma el conjunto de grabaciones y cuestionarios obtenidos en la fase de observación. Concretamente, está compuesto por un total de 81 entrevistas grabadas en audio<sup>16</sup> y 110 cuestionarios. En la siguiente tabla se especifica el número de cuestionarios y entrevistas que componen el corpus con el que se ha trabajado en este estudio:

		Barcelona	Montreal
Entrevistas	Profesionales de la ISP	15	16
	Personal sanitario	26	13
	Gestores de servicios de ISP	9	2
Cuestionarios	Usuarios de los servicios de ISP	101	9

Tabla 15. Corpus del estudio.

En la fase de recogida de datos de Montreal, realizada tras la fase de recogida de datos en Barcelona, se intentó conseguir un volumen de datos equiparable al que se había alcanzado en la fase anterior. Como vemos, se consiguió una cantidad de datos muy similar del perfil de los profesionales de la ISP, con 15 entrevistados en Barcelona y 16 en Montreal. No obstante, como se observa en la tabla, esto no ha sido posible en otros perfiles. En el caso de los gestores de servicios de ISP, el volumen de entrevistas realizadas en Montreal (2) es menor que el de las realizadas en Barcelona (9) por razones meramente organizacionales: mientras que los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés cuentan con una persona de referencia dentro de cada centro sanitario, el superior jerárquico de los profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés son las directoras de cada uno de los bancos de intérpretes para los que trabajan, ya sea el del SCIS o el BII. Por lo que respecta a la información incluida en este estudio fruto de las entrevistas a profesionales de la salud, cabe comentar que su volumen es mayor en Barcelona por diversos motivos. Por una parte, en Montreal se solicitó a los diversos centros de salud contactados la participación de 5 profesionales, porque los certificados de ética expedidos por los comités de ética de la investigación del CSSS de la Montagne y el CSSS Jeanne-Mance limitaban la extensión de la investigación a dicho número de participantes. Dadas las restricciones temporales impuestas por el periodo de estancia de investigación en el CEETUM, no se consiguió la participación de más centros. Por otra parte, dado que los profesionales de la salud de

<sup>16</sup> Siguiendo las exigencias éticas impuestas en ambos contextos de estudio, no se incluyen en los anexos los archivos de audio analizados. Según lo acordado, estos deben quedar únicamente a disposición de la investigadora y su directora de tesis, y solamente al objeto de esta investigación.

Barcelona ofrecen respuestas mucho más extensas y tienden a divagar en ellas, en el momento de seleccionar las entrevistas a utilizar mediante el procedimiento explicado en el apartado 3.5.2., consideré esencial incluir un número mayor de entrevistas con tal de llegar a unos resultados más precisos en la descripción de la realidad barcelonesa. Todo ello en pro de la futura comparación con los datos obtenidos en Montreal. Por último, la diferencia en el número de cuestionarios respondidos en Barcelona y Montreal se debe a una mayor participación en la primera ciudad. Sin embargo, cabe resaltar que únicamente 18 de los 101 cuestionarios estaban completos y bien contestados, aunque, con tal de llegar a una descripción más fina de la realidad, he tomado en consideración la totalidad de los cuestionarios, teniendo en cuenta los porcentajes de respuestas erróneas o en blanco.

### **3.4.3. Ética de investigación**

Dadas las diferentes exigencias referentes a la ética de la investigación impuestas en cada uno de los contextos analizados, considero importante dedicar una sección de este capítulo metodológico a los requerimientos específicos de cada uno de ellos.

#### **3.4.3.1. Ética de investigación aplicada al proyecto en el ámbito sanitario barcelonés**

Con tal de realizar la observación en el ámbito sanitario barcelonés, bastó con presentar el proyecto a los diferentes centros. Éstos, tras evaluarlo, ya sea durante una reunión de sus dirigentes y responsables del programa de ISP o por decisión de su Director (o, en su defecto, del representante del área de Atención al Usuario o Servicio Social con el permiso de éste) aprobaron o denegaron la participación del centro en el estudio.

La manera de presentar el proyecto fue heterogénea. Si bien algunos centros prefirieron que les entregara el proyecto por escrito y otros solicitaron una carta de presentación del mismo<sup>17</sup>, otros prefirieron que la propuesta se dialogara en una reunión personal, en la que se pudieron aclarar dudas y expresar opiniones. Además, en un centro se optó por aprovechar una reunión formativa del profesional para que presentara mi proyecto y solicitara la participación de quienes estuvieran interesados, de manera más directa.

La aceptación de los participantes a colaborar en el estudio fue realizada de manera verbal, no sin antes entablar una conversación personal con cada uno de ellos exponiendo toda la información relevante que les permitiera conocer la finalidad del estudio, así como lo que de ellos se requería, de manera que pudiesen rechazar la colaboración si lo deseaban. Igualmente, se les informó de que podían negarse a responder aquellas preguntas que les resultaran incómodas (si se daba el caso), o dejar de participar en cualquier momento.

---

<sup>17</sup> Se puede consultar tanto el proyecto como la carta de presentación entregada a los centros sanitarios para su evaluación en los anexos.

Destacaré que, como expongo en el apartado relativo a los pasos seguidos para la recogida de datos, con tal de respetar los derechos de los participantes, contacté con la Agencia Española de Protección de Datos, para informarme de sus requerimientos éticos y actuar en consonancia.

#### **3.4.3.2. Ética de investigación aplicada al proyecto en el ámbito sanitario montrealés**

Los requerimientos éticos en el ámbito sanitario montrealés fueron más estrictos, como explico en esta sección y según demuestran los pasos seguidos en el apartado 3.4.4.2. Aunque el caso del Montreal Children Hospital se asemeja mucho a los de los centros sanitarios de Barcelona en cuanto al estudio de la decisión de colaborar en el proyecto se refiere, esto no fue lo habitual en el ámbito sanitario de Montreal. De hecho, esta excepción se debe a que el centro mencionado no forma parte de la La Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (ASSSM).

La ASSSM, constituida el 1 de enero del 2006, en conformidad con la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (de 2005, capítulo 32), es un organismo gubernamental que depende del Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Québec. Su misión es garantizar el gobierno de la red de la salud y de los servicios sociales de la región de Montreal con el fin de mejorar los servicios ofertados, contribuyendo de este modo a la mejora de la salud y del bienestar de la población. Este organismo cuenta con un Comité de Ética de la Investigación designado por el Ministro de Salud y de Servicios sociales, destinado a:

- Velar por que los proyectos de investigación que se desarrollan en el ámbito de la salud en Montreal respeten la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de todos los participantes;
- Evaluar la validez ética de los proyectos de investigación que impliquen la participación de sujetos humanos, garantizar la supervisión ética y velar por la protección de los participantes, incluidos los miembros del equipo de investigación;
- Garantizar la conformidad de los proyectos de investigación con las reglas éticas reconocidas;
- Promover la responsabilidad ética de los investigadores y de todas instancias de la Sanidad Pública;
- Proponer líneas directivas susceptibles de ayudar a los investigadores a elaborar protocolos de investigación que respeten los principios éticos;
- Contribuir a la promoción de líneas directivas para la investigación en Sanidad Pública y en salud;

- Garantizar la obtención de un consentimiento en el caso de la investigación con menores o participantes incapacitados, en conformidad al artículo Code Civil du Québec;
- Promover los principios éticos entre los investigadores, el personal de la Dirección de Sanidad Pública de Montreal y los miembros del comité.

El CEI de la ASSSM evalúa todos los proyectos relacionados con sus organismos, sobre todo los que implican la colaboración de personal o usuarios.

La solicitud de evaluación del proyecto para la participación de centros pertenecientes a la ASSSM puede hacerse de dos maneras diferentes, en función de la envergadura de las tareas de investigación previstas. Así, los proyectos de investigación pueden ser:

- Proyectos de investigación monocéntricos

Un proyecto de investigación monocéntrico es aquel que implica a un solo centro, con lo que será el CEI del centro en cuestión quien se encargue del análisis del proyecto de manera previa a su realización.

- Proyectos de investigación multicéntricos

Un proyecto de investigación multicéntrico es aquel que se desarrolla en varios centros, con lo que la ASSSM actúa de CEI principal.

Sin embargo, para hacer una investigación multicéntrica, en la que participen un número máximo de cuatro CSSS, se pueden hacer solicitudes de colaboración monocéntricas (una por CSSS). Esta manera de proceder resulta más rápida cuando las características del proyecto lo permiten (como era el caso que presentamos), dado que los diferentes CSSS lo estudian de manera individual (o llegando a acuerdos mútuos), sin necesidad de que la ASSSM dirija dicha evaluación. Tal y como explico más adelante, este fue el procedimiento seguido en este estudio.

Cabe destacar que, tal y como se comenta en el apartado 3.4.4.2., dado que el proyecto de investigación presentado se enmarca dentro de esta tesis doctoral, la ASSSM exigió que éste fuera evaluado también por un comité vinculado a una institución universitaria relacionada con el proyecto. Por este motivo, el CEETUM creó un Comité de Ética especial para la evaluación del mismo.

Así, los Comités de Ética que analizaron y aprobaron el presente estudio fueron:

- Comité de Ética del Centre d'études ethniques des universités montréalaises (CEETUM)
- Comité de Ética del CSSS de la Montagne
- Comité de Ética del CSSS Jeanne-Mance

Con tal de respetar la ética de la investigación, el proyecto emprendido trata de respetar los principios fundamentales de Van Der Maren (1999), que son:

- El consentimiento libre e ilustrado
- El respeto a la dignidad del sujeto
- El respeto de la vida privada y de la confidencialidad

De este modo, nos aseguramos elaborar una investigación conforme a lo estipulado por el *Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains* (CRSH, CRSNG y IRSC, 2010) que, redactado conjuntamente por el Consejo de investigaciones en ciencias humanas de Canadá, el Consejo de investigaciones en ciencias naturales e ingeniería de Canadá y los Institutos de investigación en salud de Canadá, vela por garantizar el respeto de la dignidad humana en la participación de personas en proyectos de investigación.

A continuación explico el trabajo realizado para cumplir con los principios éticos anteriormente mencionados:

#### 1. La preocupación por el bienestar

Para respetar la autonomía de los participantes de este estudio, antes de comenzar las entrevistas y la distribución de cuestionarios, se facilitó a los sujetos un documento explicativo de nuestro proyecto<sup>18</sup>.

Dicha carta de presentación trata la información siguiente:

- Afiliaciones y presentación del estudio
- Objetivos del estudio
- Descripción de los participantes
- Método de investigación
- Tratamiento de la confidencialidad
- Nivel de riesgo para los participantes
- Voluntariedad de la participación
- Agradecimiento

#### 2. El respeto a las personas

---

<sup>18</sup> Se puede consultar la carta de presentación de este proyecto en los anexos.

Se solicitó a los participantes la firma de un formulario de consentimiento que diera fe de su decisión expresa de participación en el estudio.

En este sentido, se garantizó a los participantes la confidencialidad de sus respuestas. Igualmente, se certificó el compromiso a no mencionar los verdaderos nombres en futuras publicaciones de los sujetos participantes. Las mismas consignas se aplican a nivel de centros de salud, cuyos nombres no serán difundidos, a menos que los propios centros lo deseen.

El formulario de consentimiento<sup>19</sup> relleno por los participantes trata los temas siguientes:

- Invitación a participar y nombre del proyecto
- Datos de contacto y afiliaciones
- Objetivos del proyecto
- Participación solicitada
- Confidencialidad y anonimato
- Método de conservación de datos
- Voluntariedad de la participación
- Aceptación

### 3. La justicia

El criterio de selección de participantes está justificado por las preguntas de investigación. En este sentido, los sujetos fueron escogidos de modo aleatorio entre las personas relacionadas de una u otra manera con los servicios de ISP de los centros colaboradores. De este modo, se garantiza la imparcialidad y la equidad del proceso de selección de participantes, de manera que el único motivo de exclusión es la falta de relación de una persona determinada con los servicios de ISP.

Cabe destacar que, tanto la carta de presentación como el formulario de consentimiento se ha adaptado, tras solicitud expresa, a las exigencias de los Comités de Ética de los centros participantes que lo requirieron, especialmente para hacer mención del acuerdo convenido con el CSSS para la participación de sus representantes en el estudio.

---

<sup>19</sup> Se puede consultar el formulario de consentimiento en los anexos.

### **3.4.4. Procedimiento de recogida de datos**

Dadas las características de este estudio, dividiré este apartado en dos. En un primer apartado presento los pasos seguidos hasta conseguir entrar en la cultura de estudio barcelonesa, que difieren de los seguidos en Montreal, que conformarán el segundo apartado.

Considero interesante remarcar que las diferentes maneras de proceder han venido marcadas tanto por la ética investigadora en cada una de las ciudades objeto de estudio, como por las características de organización y dependencia de sendos servicios de ISP.

#### **3.4.4.1. Procedimiento de recogida de datos en Barcelona**

Esta primera fase de recogida de datos tuvo lugar entre septiembre del 2011 y junio del 2012. En ella se recopilaban todos los datos posibles para esbozar una imagen general de los servicios de ISP ofertados en la región sanitaria de Barcelona. Se hizo todo lo posible por conseguir datos representativos de la realidad. Para ello, seguí los pasos que expongo a continuación:

##### **1. Solicitud de información sobre centros con servicios de ISP al Departament de Salut de la región sanitaria de Barcelona**

Para empezar, contacté vía correo electrónico con el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, solicitándoles información acerca de qué centros de salud disponían de servicios de ISP. De este modo conseguí obtener un listado de centros de salud a los que circunscribir mi trabajo, estableciendo así unos límites de alcance de mi estudio, aunque todavía bastante difusos en esta etapa inicial de la fase de recogida de datos.

Tras la obtención de dicha lista, me dediqué a buscar a las personas de contacto de cada uno de estos centros, con la intención de contactar directamente con la persona adecuada, lo que permitiría agilizar las solicitudes de colaboración y mi consecuente entrada en la cultura de estudio.

##### **2. Solicitud de colaboración (por correo electrónico, teléfono y/o de manera presencial) a los centros**

Una vez encontradas las personas de contacto de los diferentes centros de salud, me puse en contacto con todos ellos para solicitar su colaboración, aunque muchos rechazaron la participación (en algún caso incluso de forma poco amable).

Por lo general, estas primeras personas de contacto fueron los responsables del área de Atención al usuario de los diferentes hospitales y Centros de Atención Primaria (CAP) o, en su defecto, los directores de los mismos.

En primer lugar, redacté un mensaje de correo electrónico en el cual presentaba mi proyecto, exponía sus características y describía la colaboración que solicitaba por parte del centro sanitario. Hice llegar dicho mensaje a los diferentes centros de salud que constaban en la lista facilitada por el Departament de Salut.

Como respuesta a dicho correo electrónico, algunos centros de salud me informaron de que no disponían de tales servicios o los usaban de manera muy esporádica, ya que no contaban con ellos de manera habitual, sino que recurrían a los mismos de manera puntual en caso de extrema necesidad.

Dado que las respuestas a mi solicitud fueron escasas, procedí a contactar por vía telefónica con todos aquellos centros que seguían en mi lista, con tal de dar con la persona adecuada, que pudiera dar una respuesta a mi petición. Con estas llamadas telefónicas conseguí establecer contacto con algunos centros de salud, lo que me permitió concertar cita con sus representantes, aunque seguía descartando centros que afirmaban no estar interesados en participar. Asimismo, seguía sin poder contactar con gran cantidad de centros, con lo que me decidí por personarme en los mismos. Al llegar a cada uno de ellos me presenté en las unidades de Atención al usuario, exponiendo mi caso y solicitando que se me remitiera a la persona adecuada para hablar sobre la posible participación de dicho centro en mi proyecto. Si bien incluso de esta manera tuve que descartar algún centro, dada la complejidad de la toma de contacto con una persona que pudiese dar respuesta a mi petición, también conseguí contactar con los responsables de muchos centros, con quienes me acabé reuniendo, como explico a continuación.

Destacaré de esta etapa que tuve que hacer frente al descontento de algunos centros hacia la idea de tener que hacer llegar los cuestionarios a los usuarios. En ciertos casos, se basaron en la Ley de protección de datos para desaprobado dicha parte de mi investigación, lo que me llevó a dar el paso siguiente.

### **3. Solicitud de información a la Agencia Española de Protección de datos acerca de la ética del estudio**

Ante la resistencia en algunos centros a hacer llegar los cuestionarios a los usuarios de sus servicios de ISP, contacté por correo electrónico con el jefe del área de Atención al Ciudadano de la Agencia Española de Protección de Datos. En dicho mensaje, expuse las características de los cuestionarios que pretendía utilizar en la fase de recogida de datos de mi investigación, solicitando, a su vez, la información pertinente a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD), con el objeto de no infringir ningún precepto de dicha normativa. En dicha consulta, hacía especial hincapié en que las preguntas formuladas en los cuestionarios son bastante generales y los pocos datos que se solicitan son muy genéricos y corresponden a la edad (a elegir entre distintas franjas de edad), sexo y lengua(s) materna(s). Planteaba también en dicho mensaje si el tratamiento que planteaba se ceñía a lo estipulado

por la normativa vigente de protección de datos o si, por el contrario, mi proyecto requería algún procedimiento de adaptación a la misma. Desde la Agencia se me confirmó que mi investigación se ceñía a lo establecido por dicha Ley, explicándome que la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD) se aplica a los datos de carácter personal que se incluyan en soportes físicos que los hagan susceptibles de tratamiento. Por ello, no se aplica la Ley cuando se recurre a un procedimiento de disociación o anonimización. Asimismo, la respuesta de la Agencia afirmaba que, según dispone el artículo 3 apartado f) de la LOPD, con procedimiento de disociación nos referimos a todo tratamiento de datos personales, de tal manera que la información obtenida no se podrá asociar a ninguna persona identificada o identificable. De este modo, cuando resulta imposible determinar la persona física que se esconde detrás de un determinado conjunto de datos, éstos no pueden ser considerados datos personales y, en consecuencia, no se aplica la LOPD. Tras explicar lo que me había comunicado la Agencia a los centros que en un principio se habían mostrado reacios a colaborar con los cuestionarios, aceptaron participar. No obstante, la respuesta no fue homogénea, llegando, en algunos casos, a encontrar los cuestionarios en blanco al finalizar el periodo de recogida de datos en Barcelona.

#### **4. Reunión con la persona de referencia del centro para presentar el proyecto y la colaboración**

Tras contactar con las personas responsables de cada centro, me reuní con ellas, por lo general de manera presencial, aunque también tuve algunas reuniones telefónicas, para explicarles con mayor profundidad el proyecto. En dichas reuniones, expuse sucintamente los objetivos del trabajo, así como la metodología escogida para alcanzarlos. Tras ello, expliqué en detalle cuál era la colaboración que esperaba de los centros, incidiendo en el número de participantes que necesitaba y qué se esperaba de ellos. Traté aspectos como:

- las características de las entrevistas y los cuestionarios,
- la duración aproximada de las entrevistas,
- la longitud de los cuestionarios,
- el modo de hacer llegar los cuestionarios a la población usuaria de los servicios de ISP,
- el procedimiento para recoger los cuestionarios una vez rellenos,
- los aspectos éticos de la investigación (sobre todo en relación a la Ley de protección de datos)

- la adaptación (en algunos casos) de los documentos a presentar a los participantes (cartas de presentación, etc.) a las exigencias del centro y
- la respuesta a las preguntas que surgían de mi exposición.

Una vez expuesto el proyecto, algunos centros decidieron, ya sea por falta de tiempo o de interés, no participar en él. Algunos alegaban haber participado recientemente en proyectos similares. No fue fácil establecer acuerdos con los centros para realizar las entrevistas, observando, como hemos visto, cierto desinterés, por parte de algunos centros, en la participación en esta investigación. No obstante, obtuve la participación de un total de 11 centros en la región sanitaria de Barcelona. Concretamente, los centros de salud colaboradores de esta zona han sido:

- Hospital Vall d'Hebrón
- Hospital Sant Pau
- Hospital Can Ruti
- Hospital del Mar
- Hospital General de l'Hospitalet
- Hospital Dos de Maig
- CAP Sagrada Familia
- CAP Collblanc
- CAP Drassanes
- CAP Trinitat Vella
- CAP Fondo

#### **5. Primer contacto con las personas que han participado en el estudio (por correo electrónico, teléfono y/o de manera presencial) para acordar una cita**

Una vez conseguida la colaboración de cada uno de los centros, procedí a contactar con los individuos que han participado respondiendo las entrevistas. La manera de proceder ha sido algo heterogénea en este sentido. Si bien en la mayoría de centros, la persona encargada de gestionar los servicios de ISP me daba una cita para realizar su entrevista y proporcionarme los nombres y números de teléfono de los individuos, hubo centros en los cuales el gestor me facilitó directamente, junto con el nombre de los participantes, la fecha, la hora y el lugar donde podía realizar las entrevistas. En la mayor parte de centros ha sido el gestor de los servicios de ISP quien ha elegido quienes serían los profesionales de salud participantes, en función de la frecuencia con la que éstos recurren a los

servicios de un intérprete o mediador, así como su disponibilidad. De hecho, todos los participantes han respondido a las preguntas previstas para esta investigación de manera totalmente voluntaria.

Por otra parte, el director de uno de los centros de salud participantes consideró oportuno darme una cita para que expusiera mi trabajo en una de las sesiones formativas que ofrecen al personal del centro, exponiendo la colaboración que les requería, con tal de que los interesados pudiesen darse a conocer ellos mismos en dicha reunión y darme cita para las entrevistas. En dicha sesión expuse de manera muy escueta la finalidad de mi trabajo y expliqué lo que se esperaba de los participantes, prestando especial atención a no proporcionar ningún tipo de información que pudiese sesgar los resultados de las entrevistas, como descripciones concretas, puntos de vista, etc.

En otras ocasiones, se me solicitó que enviara una breve descripción del proyecto de investigación, con tal de ser analizado en una de las reuniones del personal, antes de aceptar la colaboración y emprender la fase de observación.

#### **6. Elaboración de las entrevistas y entrega de los cuestionarios para que fueran distribuidos a los usuarios**

Una vez llegados a este punto, empecé las entrevistas, respetando las citas que me facilitaban los profesionales. Normalmente, la primera persona entrevistada era el gestor de los servicios de ISP de cada centro quien, el día de su entrevista, me proporcionaba los datos de todos los profesionales de salud que habían accedido a participar. Aproveché las entrevistas a los intérpretes para facilitarles los cuestionarios que ellos mismos harían llegar a los usuarios quienes, de manera totalmente voluntaria, anónima y autónoma, los respondieron en sus lenguas maternas.

#### **7. Contacto continuo con los profesionales de la ISP para conocer el estado de los cuestionarios**

Durante toda la fase de observación en Barcelona permanecí en contacto constante con los intérpretes para estar al día del estado de los cuestionarios.

#### **8. Recogida de cuestionarios**

Cuando un intérprete conseguía que le rellenasen la totalidad de los cuestionarios que le había proporcionado, me personaba en el centro para recuperarlos. En los casos en que los intérpretes no consiguieron que se rellenaran todos los cuestionarios, fui pasando progresivamente por todos los centros para recoger los cuestionarios que sí que habían sido rellenados.

### 3.4.4.2. Procedimiento de recogida de datos en Montreal

Para realizar la segunda parte de la fase de observación de esta tesis doctoral, correspondiente a la ciudad de Montreal, hice una estancia de investigación en dicha ciudad. Ésta tuvo lugar entre septiembre del 2012 y mayo del 2013. El primer paso fue la preparación de dicha estancia. Empecé por informarme de los grupos y centros de investigación que trataban temas relacionados con las lenguas en los servicios públicos. Por su reconocimiento y trayectoria investigadora, acabé escogiendo el Centre d'études ethniques des universités montréalaises (CEETUM), como entidad de acogida para dicha estancia.

El CEETUM, que agrupa a 35 investigadores universitarios de seis instituciones quebequenses, así como diez colaboradores de medios gubernamentales, universitarios o comunitarios, es el centro de investigación más importante de Quebec y Canadá en su campo. Colabora estrechamente con el Centre Métropolis du Québec – Immigration et métropoles, uno de los cinco centros de excelencia canadienses sobre el impacto de las migraciones en las grandes ciudades. En el CEETUM trabajan representantes de diferentes instituciones de renombre, como la Universidad de Montreal, la Universidad de Quebec en Montreal, el Instituto nacional de la investigación científica (INRS) o la Universidad de Sherbrooke.

Los objetivos principales del CEETUM son:

1. Coordinar, desarrollar y sostener actividades de enseñanza, actividades de investigación y actividades interuniversitarias a nivel provincial, nacional e internacional;
2. Coordinar, desarrollar y sostener las relaciones de sus miembros con el colectivo de la etnicidad, la inmigración, la gestión de la diversidad y la lucha contra el racismo y la discriminación;
3. Participar en los esfuerzos en pro del desarrollo y de la puesta en ejecución de una estrategia institucional que garantice la adaptación al pluralismo en el seno de las instituciones.

El CEETUM cuenta con cuatro ejes de trabajo claramente diferenciados, que son:

- Integración de las personas objeto de la inmigración: espacialidad, economía y cohabitación
- Educación y relaciones étnicas
- Lenguas, identidades, relaciones intergrupales
- Pluralidad religiosa: desafíos sociales, políticos y jurídicos

Mi proyecto se inscribió en el tercero de los ejes citados, el de Lenguas, identidades y relaciones intergrupales, bajo la supervisión del Dr. Michel Pagé, profesor honorario de la Université de Montréal, director del mismo eje.

Una vez elegida la entidad en la que quería realizar la estancia, me puse en contacto con el Dr. Pagé. Aprovechando que me encontraba en Montreal, el 24 de agosto del 2011 me reuní con él para presentarme personalmente, exponerle brevemente las características de mi tesis doctoral y explicarle lo que pretendía investigar durante mi estancia en el CEETUM, tras lo que muy amablemente accedió a apoyar mi solicitud y supervisar mi trabajo durante el tiempo que estuviera entre ellos. El siguiente paso en la preparación de mi estancia fue contactar con Josefina Rosell, coordinadora del CEETUM, para informarme sobre las gestiones a realizar para formalizar mi solicitud de estancia. Con esta información me puse a preparar mi dossier de solicitud de estancia, que contenía una ficha personal, una copia del proyecto de investigación que se realizaría en el CEETUM (proyecto de estancia, parte de mi proyecto de tesis), carta de conformidad del supervisor miembro del CEETUM (en mi caso, el Dr. Pagé) que apoyara mi candidatura, copia del último título universitario obtenido, copia del currículum vitae y una carta de mi directora de tesis (la Dra. Arumí)<sup>20</sup>. Tras la recepción de mi dossier de candidatura, la señora Josefina Rosell me hizo llegar la carta de aceptación de estancia de investigación no remunerada<sup>21</sup>, lo que me permitió conseguir el visado de entrada y permanencia en Canadá por una duración mayor a seis meses en calidad de investigadora autónoma. El proyecto que emprendí en Canadá fue, por lo tanto, el proyecto de mi estancia de investigación, titulado *Analyse de l'évolution de l'interprétation en milieu sociale à Montréal et situation professionnelle actuelle : Une étude descriptive des solutions aux barrières linguistiques en santé*, el cual forma parte de mi tesis doctoral, siendo esta la única actividad que se me permitía realizar en el país.

El objetivo de dicho proyecto consistía en realizar un estudio descriptivo de la práctica y de la evolución de la ISP en el ámbito sanitario en Montreal, incidiendo en los aspectos siguientes:

- Descripción del perfil profesional
- Funciones
- Formación
- Reconocimiento de la profesión

---

<sup>20</sup> Adjunto la ficha personal, el proyecto de investigación de estancia en el CEETUM, la carta de conformidad del supervisor miembro del CEETUM (Dr. Pagé) y la carta de recomendación de la directora de esta tesis (Dra. Arumí) en los anexos.

<sup>21</sup> Se puede consultar la carta de aceptación de estancia de investigación no remunerada en el CEETUM en los anexos.

- Modalidades y técnicas de interpretación
- Código deontológico

La metodología aplicada fue la misma que se utilizó en la fase de la tesis doctoral realizada en Barcelona, ideada para la totalidad del estudio doctoral. El trabajo realizado en la ciudad de Montreal fue, por ende, el siguiente:

- Instrumentos de recogida de datos:
  - Traducción de los tres modelos de entrevista al inglés y al francés.
  - Adaptación de los cuestionarios para su distribución en Montreal.
- Toma de contacto en la región sanitaria montrealés.
- Segunda fase de observación

No obstante, dadas las exigencias de la investigación en dicho país, así como las particularidades de la ISP en Montreal, los pasos seguidos no fueron exactamente los mismos que en la primera fase. A continuación, detallo las fases de dicha etapa de observación:

### **1. Solicitud de información a la Agence de la santé et des services sociaux de Montréal sobre los procedimientos a seguir para emprender un proyecto de investigación en el campo de la salud montrealés**

El primer paso que tomé a mi llegada a Montreal fue contactar con el CEI de la Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal para, durante una reunión telefónica, presentar las características de mi estudio y conseguir información que me aclararan cuáles eran las exigencias que me venían impuestas por parte de la ASSSM. Durante dicha conversación, la consejera de ética y coordinadora del CEI me informó de dado que mi proyecto de investigación se realizaba en el seno de la ASSSM (al menos parcialmente, ya que también ha colaborado un hospital que no pertenece a ella), tenía que ser evaluado de manera previa.

Se me recomendó, dada la restricción temporal de mi estancia de investigación en Montreal impuesta por mi visado, el tratamiento de mi proyecto de manera monocéntrica con los Comités de Ética propios de los CSSS participantes.

### **2. Solicitud de evaluación del proyecto de estancia por un comité de ética de la investigación del CEETUM**

La ASSSM contempla el caso particular de los proyectos enmarcados en un programa de estudios, sobre todo en programas de máster o doctorado, como es el que nos ocupa. En estos casos, la ASSSM requiere que un comité de ética universitario evalúe también el proyecto.

La ASSSM ofrece la posibilidad de que dicho comité científico pertenezca a un centro de investigación subvencionado por un organismo quebequense o federal. Puesto que mi tesis de doctorado está inscrita a una universidad española y carecía de una beca que me posibilitara emprender otro tipo de estancia de investigación en el CEETUM (con relación contractual remunerada), lo que hubiese cambiado mi estatus dentro del país, no tenía ningún tipo de relación con ninguna universidad canadiense (mi relación con el CEETUM era de prácticas de investigación no remuneradas). Además, el proyecto al que estaba adscrito mi visado de entrada y permanencia en el país era el de mi proyecto de estancia y no el de tesis, por lo que, en base a lo anteriormente expuesto, el CEETUM formó un comité de ética de la investigación con tal de evaluar mi proyecto. Dicho Comité analizó mi proyecto, centrándose en aspectos como su calidad, el posible riesgo para los participantes o la ética de los procesos implicados. Como resultado, dicho comité redactó un certificado de aprobación de la ética de mi proyecto. La ASSSM exige también que todo proyecto llevado a cabo por un estudiante se presente acompañado de una atestación del valor científico del mismo, procedente de su universidad de origen. De este modo, el resultado favorable de la evaluación de mi proyecto por parte del CEI del CEETUM, vino acompañado de una carta de mi directora de tesis dando fe del resultado favorable de mi última prueba de seguimiento de doctorado. Todo ello dio veracidad a mi proyecto, pudiendo así ser analizado por los diversos comités de ética a los que tuve que presentarlo posteriormente.

### **3. Solicitud de colaboración (a través de conversaciones por correo electrónico, telefónicas y presenciales) al Banco Interregional de Intérpretes de Montreal (BII)**

Tras una primera toma de contacto por correo electrónico con la Directora del Banco Interregional de Intérpretes de Montreal (BII) y repetidas conversaciones tanto por esta vía como por teléfono, nos reunimos para hablar de mi proyecto y de la realidad de la ISP tanto en Barcelona como en Montreal.

En dicha reunión presenté mi proyecto incidiendo en los objetivos del mismo y en la colaboración que solicitaba por parte del BII.

La Directora del BII accedió muy amablemente, en nombre del Banco, a participar en este trabajo. Fueron varias las conversaciones que mantuve con ella con tal de acceder a los datos de los diferentes intérpretes del BII que acabaron participando, así como a otros detalles acerca de la interpretación en los servicios públicos que se me facilitaron, como datos estadísticos, artículos, contactos, etc.

#### **4. Solicitud de colaboración a diversos centros de salud y hospitales de la ciudad**

El siguiente paso consistió en la presentación de mi proyecto a diferentes centros de salud y hospitales de Montreal. Envié varios mensajes de correo electrónico exponiendo mi proyecto y pidiendo información acerca de con quién me podría reunir para profundizar en sus características y solicitar la colaboración del centro.

En el caso del Montreal Children Hospital, que no se encuentra bajo la gerencia de la ASSSM, conseguí una reunión con la coordinadora de los servicios de Consulta Sociocultural e Interpretación (SCIS), durante la cual entré en especificidades de mi proyecto. En dicha reunión, la representante del SCIC aceptó gratamente a que el Montreal Children Hospital colaborara en mi proyecto y acordamos que ella misma me facilitaría los contactos de las personas que aceptaran participar en él.

##### **a. Solicitud de evaluación del proyecto por los comités de ética de la investigación del diversos Hospitales y Centros de Salud y Servicios Sociales (CSSS)**

A pesar de que mi proyecto pretendía abarcar diferentes centros, dados los plazos de estudio de los proyectos, así como la duración de mi estancia en Montreal, decidí limitarme a buscar cuatro centros participantes, pues éste es el número máximo de CEI a los que se puede presentar un mismo proyecto, sin tener que catalogarlo de investigación multicéntrica. Dicha decisión se basó en el hecho de que, en un proyecto multicéntrico, cabría añadir al periodo de estudio y espera del resultado de la evaluación de los CEI, un tiempo de coordinación entre representantes de todos los CEI implicados.

De este modo, para solicitar la participación de diferentes Hospitales y CSSS, les hice llegar mi proyecto, junto con la documentación extra que cada CEI solicitaba, con tal de que estudiaran la posibilidad de aceptar colaborar con mi estudio. Gran cantidad de centros declinaron mi oferta al no tratarse de un proyecto puramente médico, alegando que tienen diferentes proyectos en marcha y no pueden aceptarlos todos. Otra de las razones por las que algunos rechazaron la participación es porque los servicios de interpretación pertenecen a una entidad externa (el BII), con lo que no consideraban que mi estudio tuviera una relación directa con ellos.

##### **b. Adaptación de los documentos utilizados en la recogida de datos (formularios de consentimiento, cuestionarios, etc.) a las pautas exigidas por los CSSS colaboradores**

Antes de dar con una aceptación definitiva, los representantes de los CEI del CSSS de la Montagne y del CSSS Jeanne-Mance estudiaron mi dossier,

solicitándome que hiciera una serie de reajustes en algunos de los documentos que se harían llegar a los participantes (cartas de presentación, formularios de consentimiento...). Tras modificar dichos documentos siguiendo sus indicaciones, conseguí la colaboración de ambos CSSS. De este modo, los respectivos CEI, aprobaron mi proyecto tras examinar la documentación enviada. Me hicieron llegar, por lo tanto, un certificado de aprobación ética, que me posibilitaba emprender mis labores investigadoras en el seno de sus centros. Asimismo, se me facilitaron los datos de las personas de contacto de cada CSSS, quienes, tras algunas conversaciones telefónicas o por correo electrónico, me fueron abriendo camino hacia los participantes finales.

**c. Primer contacto con las personas que han participado en el estudio para acordar una cita**

Una vez se me facilitaron los datos de las personas interesadas en participar en mi estudio, contacté con ellas, ya sea por correo electrónico o por teléfono, para acordar una cita para realizar las entrevistas en un lugar y en un horario que les acomodara.

**5. Elaboración de las entrevistas y entrega de los cuestionarios para que fueran distribuidos a los usuarios**

A medida que fui consiguiendo citas, me fui personando en los diferentes centros para realizar las entrevistas a los profesionales de salud. En el caso de los intérpretes, salvo en alguna ocasión en donde se me citó en un lugar de conveniencia para el entrevistado, las entrevistas se realizaban en las inmediaciones del CEETUM, en una sala habilitada para este fin, que iba reservando a medida que iba confirmando citas. Al igual que en Barcelona., aprovechaba el final de las entrevistas con los intérpretes para facilitarles los cuestionarios que ellos mismos harían llegar a los usuarios tras sus intervenciones.

**6. Contacto continuo con los intérpretes para conocer el estado de los cuestionarios y ampliar contactos**

Tal y como hice en Barcelona, permanecí en contacto directo de manera continuada con los intérpretes, quienes me ayudaron a ampliar contactos. Asimismo, algunos me fueron facilitando información muy valiosa que habían recopilado de su lectura a nivel personal, lo que me ayudó a conformar algunas ideas de mi marco teórico. De igual manera, estuve pendiente de la progresión de los cuestionarios, citando a los intérpretes al final de mi estancia para recuperarlos.

### 3.4.5. Entrada en el ámbito de estudio

#### 3.4.5.1. Entrada en el ámbito de estudio en el contexto barcelonés

Las entrevistas tuvieron lugar en las instalaciones de los diferentes centros sanitarios estudiados, por lo general en el despacho de la persona entrevistada o, en su defecto, en algún despacho del área del centro de salud donde trabaja, con lo que podemos afirmar que el ambiente de las entrevistas fue el adecuado, puesto que se realizaron en lugares familiares para los entrevistados. Aunque en algunas ocasiones hubieron interrupciones causadas por llamadas telefónicas o alguna breve visita de otro miembro del personal del centro, el ambiente de todas y cada una de las entrevistas realizadas facilitaba la comunicación, con lo que, por lo general, los entrevistados se mostraban bastante desinhibidos en sus respuestas.

Cabe destacar que los profesionales entrevistados fueron elegidos por los centros de salud estudiados, en función de las necesidades que se les expuso en la presentación del estudio y, por lo general, presentaron una gran implicación en el estudio, visible a la hora de responder a las preguntas realizadas a lo largo de las diferentes entrevistas. Sin embargo, es cierto que este grado de implicación no fue uniforme entre los entrevistados, de manera que también hubo algún caso en el que el entrevistado no demostró mucho interés a la hora de responder o incluso se mostró reticente a nuestro estudio.

A la hora de realizar las entrevistas, las grabé en formato mp3, de manera que pude reproducirlas posteriormente, para transcribirlas y proceder con el análisis de los datos obtenidos, todo esto con el consentimiento de las personas interrogadas, conocedoras ya desde el inicio de la entrevista de que ésta iba a ser grabada. Esta decisión viene dada por dos motivos: la comodidad respecto de la anotación directa mientras se desarrolla la entrevista, por una parte, y, por otra, el hecho de que la experiencia demuestra que la anotación posterior a la entrevista, en el caso de que no se dispongan de tales grabaciones, trae consigo el inconveniente que presentan los límites de la memoria, que no puede retener con fidelidad toda la información, así como la distorsión producida a causa de los elementos subjetivos que se proyectan a lo largo de la entrevista.

Por lo que respecta a los cuestionarios, tal y como comentaba en apartados anteriores, éstos fueron distribuidos por los propios profesionales de la ISP tras sus intervenciones con los usuarios de sus servicios. Los usuarios respondieron a estos cuestionarios de manera totalmente voluntaria en las instalaciones del centro de salud frecuentado. Dichos cuestionarios fueron devueltos a los profesionales de la salud dentro de un sobre cerrado y éstos, una vez finalizado el periodo de recogida de datos, devolvieron dichos sobres sin abrir a la investigadora.

#### **3.4.5.2. Entrada en el ámbito de estudio en el contexto montrealés**

Todos los entrevistados en la ciudad de Montreal se mostraron muy interesados en la participación en el estudio, colaborando al máximo con las peticiones de la investigadora. Esto se ve reflejado en el volumen de información recopilada en el periodo de observación en dicha ciudad.

Las entrevistas a los profesionales de la salud, así como a la gestora de los servicios de ISP del MCH, se realizaron en las instalaciones de los diferentes centros de salud. Los intérpretes y la Directora del BII acudieron a las instalaciones del CEETUM, donde fueron entrevistados en una sala habilitada para ese fin. No obstante, en casos puntuales (y bajo solicitud expresa del individuo) se realizaron entrevistas en otros lugares, como una cafetería o el domicilio del entrevistado. Sea como fuere, se intentó respetar que el lugar en donde se celebraban las reuniones entre la investigadora y los entrevistados fuera lo más propenso al diálogo posible. Así, puedo afirmar que el ambiente que rodeaba las entrevistas fue el adecuado para que los entrevistados entraran en confianza con la investigadora y se sintieran cómodos con la situación.

Al igual que en Barcelona, y como hemos comentado anteriormente, fueron los intérpretes quienes facilitaron los sobres que contenían los cuestionarios a los usuarios para que estos los rellenaran de manera autónoma tras acabar la intervención en ISP. Cabe destacar que los cuestionarios tuvieron una acogida menor que las entrevistas en la ciudad de Montreal debido, en parte a que algunos intérpretes se negaron a colaborar distribuyendo los cuestionarios a los usuarios.

### **3.5. Tratamiento de datos**

Dado que la información recopilada se consiguió a partir de entrevistas y cuestionarios no es de extrañar que los datos obtenidos se traten y se analicen tanto mediante técnicas cualitativas como cuantitativas. En este apartado se detalla el procedimiento de tratamiento de los datos obtenidos, describiendo el método utilizado (análisis de contenido cualitativo) e incidiendo en los criterios de selección de datos adoptado, así como en los procedimientos de preparación de los mismos para su análisis.

#### **3.5.1. Naturaleza de los datos obtenidos**

Los datos obtenidos en el estudio que presento son, dadas las características del mismo, eminentemente cualitativos. No obstante, también se han recogido algunos datos cuantitativos gracias a la distribución de cuestionarios que, como hemos comentado anteriormente, han sido tratados de forma cualitativa.

Se trata de datos primarios (Tamayo, 2007), pues se recogen directamente de la realidad. De acuerdo con lo expuesto por Hale y Napier (2013), gracias a esta investigación se han recopilado tres tipos de datos:

- Datos factuales: Información demográfica de transcendencia para los objetivos de la investigación.
- Datos comportamentales: Información sobre el comportamiento de los participantes dentro de la realidad estudiada.
- Datos actitudinales: Información que recoge opiniones y creencias acerca de la realidad estudiada.

### 3.5.2. Criterios de selección de datos recogidos

El presente estudio pretendía dar una imagen general de la ISP en el ámbito sanitario de las ciudades de Barcelona y Montreal, con tal de compararlas y extraer conclusiones que ayudaran a avanzar hacia una mayor profesionalización. Para ello un paso fundamental era la comparación de ambas realidades. Dado que el número de entrevistas realizadas en ámbito barcelonés superaba las realizadas en Montreal, con tal de trabajar con una cantidad de datos similar en ambas ciudades, realicé una rigurosa selección de las mismas. Los criterios de selección de las entrevistas incluidas en este estudio fueron las siguientes:

- El número de entrevistas incluidas en la muestra para cada perfil debía ser similar en ambas ciudades:

Este criterio se aplica a todos los perfiles a excepción del de gestor de servicios de ISP. Esto se debe a las características de los servicios ofertados en sendas ciudades. Mientras que, en Barcelona, cada centro de salud cuenta con un referente o persona encargada de gestionar dichos servicios a nivel interno, en Montreal, los servicios de ISP vienen de mano del Banco Interregional de Intérpretes. Únicamente encontramos un centro sanitario (el Montreal Children Hospital) en el que los intérpretes (que no pertenecen al Banco) cuentan con un gestor dentro del centro. De este modo, hallamos una asimetría en cuanto a la cantidad de entrevistas realizadas a sujetos de este perfil en cada una de las ciudades.

- Todos los centros sanitarios debían estar representados en la muestra de manera más o menos homogénea.
- Todos los perfiles de profesional sanitario entrevistados (médicos, enfermeros, auxiliares administrativos y trabajadores sociales) debían aparecer representados en la muestra de manera más o menos homogénea.
- La muestra debía incluir entrevistas tanto de hombres como de mujeres, de la manera más homogénea posible.

### 3.5.3. Tratamiento de los datos obtenidos

Los datos obtenidos a partir de las entrevistas y cuestionarios fueron tratados de manera previa al análisis, para facilitar el proceso analítico. A continuación expongo de qué manera se trataron los datos recopilados, en función del instrumento de recogida de datos utilizado.

#### 3.5.3.1. Tratamiento de los datos obtenidos mediante entrevistas

Dadas las características de este estudio, a pesar de lo programado inicialmente, se solaparon la fase de recogida de datos con la de tratamiento de los mismos y la fase de análisis. A medida que se iban acumulando entrevistas (y a espera de que me llegaran los cuestionarios rellenos), emprendí simultáneamente la elaboración de entrevistas, la tarea de transcripción. Dicha tarea se extendió a lo largo de toda la fase de recogida de datos, adentrándose también en la de análisis. Inicialmente, opté por transcribir la totalidad de las grabaciones a medida que las realizaba, ya que a pesar de la existencia de partes más relevantes que otras, consideré conveniente no transcribir sólo lo que en un primer momento me parecía importante. Decidí hacerlo así en un primer momento porque pensé que, tal vez, las partes que en un principio se juzgaban menos relevantes para la respuesta a una pregunta, podrían resultar de gran interés para otro problema que aún no se haya descubierto.

Las transcripciones realizadas siguen las convenciones habituales del lenguaje escrito, de manera que no las podemos calificar de transcripciones fonéticas. Se trata de lo que López Morales (1994) califica de “transliteración”, definido como transcripciones ortográficas de un intercambio lingüístico oral. En la línea de lo que presentan Riessman (1993) y Ainsworth-Vaughn (1998), se ha optado por una cómoda legibilidad de las mismas. De este modo y teniendo en cuenta las necesidades de la investigación, las transcripciones preparadas no incluyen sino la información estrictamente necesaria para comprender la intención comunicativa de los hablantes. De hecho, tal y como afirma Ochs (1979:44), una transcripción debe contener únicamente la información que se necesita examinar, pues la información innecesaria no haría sino dificultar la comprensión y el análisis de la misma. Aún así, en el transcurso de las entrevistas, se tomó nota de toda aquella información no verbal que acompañaba los comentarios de los entrevistados, para captar los matices. Igualmente, cabe destacar que el proceso de transcripción ha sido completamente manual, sin recurrir a programas de reconocimiento de voz.

De este modo, la primera parte de este trabajo, que coincide con el estudio de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés, se realizó en base a las transcripciones de las grabaciones de las entrevistas. Así, una vez transcrito el conjunto de entrevistas de Barcelona, emprendí el análisis del mismo, mediante el programa informático de análisis cualitativo Atlas.ti.

Según Hernandez, J. G.; Herrera, L.; Martínez, R., Páez, J. G. y Páez, M. A. (2011), éste es el programa informático de análisis cualitativo de mayor extensión y uso en la actualidad. Los autores afirman que su primera versión fue desarrollada en la Universidad Técnica de Berlín gracias al Proyecto ATLAS (1989-1992), bajo la supervisión de Thomas Muhr y la influencia de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (1967). Atlas.ti permite analizar cualitativamente documentos de texto, gráficos, imágenes e incluso archivos de audio o video y datos procedentes de Google Earth, concentrando todo el análisis en un solo archivo.

De manera simultánea al análisis de las transcripciones de las entrevistas realizadas en Barcelona (que me permitió llegar a conocer en profundidad el programa de análisis cualitativo utilizado), seguí transcribiendo entrevistas realizadas en Montreal. No obstante, a medida que fui dominando en el uso de dicho programa informático, fui optimizando la metodología inicialmente diseñada. Dado que Atlas.ti ofrece la posibilidad de realizar análisis directamente sobre documentos de audio para obtener una mayor exactitud en el mensaje, lo que considero que es un gran avance para el análisis cualitativo. Teniendo en cuenta el volumen de los datos obtenidos y que el objetivo del trabajo no es el análisis del discurso, sino el análisis del contenido, decidí aprovechar al máximo el tipo de material cualitativo del que disponía centrándome en analizar las entrevistas realizadas en Montreal directamente desde los archivos de audio. Todo ello, con ayuda de una serie de notas que resumían los contenidos de las intervenciones de los entrevistados. Esta metodología, utilizada por investigadores como Nappier y Kidd (2013) o Napier y Sabolcec (2012), resulta innovadora, dados los recientes avances de los programas informáticos de análisis cualitativo (Hale y Napier, 2013). Con ella, se ha ahorrado una duplicidad innecesaria de datos, puesto que las transcripciones sirven para plasmar en papel el sonido para poder proseguir con el análisis. No obstante, con Atlas.ti pude seleccionar las citas concretas que aportaban información útil, obteniendo el mismo resultado a partir del archivo original y dejando de lado todo aquello que resulta insustancial o redundante. Además, esto ha permitido tener en cuenta matices como los tonos de voz, las dudas, etc. a la hora de realizar el análisis. De este modo, se pone de manifiesto la exactitud con el original de una manera más eficaz, puesto que el archivo original coexiste en el análisis con las notas y pequeñas transcripciones de los segmentos relevantes, en lugar de ser almacenados por separado. El tener el audio presente en el momento del análisis (tanto en la parte concerniente a Barcelona como en la relativa a Montreal) ha evitado que se produzcan errores de análisis causados por las características propias de la transcripción, la cual reproduce los aspectos propios de la lengua oral. Asimismo, cabe destacar que las citas de sonido siempre son más fiables que las transcripciones, puesto que el procedimiento de evocación de la grabación es más exacto, al eliminar las posibles interferencias del cambio de código al realizar una transcripción. De esta manera se evita que aparezca un sesgo en el análisis causado por el cambio de código. De hecho, ha permitido tener en consideración la intencionalidad que el entrevistado aporta al mensaje en todo momento. Además, esta manera de proceder facilita el acceso al contexto de una respuesta determinada, pues se puede escuchar la totalidad de la entrevista en todo momento. Para ello, basta con mover el

cursor de la Ventana de Control Multimedia del Atlas.ti. Con todo, y teniendo presente que una investigación cualitativa es flexible y permite ir adoptando modificaciones mientras avanza el estudio, consideré fundamental reconducir de este modo mi metodología de análisis dado que, este nuevo enfoque, aparte de agilizar el proceso, permite el acceso a la información no verbal que se ha podido grabar a lo largo de las entrevistas (como risas, tonos irónicos, dudas, etc.). En otro orden de cosas, considero importante destacar que tanto los documentos de audio como las citas extraídas de los mismos cuentan con un código de tiempo, lo que permitirá, si en un futuro se considera conveniente o necesario, comprobar el archivo de audio para escuchar el documento original de la entrevista. Personalmente, considero que esta metodología de análisis es la más coherente, pues explota todas las herramientas disponibles en el programa de análisis de datos cualitativos utilizado. Además, teniendo en cuenta la recomendación de Strauss (1987), según la cual hemos de transcribir las entrevistas con la exactitud que requiera la pregunta de investigación y los objetivos planteados, parece que dicha metodología es más que adecuada, dado que permite alcanzar los mismos objetivos economizando esfuerzos.

### Método de selección de los segmentos de análisis

Con tal de seleccionar los segmentos de análisis, reproduje los audios fruto de las grabaciones de las entrevistas con la Ventana de Control Multimedia del Atlas.ti, donde fui marcando los límites de los segmentos que me proporcionaban información a analizar en mi estudio. Dichos segmentos se corresponden con las respuestas de los entrevistados.

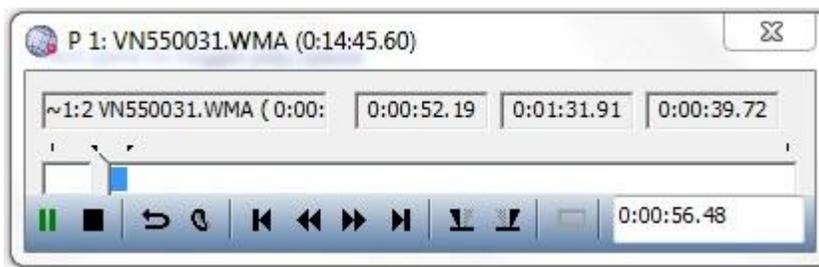


Figura 9. Selección de los segmentos de análisis.

Dado que las preguntas estuvieron previamente concertadas en las diferentes guías de entrevista, de manera que fueron las mismas para todos los entrevistados de un mismo perfil, éstas no se incluyeron en dichos segmentos. No obstante, en aquellos casos en los que la respuesta no incluye la información necesaria para que se pueda relacionar con su pregunta respectiva, decidí hacer una excepción para incluirla en el segmento de análisis.

Se excluyeron de los segmentos de análisis algunas repeticiones que resultaban redundantes, así como las manifestaciones de falta de comprensión de los entrevistados y las respectivas aclaraciones de la investigadora. En ocasiones, los entrevistados proporcionaban información no relacionada con la pregunta planteada. En dichos casos,

se han excluido las intervenciones de la investigadora cuyo objetivo era el de redirigir la respuesta del entrevistado hacia la información que realmente requería la pregunta. No obstante, tal y como avanzaba, dichas aclaraciones se incluían cuando resultaban indispensables para la comprensión de la respuesta del entrevistado. Por último, se han excluido de los segmentos de análisis todas aquellas respuestas no contestadas que tampoco proporcionaban información acerca de ningún otro aspecto de la realidad estudiada. Esto es, respuestas del tipo “yo eso no te lo puedo decir”, “no lo sé, habría que preguntárselo a...”, “eso no te lo puedo contestar”, “no tengo esa información”, “yo eso no lo sé”, etc.

En la parte del estudio relativa a Barcelona, cada segmento de análisis se ha acompañado de su respectiva transcripción. En los segmentos en que aparecen intervenciones de la investigadora que resultan innecesarios para la comprensión de la respuesta, se ha optado por sustituirlas, en la transcripción, por el signo siguiente: (...). En cambio, en la parte del estudio relativa a Montreal, cada segmento de análisis ha ido acompañado de una nota a modo de resumen del contenido del mismo y/o pequeñas transcripciones de información relevante.

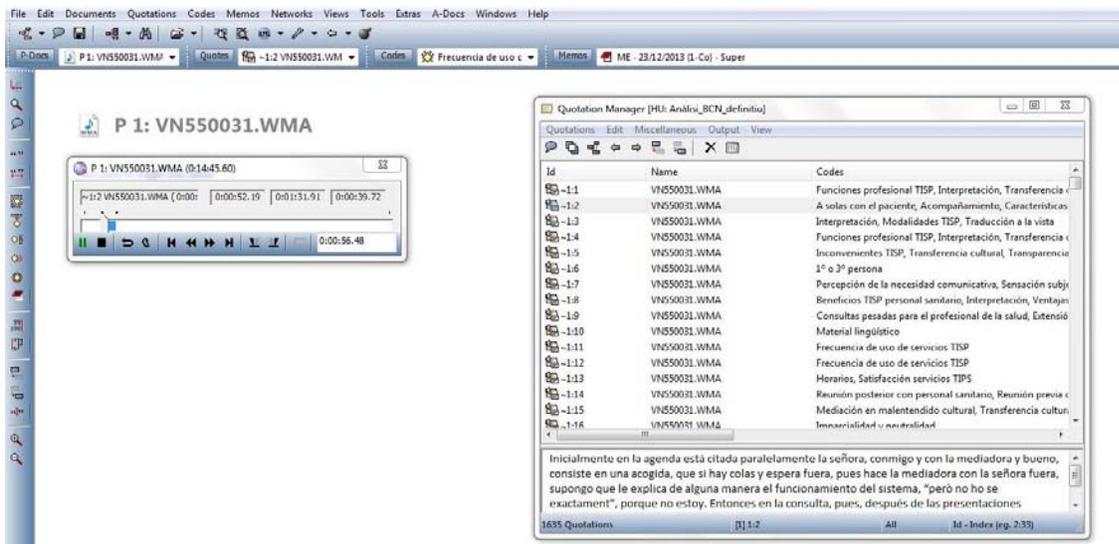


Figura 10. Segmentos de análisis acompañados de citas y/o comentarios.

### 3.5.3.2. Tratamiento de los datos obtenidos mediante cuestionarios

Las etapas seguidas con el fin de tratar e interpretar la información recogida a través de los cuestionarios fueron las siguientes:

#### Revisión de los cuestionarios

En esta fase, identifiqué y corregí las posibles fuentes de error. Para ello revisé los cuestionarios buscando ambigüedades, respuestas no legibles, omisiones o incoherencias.

Aquí pude observar que las preguntas formuladas de manera abierta no tuvieron una gran cantidad de respuestas útiles. De hecho, la mayor parte de ellas habían quedado por responder. En algunas de las que sí se habían completado, la información compartida era muy imprecisa, por lo que en estas ocasiones opté por descartarlas, en pro de la representatividad de los resultados alcanzados.

### **Codificación de las respuestas**

Una vez recogidos los cuestionarios, se procedió al vaciado y tratamiento de la información obtenida. Para ello, en primer lugar, se identificaron los errores cometidos por los informantes.

A continuación, y teniendo en cuenta los errores encontrados, se procedió a la codificación de los datos obtenidos con tal de poder continuar con el análisis propiamente dicho. Así, se recogieron los datos de modo homogéneo a fin de tratarlos, compararlos y establecer relaciones entre ellos. Tal y como avanzaba anteriormente, los cuestionarios rellenos de manera errónea se tuvieron en consideración, tratando las respuestas erróneas como tales. De igual manera, las respuestas en blanco o no codificables se tuvieron en cuenta ya que, al igual que ocurre con las anteriormente mencionadas, su proporción puede ser importante. De esta manera se evitaron sesgos en la extracción de resultados.

La codificación de las respuestas es otra etapa metodológica exigida cuando se utilizan cuestionarios. Dicha codificación ha de ser lo más simple e intuitiva posible, siempre claramente unívoca, preferentemente numérica y lo más estandarizada posible.

Normalmente, se aplica pregunta por pregunta y tiene por objeto sistematizar y simplificar la información procedente de los cuestionarios. Consiste en establecer grupos que permitan clasificar las respuestas.

Para codificar los datos obtenidos en los cuestionarios, he empleado símbolos numéricos, a cada pregunta y a cada una de las alternativas les he asignado un número con la finalidad de construir la base de datos que reflejará toda la información obtenida.

## **3.6. Metodología de análisis de datos**

Entre la recogida de datos y la presentación de los resultados, hallamos la fase de análisis, consistente en convertir la información original en datos manejables para su interpretación (Cabero y Hernández, 1995). Rodríguez *et al.* (1996) se refieren a esta fase como aquella en la que los datos recogidos en el campo se asemejan a las piezas de un rompecabezas que el investigador va encajando, basándose en las pruebas recopiladas, orientando la búsqueda de nueva información susceptible de incorporarse a

un esquema emergente de significados que dé cuenta de la realidad estudiada. Así, los autores definen el análisis de datos como un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones a los que se someten los datos con tal de extraer conclusiones acerca de un problema de investigación.

De acuerdo con Gallart (1993), el análisis cualitativo permite conservar el lenguaje original de los sujetos, indagando en la visión propia de la realidad. Cuando un investigador se enfrenta a una realidad social, no está frente a una típica situación sujeto (que investiga) - objeto (entidad a ser medida), como es habitual en las ciencias de la naturaleza. Aunque el substrato biológico incide en los comportamientos de los individuos, la realidad vivida por un sujeto es el resultado de un complejo proceso de interacción social denominado proceso de socialización. Así pues, lo que investigo en este trabajo no es un hecho que está esperando ser recolectado, sino que se trata de una perspectiva de un actor social que desde sus significaciones se sitúa e interpreta un mundo social ya preinterpretado. De este modo, las unidades de este análisis se corresponden con creencias y experiencias de los participantes en el estudio, ya sean compartidas de manera oral en las entrevistas o por escrito en los cuestionarios.

Una vez segmentadas las entrevistas, emprendí el análisis de los datos obtenidos, con tal de obtener pautas o lógicas de interpretación mediante el tratamiento sistemático de la información, tomando como unidad de análisis cada una de las entrevistas y de los cuestionarios realizados. A continuación describo la metodología seguida para el análisis de los datos obtenidos a través de cada uno de estos instrumentos.

### **3.6.1. Análisis de datos obtenidos a través de entrevistas**

Se ha optado por la realización de un análisis extensivo, dado el volumen de información por unidad considerada, pues algunas entrevistas llegaban a extenderse hasta una duración aproximada de unas tres horas. Como se avanzaba al inicio de este capítulo, este sistema de análisis está basado en el análisis de contenido cualitativo, centrado en estudiar el “qué” se está diciendo en las entrevistas. Se escogió este sistema de análisis y no uno basado en el análisis del discurso dado que, atendiendo a los objetivos establecidos para este estudio, interesa indagar en lo que se dice, dejando de lado el cómo se dice. De este modo, en la línea de lo que afirma Scrheirer (2012), este método ha permitido manejar una ingente cantidad de material, pues la información que no se agrupa dentro del marco de codificación queda excluida del análisis. No obstante, en este análisis de contenido se tienen en cuenta aspectos propios del análisis del discurso cruciales para un buen resultado, como serían los sarcasmos, tonos irónicos, etc. De este modo, dejamos de un lado la tradición lingüística del análisis cualitativo, que trata al texto como un objeto de análisis en sí mismo, para abrazar la tradición sociológica, que trata al texto como una ventana a la experiencia humana (Ryan y Bernard, 2003). Para ello se ha tenido en cuenta que la información recopilada era una información no estructurada, pues se carecía de una pauta prefijada de lectura de los datos. Con todo, la información obtenida fue interpretada en esta fase de análisis, teniendo en todo momento

presente el posible sesgo cognitivo originado de la lectura e interpretación de la información recopilada.

La segmentación de material consiste en dividirlo en unidades que quepan dentro de una categoría determinada del marco de codificación (Schreier, 2012). Este paso es muy importante porque es en el que se escoge la información relevante a efectos del estudio, es por ello que constituye el primer paso a seguir en el método escogido. Así, inicié el análisis con la segmentación y codificación de las entrevistas, reduciendo los segmentos seleccionados a citas y/o comentarios. Gracias a la interfaz de Atlas.ti, seleccioné el inicio y el fin de los segmentos que proporcionaban información importante a los efectos de esta investigación.

Aquí es donde el análisis de los datos de Barcelona difiere del de la parte relativa a Montreal. Mientras que en Barcelona la segmentación se relacionó con las transcripciones de los segmentos seleccionados (vinculadas al audio con Atlas.ti), los cuales fueron codificados; en Montreal la segmentación se relacionó con comentarios a modo de resumen de la información del segmento (también vinculados al audio), siendo codificados los propios segmentos.

La codificación asigna una serie de códigos a los segmentos seleccionados, que sirven de herramienta de análisis, ya que permiten agrupar la información relativa a un mismo tema de manera sistemática, facilitando la extracción de categorías. Estas categorías son los niveles donde se caracterizan las unidades de análisis. Así, tal y como explica Schreier (2012), el marco de codificación estructura el material recogido, reduciendo la variedad de significados atribuibles al material, gracias a las categorías atribuidas. De acuerdo con Holsti (1968), son las “casillas o cajones” en las cuales se clasifican las unidades de análisis. Gracias a dicha codificación, la tarea de agrupar datos se hizo de manera automática, agilizando el hallazgo de similitudes y las diferencias entre los datos extraídos. Los códigos de análisis vinieron previamente establecidos en una malla temática, elaborada en el momento de diseñar los instrumentos de recogida de datos. Dicha lista de códigos se agregó a Atlas.ti, de manera que durante el análisis se pudieron ir escogiendo categorías de la misma para relacionarlos con los segmentos de análisis.

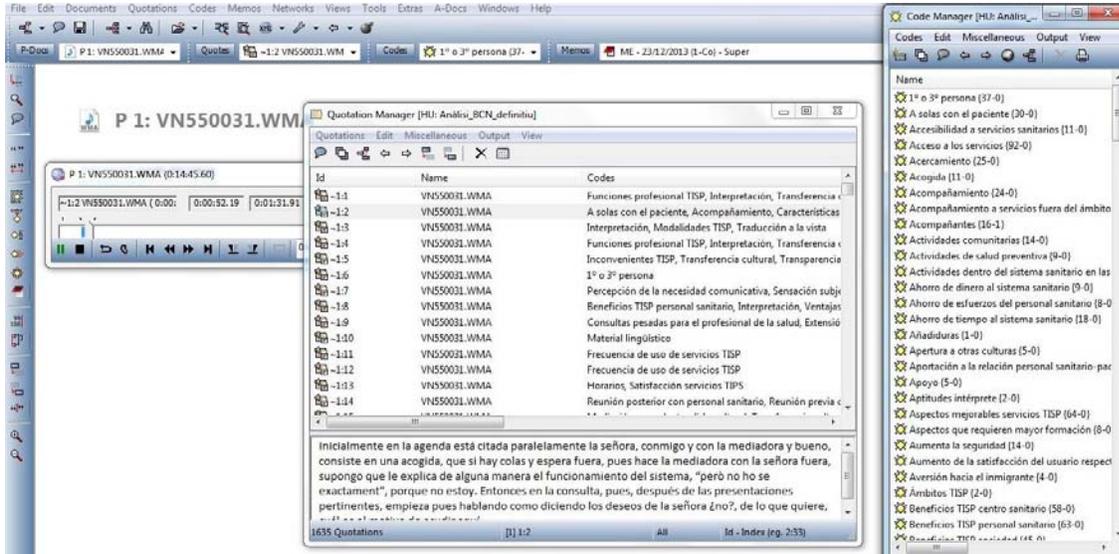


Figura 11. Codificación.

Este estudio incluye tanto categorías, que se podrían calificar de exhaustivas (abarcen todas las posibles subcategorías de lo que se va a codificar), como subcategorías más restrictivas. Las categorías y subcategorías derivan de la investigación realizada para la elaboración del marco teórico de este trabajo y una profunda evaluación de la situación descrita en él. La mayoría de ellas ya venían marcadas por las guías de entrevista (elaboradas a partir de la información recogida en el marco teórico), dado que en su elaboración se tuvieron en cuenta los aspectos de la ISP en los que se pretendía profundizar. Sin embargo, en ocasiones se trataron temas inesperados, que se añadieron a las categorías y subcategorías previamente fijadas.

Considero conveniente ilustrar la explicación del origen de estas categorías con una serie de ejemplos. Para ello, destacaré dos ejemplos de categorías, detallando las subcategorías que la componen:

En el marco de las entrevistas a gestores de servicios de ISP, una de las categorías que apareció fue “principios deontológicos básicos de la práctica de la ISP” y, dentro de esta categoría, pude ir incluyendo las siguientes subcategorías: exactitud, confidencialidad, imparcialidad y neutralidad, respeto, fronteras profesionales, responsabilidad, integridad profesional y desarrollo profesional. Por otro lado, en las entrevistas a profesionales de la ISP, apareció la categoría “funciones del profesional de la ISP” y, dentro de ella, las siguientes subcategorías: interpretación, mediación en un malentendido cultural, traducción de material, acompañamiento, orientación cultural, funciones más allá de su perfil y comprensión de las funciones del profesional de la ISP.

A medida que se van añadiendo a Atlas.ti nuevos documentos de análisis (denominados por el programa documentos primarios), se van encontrando segmentos que tratan temas relacionados con los códigos ya existentes en la lista de categorías elaborada. Es aquí donde el proceso de comparación constante se activa y el programa permite que el

investigador escoja de dicha lista un código ya existente y lo asigne a tal segmento en cuestión. De este modo, Atlas.ti permite ir comparando lo que se está explorando con lo que surgió anteriormente en códigos. Puede que se traten temas que no se encuentran en la lista de códigos. En dichas ocasiones, la codificación abierta permite ir creando códigos libremente, de manera que si un segmento no puede relacionarse con ningún código de los de la lista, se pueden ir agregando temas nuevos para cubrir las necesidades impuestas por los segmentos de análisis. El software guarda automáticamente los códigos nuevos como un ítem más de la lista de códigos.

Cabe destacar que, dadas las características del lenguaje oral, los entrevistados tienden a tratar varios temas en algunas de sus respuestas, por lo que se atribuyó más de una categoría a gran cantidad de segmentos.

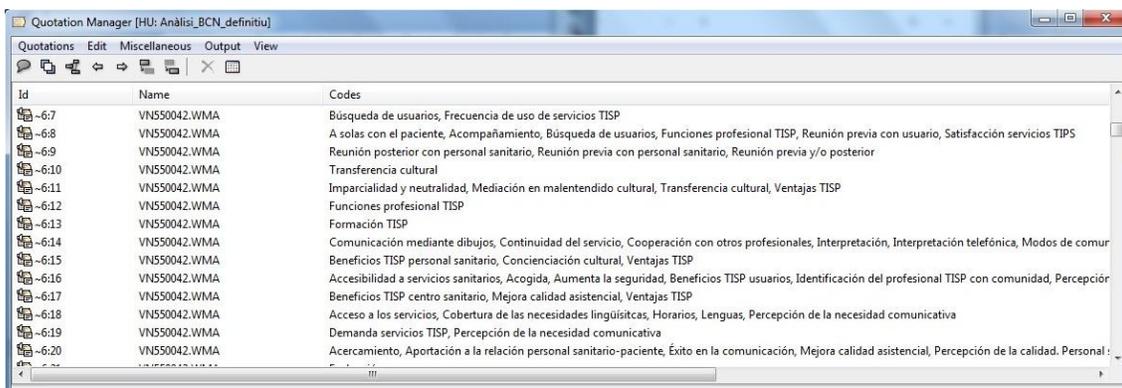


Figura 12. Atribución de diversas categorías a los segmentos de análisis.

Atlas.ti ofrece la posibilidad de agrupar los documentos de análisis en “familia de documentos”, de acuerdo al criterio que se especifique. En el estudio que nos ocupa, utilicé las familias para agrupar las entrevistas según el perfil de sujeto en cada una de las ciudades analizadas. Estas “familias de documentos” sirvieron de filtro, de manera que permitieron la extracción de la información necesaria para crear informes según el perfil de sujeto en cada ciudad.

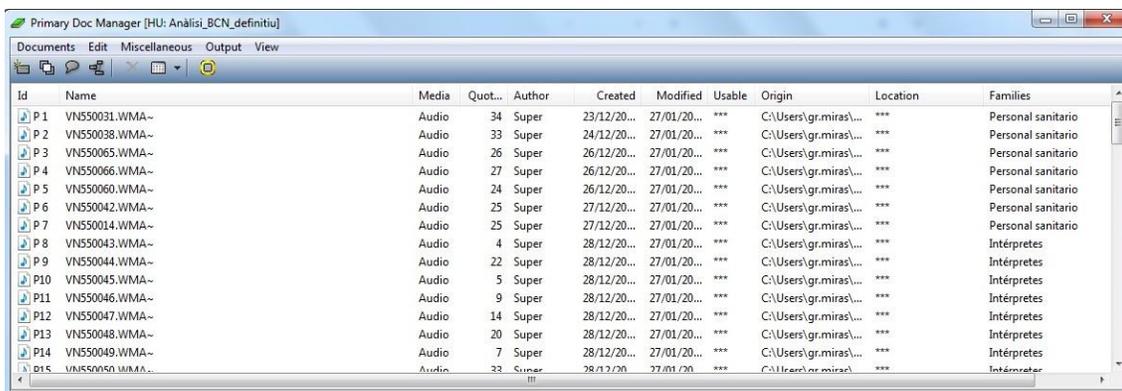


Figura 13. Familias de documentos.

El siguiente gráfico representa esquemáticamente y de manera general los pasos de esta metodología de análisis:

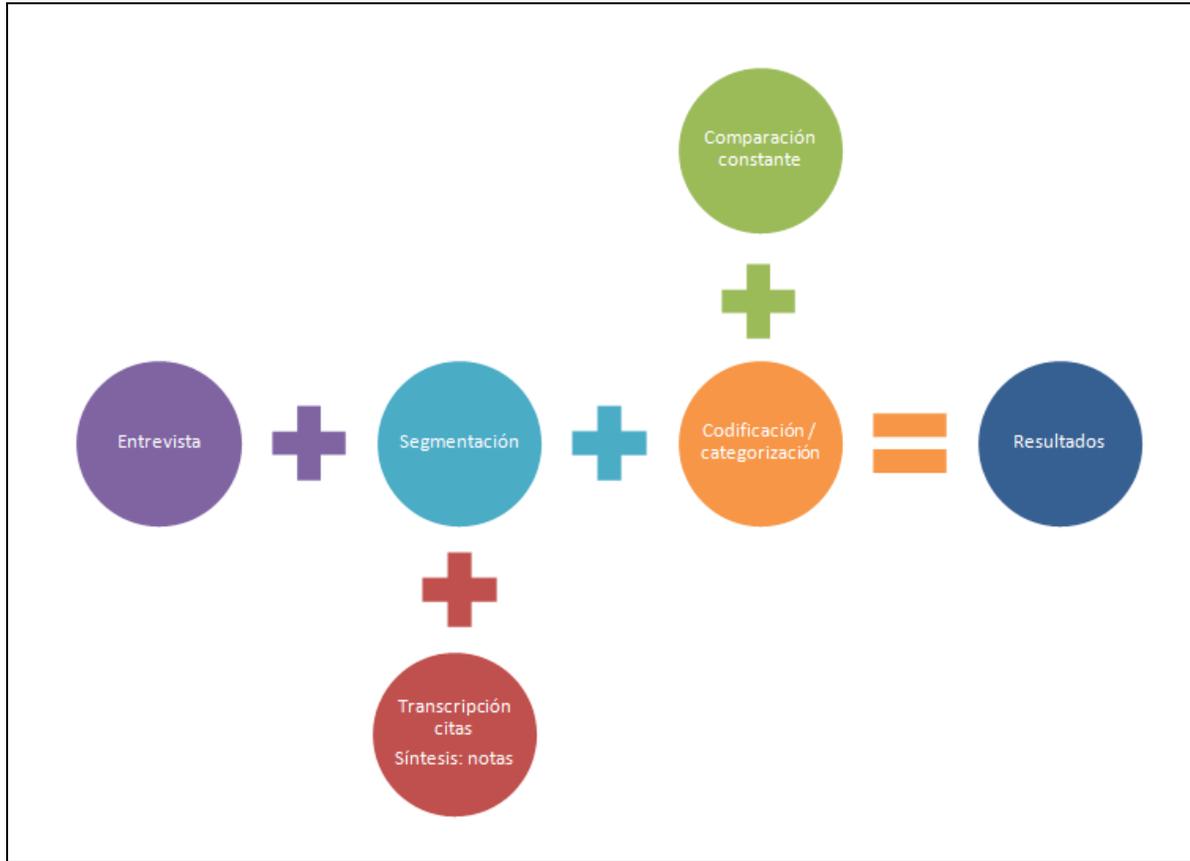


Gráfico 6. Metodología de análisis.

### 3.6.2. Análisis de datos obtenidos a través de cuestionarios

Una vez codificados los datos, procedí a su tabulación, esto es, a la ordenación sistemática en tablas, y presentación de manera gráfica, para facilitar la siguiente fase de interpretación y explicación de los resultados. En este caso, se ha aplicado un procesamiento estadístico elemental, he calculado las frecuencias de respuesta y los porcentajes que éstas representan.

Destaca por el procedimiento de análisis aplicado la pregunta número 9, en la que se invita a los usuarios a ordenar, numerando del 1 (más importante) al 10 (menos importante) las características de los profesionales de la ISP que más valoran. En este caso, para poder extraer conclusiones he otorgado pesos del 1 al 10, según el orden indicado en cada uno de los cuestionarios. De este modo he ponderado las distintas respuestas para ordenarlas posteriormente del 1 al 10, según los resultados obtenidos de menor a mayor.

Méndez (2007), se refiere al análisis de los resultados como un proceso que implica el manejo de los datos obtenidos, reflejándolos en cuadros y gráficos. Defiende que, una

vez dispuestos, se inicie su análisis tomando en cuenta las bases teóricas, en busca de la consecución de los objetivos propuestos. En esta línea, tras introducir y ordenar los datos en Microsoft Excel, y realizar los cálculos pertinentes, creé una serie de gráficos ilustrativos de cada uno de los temas tratados en los cuestionarios.

La representación gráfica utilizada es del tipo de diagramas de sectores, sobre las diferentes cuestiones y variables implicadas en el estudio. Este procedimiento gráfico de presentación de la información permite, como apunta Wainer (1992), no sólo representar datos, sino advertir relaciones y descubrir estructuras.

Dado que la intención de estos cuestionarios es de carácter exploratorio, los datos se presentan agrupados en las categorías de análisis fundamentales de cada instrumento. Se expone un análisis breve de las ideas más relevantes ya que, más que emitir juicios de valor sobre el resultado de estos cuestionarios, con este estudio pretendo presentar la realidad observada.

### **3.7. Los informes de resultados en el proceso de investigación**

Los informes constituyen la fase de la investigación donde se describen las categorías y subcategorías obtenidas.

En esta investigación se ha elaborado un informe de resultados por cada perfil de sujeto entrevistado, así como por cada grupo de cuestionarios. De este modo, los informes recogen el punto de vista de cada uno de los perfiles participantes (profesionales de la ISP, gestores, profesionales de la salud y usuarios) para cada una de las realidades estudiadas (la ISP en el ámbito sanitario de las ciudades de Barcelona y Montreal). Igualmente, he realizado un informe general de cada una de las ciudades analizadas, de manera que en ellos se observan las impresiones de los diferentes participantes sobre la misma realidad. Estos últimos informes surgen, al igual que el informe final, que compara las realidades de ambas ciudades, de la triangulación de los datos obtenidos.

En los informes del capítulo 4, analizo los datos obtenidos siguiendo la estructura impuesta por las diferentes categorías de mi estudio. Siguiendo las indicaciones de Schreirer (2012), resumo el contenido de las intervenciones de los entrevistados acerca de una misma categoría. Esto queda complementado con ejemplos que extraigo del material recogido, pues, en los informes elaborados para cada perfil de participante en cada ciudad, intercalo el texto con citas literales de las grabaciones de las entrevistas.

A pesar del uso de pseudónimos, las citas son un reflejo de las aportaciones reales que los diferentes sujetos hicieron a este trabajo de investigación. Todas ellas aparecen en los informes acompañadas de códigos de cita, que las identifican en el marco de una entrevista determinada. Dichos códigos fueron asignados por Atlas.ti en la fase de análisis. Gracias a ellos todas las citas presentes en este trabajo se pueden recuperar de manera inmediata con tal de reproducir el fragmento de la grabación de audio en la que

aparece, demostrando así su autenticidad. Dicho aspecto aporta coherencia a la metodología utilizada, puesto que estos códigos permiten recuperar el documento primario que ha sido objeto del análisis, acompañado con los resúmenes, transcripciones o anotaciones realizadas en su momento.

El sistema de codificación utilizado contiene información relativa al número identificativo de la grabación de la que surge la cita, el número de cita y los códigos de tiempo, que ubican el momento de inicio de la cita dentro de la grabación y explicitan la duración de la misma. Analicemos el ejemplo siguiente con tal de profundizar en la información de los códigos utilizados:

*56:5 ( 0:03:10.49 [0:00:29.46] )*

En el ejemplo propuesto, el 56 hace referencia al número de la grabación. El 5 delimita el número de la cita dentro de dicha grabación y la información que aparece entre paréntesis son códigos de tiempo. El primero de ellos designa el momento en que empieza la cita, mientras que el segundo detalla su tiempo de duración. De este modo, la cita que lleve el código que desciframos es la quinta cita del archivo de audio número 56, que empieza en el minuto 0:03:10.49 y tiene una duración de unos 29 segundos).

Tanto el uso de pseudónimos como el recurso al sistema de codificación expuesto garantiza el respeto de uno de los requisitos de los comités de ética de la investigación del CSSS de la Montagne y el CSSS Jeanne-Mance, según el cual, la información obtenida a raíz de las entrevistas realizadas a sus profesionales de la salud debían almacenarse con un sistema de codificación en el que no constaran los nombres de los entrevistados y de manera separada a los formularios de consentimiento.

Se han realizado dos codificaciones diferentes, una para las entrevistas del ámbito sanitario barcelonés y otra para las del montrealés.

### **3.8. Triangulación de datos**

La extracción de conclusiones de este estudio consiste en la triangulación de datos obtenidos por cada perfil en cada una de las ciudades analizadas, de manera que se analiza si se comparten opiniones o, por el contrario, los diferentes perfiles viven la realidad de manera diferente. De este modo, logramos dibujar una imagen general de la realidad estudiada, teniendo en cuenta el mayor número de detalles posible. Tal y como avanzaba en el apartado anterior, a partir de la triangulación de los datos obtenidos de cada perfil se describen los servicios proporcionados en sendas ciudades, mientras que de la triangulación de los datos representativos de cada ciudad, se extraen las conclusiones finales de este estudio, que dan pie a las propuestas elaboradas. De este modo, se recurre a la triangulación de la información obtenida, con tal de validar los resultados obtenidos. Esta técnica extensamente utilizada en investigación cualitativa permite extraer conclusiones concretas y verídicas a partir de los resultados obtenidos. Denzin (1970) la define como la combinación de varias teorías, fuentes de datos o

métodos de investigación en el estudio de un fenómeno. Tanto Denzin (1970) como Patton (1987) distinguen cuatro tipos de triangulación:

- Triangulación de datos: Se utilizan diferentes fuentes de información.
- Triangulación de investigadores: Varios investigadores analizan una misma realidad.
- Triangulación de métodos: Se utilizan diferentes métodos de investigación para analizar una misma realidad.
- Triangulación de teorías: Se investiga una misma realidad partiendo de teorías diferentes.

En este estudio se realiza una triangulación múltiple, que combina una triangulación de datos y una triangulación de métodos. Con la triangulación de datos se comparan los resultados obtenidos de cada uno de los perfiles de sujeto participante en el estudio, es decir, profesionales de la ISP, profesionales de la salud, gestores de servicios de ISP y usuarios de dichos servicios. Además, con la triangulación de métodos se comparan los datos obtenidos con la aplicación de los dos instrumentos de recogida de datos utilizados, esto es, entrevistas y cuestionarios. Esto nos permitirá llegar a una observación global de la realidad analizada en cada una de las ciudades, con tal de proseguir con la comparación de ambas.

Cabe decir que, tal y como constatan Rodríguez, Gil y García (1996), categorizar información implica un juicio de valores, en el que el investigador decide si ciertos datos pueden incluirse bajo un determinado código, y tomar una serie de decisiones al respecto que pueden verse afectadas por la subjetividad del investigador. En cualquier caso, a pesar de que esta subjetividad es inevitable, en la presente investigación se ha intentado atenuar al máximo, mediante la triangulación de los puntos de vista de representantes de todos los actores implicados en la realidad estudiada. Igualmente, la triangulación de método, es decir, la triangulación de los resultados de entrevistas y cuestionarios, ayuda a disminuir el potencial riesgo de subjetividad. Otro factor que disminuye los posibles sesgos es el elevado volumen de datos recogidos y analizados, aspecto que influye potenciando la objetividad de los resultados.



# Capítulo 4: Análisis de los datos

En este capítulo recojo la información compartida por los diferentes sujetos participantes en este estudio mediante la respuesta a las preguntas planteadas. Divido este capítulo en dos partes. En la primera de ellas, expongo el análisis de las entrevistas y los cuestionarios en cada una de las ciudades.

En este apartado presento, por lo que respecta a ambas ciudades:

- Informe de análisis de las entrevistas a los gestores de servicios de ISP del ámbito sanitario
- Informe de análisis de las entrevistas a los profesionales de la ISP del ámbito sanitario
- Informe de análisis de las entrevistas a los miembros del personal sanitario
- Informe de análisis de los cuestionarios realizados a usuarios de los servicios de ISP del ámbito sanitario

En la segunda parte del capítulo, incluyo la triangulación de los datos de cada uno de los grupos de sujetos para cada una de las ciudades.

## Primera parte

### 4.1. Informe de análisis de las entrevistas a los gestores de los servicios de ISP del ámbito sanitario de Barcelona

#### 4.1.1. Los participantes de la situación comunicativa

De acuerdo con los gestores de los servicios de ISP analizados, los profesionales de los mismos trabajan con todo aquel miembro del personal sanitario que requiera de sus servicios. No obstante, dentro del espectro de profesionales de la salud, son los médicos los que más recurren a este tipo de servicios, puesto que es el perfil profesional más abundante, de manera que la utilización de servicios de ISP es proporcional al número de profesionales de cada perfil. Asimismo, destacan las particularidades de la manera de trabajar de los profesionales de la ISP con los trabajadores sociales, insistiendo en que el intérprete llega a detectar, en determinadas ocasiones, problemas sociales de los usuarios de sus servicios. Así, el profesional de la ISP puede servir tanto de lazo de unión entre el trabajador y el usuario, como de comediador, dirigido por el trabajador social, en la interacción del usuario con otros profesionales de la salud. Lourdes revela que las funciones del profesional de la ISP se llegan a solapar en cierta medida con las del trabajador social, lo que considera peligroso, dada la falta de formación de éstos en el ámbito de la mediación de conflictos:

*A ver... el hospital no tiene, es un tema de concepto ¿eh? El hospital no tiene servicios sociales, tiene trabajadores sociales sanitarios ¿vale?, de salud, especializados en temas de salud ¿eh? Entonces, a ver... se trabaja muy estrechamente, muy estrechamente porque es un profesional el trabajador social que tiene, en sí, un perfil mediador, pero no un perfil mediador intercultural, sino mediación en el conflicto amplio de la salud. Entonces ellos muchas veces son los que detectan donde están las dificultades, justamente porque su área de trabajo le lleva a detectar determinadas necesidades ¿no? Y entonces hay un trabajo muy, muy, muy estrecho, A ver... el mediador puede trabajar con el trabajador social a nivel de que esté mediando entre el trabajador social y el usuario, o bien porque el trabajador social coordine esta mediación con el equipo médico ante la detección de unas determinadas situaciones ¿eh? Sí que es cierto que, a veces, el mediador intercultural tiene también como una tendencia a realizar determinadas actividades ¿vale?, que rayarían con lo que son las competencias*

*de un trabajador social. Y aquí hay que tener cuidado, porque no son profesionales del trabajo social, no sé... necesita una formación específica. Pero sí que muchas veces ellos detectan también problemas sociales que los transmiten a la trabajadora social y que puede haber ahí un trabajo en equipo ¿no? Se trataría de hacer un trabajo en equipo.*

80:17 ( 0:13:03.93 [0:01:28.69] )

El usuario de los servicios de ISP se define como aquella persona que, ya sea por razones lingüísticas o culturales, necesita de un intermediario que le garantice la comunicación en ámbito sanitario, cuando necesita tratarse un problema de salud. Se observa una gran afluencia de amas de casa, aunque los entrevistados afirman atender usuarios de ambos sexos. Igualmente, afirman que se tratan usuarios de todas las edades.

De acuerdo con los gestores de estos servicios, las nacionalidades que presentan una mayor necesidad de estos servicios han ido variando en función del perfil de la inmigración. En el momento de la realización de las entrevistas, las nacionalidades que más recurrían a los servicios de ISP eran la china, la magrebí (y población árabe, en general) y la rumana, seguidas de la rusa, la ucraniana, la india o la paquistaní. Finalmente, se dan pocas demandas de personas procedentes de América latina. Si bien estos últimos no presentan problemas de lengua, pueden tener problemas culturales o incluso de dialecto que pueden obstaculizar la comunicación en el ámbito sanitario. En este sentido, Almudena denuncia la falta de mediación para el colectivo latinoamericano argumentando que:

*El mayor colectivo que hay en mi inmigración, de países extranjeros, es latinoamericano, concretamente Ecuador, ¿no? (...) Y yo siempre dije que eran los grandes olvidados, los latinoamericanos, porque entendemos, como que estamos hablando de mediación intercultural, también lo mezclamos muchas veces con lo que sería la interpretación, ¿no? O la traducción. Hablamos el mismo idioma, pero diferentes lenguaje, ¿eh? Y tenemos diferentes códigos. Entonces, yo tenía un poco la experiencia personal de un año y medio en El Salvador, aunque lo conocía desde hacía ya muchos años, pero una cosa era ir de viaje... De viaje unos días y otra cosa es vivir año y medio, y te das cuenta que hay muchos temas culturales. Y de religión. Y de códigos. Incluso de lenguaje. Tan fácil como que allí, "relajo" significa fiesta, y aquí "relajo" significa relajarte, ¿eh? Yo me hacía la pregunta que imagínate con médico dice: "mire, ahora tómese esas pastillas y se relaje" a un latinoamericano, ¿no? Y esto o yo creo que ha sido unos grandes olvidados dentro de la mediación intercultural, que siempre se habla cuando se confunde a veces la mediación intercultural con el idioma. Es una cosa... Yo no soy una experta en el tema, pero bueno, es una cosa curiosa, ¿no?*

75:10 ( 0:14:36.28 [0:04:25.75] )

Se insiste en que el único motivo de exclusión de estos servicios es la falta de disponibilidad de profesionales de la ISP para una lengua dada. Lourdes afirma:

*A ver.... ¿excluido?, excluido no queda nadie, otra cosa es que necesitemos un traductor de mandarín y no tengamos traductor de mandarín, porque no tenemos. Entonces, claro, la exclusión queda en función de que nosotros podamos prestar ese servicio o no. (...) O si me piden un determinado mediador para las dos de la madrugada, evidentemente, podemos considerar que ese paciente quedará excluido porque a las dos de la madrugada no hay mediadores, no trabajan. Pero bueno, esto es como cualquier otra profesión ¿eh? Hay unos límites.*

80:18 ( 0:14:40.41 [0:00:37.01] )

A medida que los diferentes grupos poblacionales se van insertando en la sociedad, los servicios de ISP van siendo cada vez menos necesarios, dado que van aumentando los conocimientos lingüísticos. Veamos como Almudena describe los usuarios de los servicios de ISP de su centro:

*Todo lo que es el área de árabe, Marruecos, Argel y tal, a, primero, los números demuestran que se están yendo, los que quedan parece que ya están, digamos integrados en nuestro sistema sanitario, o sea, saben. Ya no hay la barrera idiomática, ya saben cuáles son los circuitos, porque ya son muchos años, ya saben que urgencias es urgencias, que el centro de asistencia primaria es el centro de asistencia primaria, ¿eh? Etc. etc. El poco aumento que hay dentro de la... En nuestra zona, en concreto, de referencia, son paquistanís, hindús, de Bangladesh. En este momento, pues yo creo que habría que mantener, y por sus características por su perfil, por su cultura y por su idioma, habría que mantener esa mediación. Y después tenemos el colectivo rumano, que sabemos todos y conocemos que en los países del este tienen una gran facilidad, la cultura muy similar a la nuestra, evidentemente. Y después, el idioma tienen esa gran agilidad de aprenderlo rápidamente, que no es necesaria, además hay muy poca demanda por parte de los profesionales. Y después tenemos en el colectivo chino, que es un poco curioso, ¿no? Pero me parece que es curioso en todos los estudios que se han hecho, por todos los lados, ¿no? Yo quería decirte una cosa, que hay un colectivo que nos olvidamos, y que es el colectivo latinoamericano.*

75:10 ( 0:14:36.28 [0:04:25.75] )

Los entrevistados no consideran a los profesionales de la ISP como intérpretes accidentales, dado que cuentan con una formación específica para la profesión que desempeñan. No obstante, mantienen que no se trata de licenciados en traducción ni en filología. Son muchos los partidarios de un perfil profesional procedente de las comunidades inmigrantes, que comparta tanto lengua como cultura con sus usuarios. De hecho, se observa que, hoy en día, es éste el perfil observado en los servicios de salud barceloneses. Se trata de personas inmigrantes que dominan la lengua de la comunidad, así como la lengua del país o la región de acogida y tienen tanto conocimientos culturales

como conocimientos del sistema sanitario. Estas personas, ante la imposibilidad de continuar su profesión tras haber inmigrado, han visto en la mediación intercultural una salida profesional idónea para ellos. Los entrevistados insisten en destacar la importancia de la profesionalización de estos servicios. Comentan que, en ocasiones, los usuarios acuden a los centros sanitarios acompañados de terceras personas que hacen las veces de intérpretes accidentales, sin ningún tipo de formación previa ni conocimientos específicos en relación al sistema sanitario. Destacan que en ocasiones estas terceras personas son menores escolarizados que dominan ambos idiomas. No obstante, destacan que prefieren recurrir a profesionales de la ISP.

Almudena explica los requisitos que, desde un principio, solicitó a los posibles profesionales de la ISP, que ayudaron a delimitar el perfil de este tipo de profesional en su centro:

*Hombre, también ha cambiado muchísimo, porque... A ver, ahora el perfil lo marcó un poco el servicio... Digo, Salut i familia, nosotros solamente pedimos los requisitos básicos para la mediación. Una, conocer el idioma de referencia decentemente. Conocer la cultura nuestra, o sea, que ya hayan estado... Hayan tenido un periodo de vivencias en el país, en nuestro país. Y que vengan de... Es decir, a ser posible, que vengan del ámbito sanitario, en su país de referencia, ¿no? Claro, que ahora pues que hayan hecho cursos de mediación, que ya vienen con un curso de mediación, pero claro, por ejemplo, (...) la mediadora marroquí, no tenía. No tenía formación sanitaria, pero claro, con el tiempo ya se ha formado. Pero los requisitos fundamentales son estos. Quiero decirte, que vengan a ser posible, que vengan del ámbito sanitario, ¿eh? Porque, aunque se formen, la mediación en el ámbito sanitario también, lo importante es que conozcan lo que es un hospital. Y el idioma. O sea, yo soy de los que apoyó que la mediación a poder ser del país de origen.*

75:15 ( 0:23:20.93 [0:04:45.12] )

#### **4.1.2. Multiplicidad de denominaciones**

En Barcelona se observa una multiplicidad de denominaciones para designar la práctica que estudiamos. Encontramos tanto servicios de mediación intercultural como de agentes de salud comunitarios. El mediador intercultural se centra en interpretar tanto la lengua como la cultura en la conversación en contexto sanitario, con tal de garantizar la comunicación haciendo el mensaje comprensible para ambas partes. En cambio, el agente de salud comunitario tiene la capacidad de ser emisor de ciertos mensajes sanitarios, haciendo que sus funciones sobrepasen las de mero comunicador. Veamos como Lourdes explica las diferencias entre ambos perfiles:

*El hospital no ha tenido nunca un agente de salud. El agente de salud es una figura que existe desde mucho antes de la mediación intercultural, ¿vale?, que... y estaban sobre todo ubicadas en lo que sería atención primaria de salud, y*

*hacían labores de salud comunitarias, sobre todo. Trabajaban con colectivos. Eran personas representativas de una comunidad determinada, que tenían una formación determinada, que conocían el sistema sanitario nuestro, que conocían el concepto de salud de su comunidad de origen, ¿vale?, y que trabajaba determinados aspectos para conseguir modificar conductas. (...) No, no tenían formación en mediación porque la mediación como tal, es una profesión muy nueva. Es muy nueva.*

80:20 ( 0:16:03.03 [0:00:50.05] )

### 4.1.3. Condiciones laborales de los profesionales de la ISP

Según la información recopilada en las entrevistas, los profesionales de la ISP no son empleados de los diferentes centros médicos, sino trabajan para agencias externas destinados en los diferentes centros médicos, en donde prestan sus servicios. Tampoco se encuentran contratados directamente por el ICS, sino que su relación contractual viene de manos de las diferentes agencias externas. No obstante, algunos mediadores interculturales tienen un contrato de prácticas que se origina a partir de un curso formativo en mediación intercultural que oferta el ICS junto con la Obra Social la Caixa. Lourdes expone:

*A ver... es que en un inicio era una unidad docente. Es decir, teníamos profesionales en prácticas, que se estaban formando. (...) No, no es una agencia externa. Es el Plan Director de Inmigración que depende de sanidad, del Departament de Sanitat. Dentro de las medidas a desarrollar considera que la mediación intercultural es necesaria. Entonces, como los centros sanitarios del ICS... O sea, el Departament de Salut es quien contrata los servicios públicos de los centros que dependen del ICS ¿vale? Y ellos son los que te ofrecen estos profesionales. Te los ceden mediante un convenio de colaboración que tienen con una entidad pública que los forma y una entidad privada sin afán de lucro, que es una ONG como es la Obra Social de La Caixa, que es la que ayuda económicamente a que podamos tener estos mediadores en los hospitales. Pero no son de plantilla nuestros. (...) Son profesionales contratados por el Departament de Salut y que cobran por sus servicios profesionales.*

80:3 ( 0:00:58.19 [0:00:49.67] )

Andrea, por su parte, explica que los agentes de salud comunitarios de su centro dependen más bien de subvenciones y convocatorias públicas:

*No depende económicamente del, de la administración pública (...) hay aquí un equipo que has estado, que ha estado sentado escribiendo proyectos y tal porque depende el servicio de salud comunitaria, depende de subvenciones, ¿eh?, entonces si no hay subvenciones no cobran estos agentes comunitarios de salud,*

*o sea no les paga digamos la administración pública, dependen siempre de subvenciones y convocatorias.*

59:15 ( 0:13:18.07 [0:00:33.76] )

No obstante, hay centros en los que los profesionales de la ISP trabajan para una agencia externa subcontratada por el centro. Asimismo, uno de los centros participantes en este estudio dispone de un convenio con la Asociación Salut i Família. Gracias a dicho convenio, Salut i Família facilita los mediadores interculturales al centro. De este modo, se seleccionan mediadores interculturales de dicha Asociación, mediante un proceso de selección elaborado por el mismo centro.

Existen categorías profesionales preestablecidas en los centros sanitarios, que van vinculados a los diversos niveles de formación. Algunos centros intentaron darles una categoría profesional a los trabajadores de los servicios de ISP, pero esto fue un intento fallido, dado que los profesionales de los servicios de ISP no están relacionados contractualmente con los centros sanitarios. Por ese motivo, no tienen una categoría profesional dentro de ellos. Aún así, algunos entrevistados equiparan a los profesionales de la ISP al personal auxiliar o administrativo. Sea como fuere, Paco considera:

*Yo entiendo, por conversaciones que a veces he tenido con ellas, pues bueno, no preguntas detalles concretos, yo entiendo que estarán por un técnico medio, medio-superior dependiendo por qué tipo de convenio te movieses. Yo creo que les deben estar pagando como una FPII, creo yo ¿eh?, a ver... por conversaciones que a veces he tenido con ellas, que no he preguntado detalles ni voy a preguntarlos.*

77:10 ( 0:07:12.49 [0:00:53.41] )

#### 4.1.4. Formación

Los entrevistados afirman que los profesionales de la ISP han recibido (o se encuentran realizando) una formación específica en el ámbito de la ISP para actuar en hospitales y centros de atención primaria. Así pues, estos profesionales no están formados para trabajar fuera del ámbito sanitario. Destacan que los profesionales de los servicios analizados no cuentan con una formación universitaria en traducción e interpretación, sino que más bien cuentan con una capacidad innata para esta práctica, trabajada a grandes rasgos en un curso de mediación intercultural.

Lourdes describe dicho programa formativo insistiendo en que se trata de una formación oficial pero no reglada:

*Sería asimilable a una antigua Formación Profesional o a un grado medio ¿no?, entiendo ¿eh? Lo que pasa que... a ver... es una formación oficial pero no es una formación reglada. Es un perfil profesional nuevo ¿eh? Entonces se les forma en el perfil profesional de mediador intercultural ¿vale? Mediante un curso por el*

*instituto catalán, por el Instituto de Estudios de la Salud, que es un organismo oficial, pero no es una titulación oficial. Sí reglada pero no oficial.*

80:6 ( 0:03:17.04 [0:00:29.88] )

Algunos entrevistados destacan la falta de exigencia de los requisitos de acceso al curso de mediación intercultural. Se desvela que algunos profesionales de la ISP no han finalizado los estudios de educación secundaria. Aun así, pudieron realizar el curso formativo en mediación intercultural, lo que pone de manifiesto las escasas exigencias de acceso a los mismos. No obstante, se insiste a lo largo de las entrevistas en que muchos profesionales de la ISP habían comenzado estudios universitarios en sus países de origen.

Los cursos de mediación intercultural ofertados en el ámbito barcelonés forman a sus alumnos en las características y peculiaridades del sistema sanitario y el sistema de servicios sociales catalanes, en mediación intercultural (la entrevista de triangulación, ética profesional, etc.). Igualmente, se tratan contenidos culturales, así como una breve introducción a la traducción y la interpretación. Estos cursos son esenciales para trabajar en ISP en el ámbito sanitario catalán, ya sea como mediador intercultural o como agente de salud comunitario. En el caso de estos últimos, la formación se extiende con cursos de formación específica en el perfil profesional del agente de salud comunitario. Andrea explica:

*No solamente por ser de la cultura, son par personas que se, que ya tienen una formación básica en tema de mediación intercultural y entonces tú los eliges teniendo ya la formación de mediación intercultural. Como base no puede ser gente de salud si no tiene el curso de mediación intercultural hecho. Luego si tienes más idiomas pues perfecto, el idioma a veces e... facilita mucho el tema de comunicación verbal, digamos. Y aparte de tener estos cursos hechos, entonces se le hace una formación específica para podía actuar como agente comunitario de salud. Eso es la diferencia. Lo hemos cogido diferentes culturas porque así abarcan todo, te abarcan lo que es traducción y interpretación a la hora de hablar otro idioma delante de la consulta y facilita y da soporte de unidad asistencial digamos a nivel de la consulta, a nivel cultural cuando hay algún conflicto relacionado con la cultura ya tienen la formación de mediación intercultural, o sea ya pueden gestionar la resolución de este conflicto y a nivel comunitario digamos, ya puedan trabajar el tema de sensibilización sobre la promoción de la salud. Es la formación digamos aparte.*

59:6 ( 0:04:02.94 [0:01:21.27] )

En los centros pioneros en ISP en Barcelona, fueron los profesionales de los mismos quienes emprendieron ciertas actividades formativas para las personas que entraban a trabajar en estos servicios. En esta línea, Almudena destaca:

*Ya te he dicho que no había ningún especialidad en aquel momento. Eran gente con una cierta sensibilidad a... Bueno, a este tipo de mediación. Ya te he dicho que Salut i Família, pues ya estaba trabajando con este perfil de profesional, aunque no formado en el ámbito sanitario. Eso ha sido... Fue posterior. Nosotros tuvimos que formar a los... Prácticamente a todos. Formarlos en el sentido, por ejemplo... Nosotros tuvimos un par de mediadoras que no se podía cuestionar su mediación, pero que cuando veían la sangre se desmayaban. Claro es que un profesional, el perfil más o menos, lo estuvimos formando nosotros, ¿no? O sea, porque aparte de esto, evidentemente había un tema, que era fundamental, que es la confidencialidad de datos. Ellas están e intermedian en medicina, en cosas delicadas, ¿eh? Y entonces, pues estas cosas hay que cuidarlas mucho. Y en su país de origen, pues posiblemente no tenían una ley de confidencialidad de datos. Al margen de... Ahora no me acuerdo cómo se llamaba... De la primera que... ¡ay!, no me acuerdo cómo se llamaba... De la primera mediadora que tuvimos, que nos ayudó muchísimo, pues una chica majísima, que afortunadamente había estado educada dentro del país y sabía un poco, cuál eran las reglas. Pero muchas, hemos tenido que... Ha habido que explicarles y formarles desde el principio. Aparte de nuestros códigos, ¿eh? Que claro, evidentemente nosotros hablamos de UCI, de COT, ¿eh? Hablamos de una ECO, hablamos de cosas, que para ellas eran totalmente desconocidas, no porque no fuesen buenas profesionales sino porque, bueno, el ámbito sanitario lo desconocían.*

75:4 ( 0:08:04.39 [0:01:59.19] )

Igualmente, los entrevistados destacan que los profesionales de la ISP reciben formación continua, que les sirve para refrescar o actualizar sus conocimientos. Asimismo, los profesionales de la ISP se interesan, de manera individual, en acudir a cursos y eventos de difusión científica que les proporcionan un mayor conocimiento acerca de esta práctica y materias relacionadas, como la terminología médica, etc.

En lo que concierne a si la formación recibida por los profesionales de la ISP es o no la adecuada, los entrevistados la suelen considerar correcta. Por poner un ejemplo, expongo la respuesta de Paco, quien comenta:

*Yo pienso que la formación es más que correcta por el nivel que les veo, o con la formación de interpretación... No sé, yo aquí no sería quien tuviese que indicar si tienen que estar más o menos formados y qué formación...*

77:1 ( 0:00:32.18 [0:00:41.09] )

#### **4.1.5. Funciones del profesional de la ISP**

Son diversas las funciones que se atribuyen a los profesionales de la ISP. A grandes rasgos, Susana enumera las siguientes:

*Acompañar, mediar... (...) No, acompañar, eh... Mediar, ayudar a la comunicación, un poco lo que hemos estado comentando, ¿no? (...) Sí, traducciones orales si hay problema idiomático que lo hay, y si se necesita una traducción, pues también la hacen, ¿eh?*

71:22 ( 0:09:21.27 [0:00:46.06] )

De acuerdo con los gestores de los servicios de ISP entrevistados, las funciones de los profesionales de tales servicios incluyen:

- Interpretación

Los profesionales de la ISP se dedican a facilitar la comunicación oral entre interlocutores de diferentes idiomas. Belinda expone:

*Bueno, hacen mucha traducción oral, como intérprete de entre lo que es el paciente de otra nacionalidad y su interlocutor que podría ser, o bien un profesional sanitario centro, o personal administrativo, a la hora de atender esa demanda. Puede ser también, a la hora de explicar, traducir algún documento, pero traducirle al paciente que no entiende algo, que se le está cobrando y entonces se lo han explicado.*

61:18 ( 0:12:17.30 [0:00:48.40] )

- Mediación en caso de posible malentendido cultural

Los profesionales de la ISP facilitan la comunicación entre personas con diferentes orígenes socioculturales, favoreciendo la comprensión entre las administraciones sanitarias y los usuarios inmigrantes. En este sentido, estos profesionales tienen presentes en todo momento elementos tan arraigados culturalmente como los hábitos de vida, los valores, las costumbres, las creencias religiosas, etc. Todos ellos esenciales para una comunicación eficiente, libre de malentendidos. Almudena expone:

*A ver, una de sus funciones es recibir, ¿eh? Recibir al usuario... A ver, la demanda puede venir por dos vías, desgraciadamente es por el profesional, ¿eh? El que demanda y después el usuario, que el boca a boca funciona, entonces vienen aquí directamente, los acompañan y tal, ¿no? A ver, ¿su función? Es... Hay también la cosa, un poco curiosa, ¿no? De entrada, la traducción, es una de sus funciones, ¿eh? Explicarle y tal. Después, hacerle entender, dentro de su cultura, la necesidad que tiene que seguir esas instrucciones, por decirlo de alguna manera, ¿no? Por ejemplo, una cosa tabú, fácil. Cuando están en ramadán, no pueden tomar ni medicación, ¿no? Porque pues tienen que estar en ayunas. Es bueno, pues una de sus funciones, es decirles, explicarle al profesional qué están el ramadán, porque evidentemente el profesional no sabrá si es mes de ramadán o no ese mes de ramadán, decirle que no puede tomar medicación y en vez de darle las pastillas cada ocho horas, a ver si se las puede*

*dar cada doce. Por ejemplo. Esto o para facilitarle al profesional y evitar el problema al usuario, ¿no? Y por otro lado, al usuario, recordarle que dentro del ramadán las personas que están enfermas pueden tomar medicación. Pero que ya que se ha hecho ese esfuerzo, pues que se la tome, ¿no? Por ejemplo, donde también se ha hecho mucha mediación, a veces en medicina interna, por el tema de las enfermedades respiratorias como la tuberculosis, ¿no? Bueno, pues ese es un tema, ¿no? Quiero decir, qué explicar lo fundamental y lo primordial que es para no ir contagiando a alguien, a la gente de su casa, pues que tengan que hacer todos un seguimiento, ¿no? Esa es su función.*

75:18 ( 0:29:51.14 [0:02:15.85] )

- Acompañamiento

Los profesionales de la ISP acompañan a los usuarios de los servicios en aquellos trámites y actividades en que se precisa una comunicación en lengua autóctona. Manuel menciona:

*Yo pienso que la palabra acompañamiento es importante, ¿eh?, porque muchas veces no es... (...) Vienen entran en la consulta, hace su acto de mediación, su traducción, se va, no sé qué... Claro, yo le digo “pues mira, te voy a pedir una analítica y te voy a pedir una radiografía”. No acaba ahí, ella coge a esa persona, va con ella al mostrador, le explica que le he pedido una radiografía y le... Se queda con ella en el mostrador para que se la programen y para decirle la hora y el día que se la han dicho... Quiero decir que un acompañamiento, me imagino que mientras están juntas, esos cinco o diez minutos, pues, la persona también hace sus preguntas que no le han quedado claras en la consulta o en todo el proceso de pruebas complementarias, o de lo que sea, ¿no?*

69:22 ( 0:18:29.11 [0:01:12.04] )

- Orientación cultural en el sistema sanitario (y fuera de él)

La orientación por parte de los profesionales de ISP es esencial para el buen uso de los recursos sanitarios por parte de algunos usuarios. Andrea explica las tareas de orientación que los agentes de salud comunitarios de sus servicios ofrecen al usuario de origen extranjero:

*Intenta trabajar con él y que tiene que ir a su médico de familia, que aquí no podemos hacer, le dices pues bueno al médico de familia no estás tú. Sí tú necesitas yo contacto, pero lo que trabajamos por el centro de salud que vaya por las líneas correctas. Si, si es... si, si no tiene tarjeta sanitaria, o sea también orientarle a hacerla y para seguir su, con su médico de familia, explicarle que con el sistema sanitario... a veces no saben como va ¿no? Por eso te vienen aquí por cualquier cosa, entonces la explicas que el sistema san... que el sistema sanitario, él tiene que hacer seguimiento con su médico de familia, tiene que tener*

*un médico de familia asignado y si no sabe donde pues tu lo derivas, según la dirección, el domicilio que tiene, y lo deriva; lo orienta, el agente comunitario mismo, hasta que empieza con su médico de familia. Pues ahí le deja, pues si algún día tú necesitas algo pues, pues... me llamas. Siempre se trabaja la autonomía de los pacientes, que no estén dependientes del.... del... agente comunitario de salud. A lo mejor está pendiente las primeras visitas pero luego es él mismo quien tiene que programarse, el mismo que tiene que ir a este hospital. Sólo trabaja con él al principio, se le explica porque no tiene conocimiento por eso no actúa con estado de autonomía ¿no? O no... o no habla el idioma ¿no? También, entonces también se le orienta para donde puede... aprender el idioma y todo eso. Para que no sea siempre dependiente del agente comunitario de salud.*

60:15 ( 0:17:22.13 [0:02:19.09] )

- Traducción y adaptación de material

En el seno de los servicios de ISP se realizan también traducciones y adaptaciones de material médico escrito. Dichos materiales engloban desde folletos informativos sobre enfermedades concretas, hasta información institucional proyectada en pantallas en los diferentes centros, pasando por hojas explicativas de pruebas médicas, etc. No obstante, algunos profesionales de la salud afirman no solicitar este tipo de servicios a menudo argumentando que la Generalitat, a través de su página web, pone a su disposición diversos documentos oficialmente traducidos y validados.

A pesar de que realicen traducciones escritas de algunos documentos que se difunden en ámbito sanitario, algunos entrevistados tienden a señalar la escasez formativa de estos profesionales, incidiendo en que no todos se encuentran capacitados para realizar tareas como la interpretación de conferencias o la traducción oficial de textos escritos. Andrea comenta a este respecto:

*Hace las dos cosas ¿no? La oral durante la visita ¿no? La traducción oral y luego a veces hay algunos temas de información sanitaria, esto se queda escrita en un tríptico informativo a nivel sanitario, pero eso ya no será porque traductor, será una persona que lleva tiempo en el ámbito sanitario, tiene conocimientos sanitarios. A parte de saber el idioma, tiene que tener muchos conocimientos sanitarios para poder traducir correctamente el mensaje. Entonces, traducir también a veces no es una traducción literaria, es más bien el, la, el sentido del mensaje. Tienes que tener mucho cuidado porque para poder traducir algo escrito no es lo mismo que para el oral porque hay que tener en cuenta que hay idiomas que son dialectos y hay traductores que pueden traducirte un dialecto pero a la hora escrito es otra cosa, a lo mejor no tienen la formación suficiente para poder hacer esto y ves algunos documentos que a veces te quedas “a ver... ¿quién ha hecho la traducción?” ¿No? “Que yo no entiendo nada”. Pero eso está bien, eso es la culpa de que le dio hacer este no porque es de la misma cultura o de lo*

*mismo, ya sabe hacer esta traducción. Deben tener una formación específica para poder hacerlo correctamente esto y eso lo tenemos mucho en cuenta en material educativo.*

60:2 ( 0:02:56.65 [0:01:38.75] )

- Registro de intervenciones

Según afirman los entrevistados, los profesionales de la ISP tienen la obligación de registrar todas y cada una de sus intervenciones con cualquier profesional o usuario, ya sea en consulta o a nivel del mostrador.

- Funciones más allá de su perfil

- Apoyo

En ocasiones, los profesionales de la ISP sirven de apoyo para aquellas personas de origen extranjero que se encuentran solas en los centros sanitarios. Paco comenta:

*Ella cada día eh... pasa por... primero de todo.... A ver, los pacientes que ha visitado previamente, va a verlos, si son de la hospitalización.*

77:13 ( 0:10:25.67 [0:01:27.09] )

- Actividades comunitarias

Los agentes de salud comunitarios destinan gran parte de su tiempo al desarrollo de actividades comunitarias, tal y como menciona Andrea:

*Fuera del centro, eso de que diferencia al agente comunitario de salud digamos del traductor interprete y mediador ¿no? es el trabajo fuera, allí donde trabaja con la comunidad, con la que tiene necesidad, sobre todo de los programas de prevención de salud con la comunidad. Cuando hablo de comunidad puede ser comunidad informal, de manera informal, en barrios y exclusión social y tal y con ONG y asociaciones que trabajan con estos colectivos. Cuando trabajamos con inmigrantes y también colectivos donde trabajamos con autóctonos, que son de exclusión social como trabajadoras de sexo, drogadictos, y todo esto no se trata bien en, en, en algunos programas. Y en el proyecto, porque los proyectos son más dirigidos al colectivo de afuera, que están en una situación vulnerable a la normalidad.*

60:1 ( 0:00:30.50 [0:01:59.06] )

Igualmente, estos están capacitados para realizar evaluaciones a nivel comunitario y presentarlas al coordinador, poniendo de manifiesto la situación y las necesidades observadas. Los centros que disponen de agentes de salud comunitarios optan por este perfil alegando que sus funciones son mucho más

amplias, con lo que este profesional resulta mucho más productivo. Dicho argumento nace del hecho de que a las funciones de comunicación se le añaden otras como la de preparar actividades de educación sanitaria (como charlas o talleres), etc.

#### **4.1.6. Características de los servicios de ISP**

En este apartado presento los rasgos característicos de los servicios de ISP analizados, de acuerdo con la información compartida por sus gestores a lo largo de las entrevistas. En él describo la situación que dio pie a su creación, la disponibilidad de los servicios ofertados, la manera en la que estos han evolucionado con el paso del tiempo, cómo se lleva a cabo su implementación, qué beneficios han reportado y qué mejoras cabría incluir.

##### **4.1.6.1. Instauración de servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés**

Con tal de relatar (aunque sucintamente) cómo se instauraron los servicios de ISP analizados, trato a continuación aspectos como la percepción de la necesidad de instaurar dichos servicios, la fecha de inicio de los mismos, sus objetivos y los servicios médicos con mayor necesidad de ISP.

La instauración de servicios de ISP fue impulsada por el aumento de los flujos migratorios hacia el interior de nuestras fronteras. La llegada de personas de origen extranjero que no dominaba los idiomas autóctonos provocó el aumento de fallos o imprecisiones en los diagnósticos, así como incumplimientos terapéuticos, causados por las trabas existentes en la comunicación. Dichas trabas comunicativas se originan a raíz de las barreras lingüísticas, así como de las diferencias culturales. Todo esto puso de manifiesto la existencia de un problema de comunicación en el ámbito sanitario. A partir de esto, se observó que la ISP era una solución que podía hacer frente al problema, ya sea con servicios de mediación intercultural o con la incorporación de agentes de salud comunitarios. Almudena narra la experiencia de su centro de la siguiente manera:

*Bueno, pues durante el inicio del aumento, digamos de extranjeros, porque a mí la palabra inmigración, no me acaba de gustar mucho, pero bueno, en fin... de nuevos inmigrantes, fue durante el año 2001, que aquí se empezó a notar en todo el país, y en concreto también en Barcelona, y entonces, nosotros llegamos a tener entre el 2001-2002, el 61 % de partos de países de baja renta per cápita, ¿vale? (...) Yo llegué aquí, al hospital, sobre el año 2000, a finales de 2001, y uno de los encargos que me hizo la dirección del hospital, era cómo podíamos articular esa necesidad que había, y la demanda que había por parte de los profesionales, ante la gran afluencia que había de inmigración. Más que de idiomas, de otro tipo de idiomas, y de otro tipo de culturas. Nosotros en aquel tiempo, ya estábamos trabajando con la asociación Salut i Família, que estaban llevando a cabo un programa compatriota con compatriota, si no recuerdo mal, que era un poco, tener un punto de acogida, o de... De acogida, en lo que sería,*

*en urgencias, informaban a los diferentes colectivos autóctonos, de cuáles eran los trámites que tenían que hacer para conseguir la tarjeta sanitaria, a la vez también, pues explicarle los diferentes dispositivo sanitarios, que supieran que no siempre había que venir a urgencias, si no que habían centros de asistencia primaria, y todo este tipo de cosas, ¿no? Entonces, nos pusimos en contacto con ellos, y empezamos a valorar la posibilidad de... Bueno, de un mediador intercultural, que entonces se empezaba a hablar de ello ¿no?*

74:1 ( 0:00:21.56 [0:04:37.74] )

De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas a los gestores de los servicios de ISP analizados, el primero de ellos se instauró tras el boom migratorio de finales de los 80 y principios de los 90. Tal y como afirma Andrea, se empezó a hablar de servicios de salud comunitarios en el año 1994:

*Pues eso empezó sobre todo al dos mil, a finales de los ochenta. Entonces empezó la inmigración de los guineanos, de Guinea Ecuatorial finales de los 80, principios de los 90 que pedían un poco el asilo político, aquí, a, a Cataluña. Hablamos de Cataluña concretamente. Entonces estas personas, al para pedir y tramitar sus papeles de asilo político les pedían un certificado médico que diga que no padecen ninguna enfermedad infecciosa ¿eh?, un certificado amarillo que lo conocemos en todos los centros. Entonces se hizo, llegaban una asociación que se llamaba asociación de ayuda al refugiado ACSAR [Asociación Catalana de Ayuda a los Refugiados] en aquella época, entonces ACSAR se encontraba que cómo va a derivar esas personas que no tienen papeles, no tienen nada para tener este certificado. Y se hizo un convenio con la Unidad (...) para que esta asociación vaya mandando a estas personas ¿eh? A hacer cribado general para poder tener luego los resultados y el certificado. (...)¿El servicio de salud comunitario? [comenzó] en el 94.*

59:1 ( 0:00:36.52 [0:01:08.04] )

El resto de servicios analizados se iniciaron algo más tarde, a menudo, con la colaboración de asociaciones como Salut i Família o la ONG Surt. Si bien los entrevistados no recuerdan fechas exactas, estos afirman que los servicios de ISP disponibles se iniciaron entre el 2008 y 2010, aproximadamente, Sin embargo, algunos afirman haber empezado a contar con servicios de este tipo anteriormente.

#### **4.1.6.2. Objetivos de los servicios de ISP**

A continuación, expongo cuáles fueron los objetivos que los diferentes centros se marcaron al implantar sendos servicios de ISP. Posteriormente, basándome en lo expuesto por los diferentes gestores, comentaré cuáles de estos objetivos se han alcanzado y cuáles quedan por conseguir.

De las entrevistas realizadas se extrae que los objetivos de los diferentes centros de salud en el momento de la implantación de servicios de ISP engloban:

- Dar respuesta a la necesidad comunicativa del profesional sanitario así como a la de los usuarios alófonos.
- Paliar las desigualdades en el contexto sanitario. Lourdes argumenta en este sentido:

*¿Los fines? Facilitar. Facilitar el trabajo y dar una atención correcta a las necesidades de un colectivo que tiene unas dificultades equis, que están en una situación de vulnerabilidad ¿eh? Igualar, o sea, en realidad el fin es conseguir paliar las... lo que se llamaría las desigualdades de salud.*

79:10 ( 0:05:48.97 [0:00:20.43] )

- Ofrecer una atención sanitaria de calidad al usuario inmigrante.
- Comprender la cultura de los usuarios extranjeros, así como su estilo de vida, con tal de adaptar los servicios sanitarios a sus costumbres y necesidades.
- Incrementar la calidad asistencial prestada a usuarios de diferentes orígenes etnoculturales.
- Fomentar la agilidad del proceso sanitario, optimizando la utilización de los recursos disponibles. En este sentido, Almudena explica:

*Hombre, el fin, el objetivo era facilitar... En un principio era facilitar el... Al profesional el trabajo que estaba realizando, ¿eh? Y como objetivo fundamental era, pues en el fondo, dar una mejor asistencia, ¿eh? Porque aquí había un problema, como te he dicho... Había un problema cultural importante, evidentemente, pero también había un problema de barrera idiomática muy importante. Y entonces, esto llevaba, pues si me apuras, incluso a hinchar un poco el coste sanitario. Porque si tú sabes... Que aquella vez, que en un principio, que lo que le estaba moviendo era esto, mamografías y una eco, y resulta que lo que estábamos tal, era la punta del pulmón y habías hecho una placa, pues claro, entonces esas cosas, pues costaban, ¿no? Quiero decirte, entonces, bueno facilitó, por ejemplo, los... Si no recuerdo... Los paquistaníes, esta gente del tema, digamos de... Urológico, con problemas urológicos, les cuesta mucho más expresarlo y decían que les dolía la barriga, y no era la barriga, sino que lo que tenían era un problema urológico, ¿no? Quiero decir, y bueno, esto evidentemente era... Para todos... Fue, yo pienso, que era una cosa.... Era el objetivo, pues era un beneficio para todos, para el profesional y para el usuario, ¿eh? Y explicarle, y hacerle entender cuál era nuestro sistema, de la mejor forma*

*posible, y en su idioma. Y si era alguien de su colectivo, pues mejor que mejor. Eso era lo fundamental.*

75:2 ( 0:04:33.12 [0:01:44.55] )

Sea como fuere, en las entrevistas se señala que las metas de los servicios de ISP vienen impuestas desde las esferas políticas de la sociedad, por lo que se encuentran directamente relacionadas con la situación actual. Así, Almudena recuerda:

*Bueno las metas que... Las metas ahora vienen muy marcadas en la situación socioeconómica en que estamos en este momento. Nosotros somos una administración pública en origen unos políticos que nos dan las directrices. (...) A partir de ahí, ellos son los que marcan las prioridades, en ese sentido. Yo creo que es un servicio, que hay que hacer una reflexión sobre la demanda... Bueno, sobre la necesidad en este momento. Hemos aprendido mucho...*

75:10 ( 0:14:36.28 [0:04:25.75] )

Si bien se requeriría un análisis más profundo para determinar qué objetivos de los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés se han alcanzado y cuáles quedan por conseguir, este estudio recoge las impresiones personales de las personas que los gestionan de manera más directa. De acuerdo con las impresiones de los gestores entrevistados, se ha conseguido incorporar este nuevo perfil profesional entre los trabajadores de la salud. Asimismo, se ha logrado que la ISP se considere una herramienta útil y que se valore como tal, lo que en sí ya supone una ganancia. Igualmente, se ha logrado alcanzar el objetivo principal, consistente en establecer la comunicación entre profesionales de la salud y usuarios extranjeros que no dominan las lenguas autóctonas. Tanto es así que en las entrevistas se asegura que estos servicios permiten que las visitas médicas a usuarios de origen extranjero se asemejen a las que se harían a usuarios autóctonos. Manuel afirma:

*Las metas, que se han conseguido, es que el principal beneficiario aparte... Pues el usuario, se beneficia lógicamente, el profesional se beneficia muchísimo, ¿no? Porque en este tipo de pacientes, muchas veces, salías de la consulta con la idea de que, muy posiblemente, la mitad de la información que tú has intentado traspasarle, no se la llevaba bien digerida, ¿no? Y ahora, sí que tienes la seguridad que sí. Porque, bueno, no está el factor de la traducción exclusivamente, está el factor de la interpretación. Claro, cuando tú estás haciendo una anamnesis a una persona que te viene con un dolor abdominal, y poderle preguntar: pues, “¿dónde le duele?, ¿desde cuándo?, ¿cómo es ese dolor? “. Y esa especificidad, cómo es el dolor, no es traducción. El mediador, todo eso, actualmente, el que nosotros tenemos, lo lleva muy, muy bien. Entonces, el profesional sanitario, pues se siente mucho más reconfortado. Y que, bueno, ha hecho una visita que se asemeja mucho a... La barrera idiomática ha desaparecido, ¿no? Se puede asemejar bastante a una visita estándar, digamos, sin barrera idiomática. Aparte, que yo pienso que el usuario, pues también... La*

*prueba la tienes en que, la mediadora viene un día a la semana y realmente pues, el usuario ya intenta venir ese día, porque claro, no hay color entre hacer la visita con mediación a hacer la visita sin mediación, por mucho que vengan incluso, familiares que, ya ves, controlan más el idioma y tal. No, no es lo mismo.*

69:12 ( 0:09:21.23 [0:01:18.61] )

Finalmente, se ha observado una mejora en la explotación de los servicios sanitarios disponibles, así como una mayor agilidad de los procesos médicos y una mejora de los resultados, dado el aumento de la eficacia de los diagnósticos. Andrea manifiesta:

*A nivel de consulta el buen cumplimiento de tratamientos. La consulta del, del, se reduce mucho la, el número de consultas que hace a veces el médico porque no le entiende el usuario, y vuelve otra vez y vuelve y no resuelve, no llega a un diagnóstico correcto, menos diagnósticos incorrectos digamos a nivel asistencial, trabaja mucho el tema de la prevención, para no llegar a la enfermedad, y eso se ha trabajado bastante y tenemos estudios que, que demuestran esto y el papel del agente comunitario de salud en estos temas.*

59:14 ( 0:12:01.57 [0:01:05.21] )

Por último, se destaca en las entrevistas realizadas la necesidad de prestar una especial atención a que los servicios de ISP no se interpongan en la inserción de ciertos usuarios. Lourdes indica:

*A ver... mejora la comunicación. La comunicación y el entendimiento ¿no?, y da herramientas a los unos y a los otros, para que a medio o largo plazo, realmente podamos comunicarnos sin la necesidad de un tercero. Que sería el objetivo final ¿eh?, porque sería cuando realmente podríamos hablar de integración. A ver... no todos los extranjeros que vienen necesitan un mediador, hay muchas personas que están integradas. No por el hecho de ser árabe o ser subsahariano, en cuanto pone el pié en una institución sanitaria se necesita un mediador. No, hay muchas personas que no lo necesitan ¿eh? El objetivo último sería ese.*

80:33 ( 0:27:46.99 [0:00:39.56] )

Como vemos, se defiende la prestación de este servicio únicamente a los usuarios que realmente presenten una barrera comunicativa. De este modo, se propone que se presten los servicios de ISP de manera gradual, de manera que favorezca el aprendizaje lingüístico y la inserción cultural de los usuarios extranjeros. De hecho, se defiende la integración de los usuarios alófonos como objetivo final a intentar conseguir con los servicios de ISP en última instancia.

A pesar de las metas conseguidas, sigue habiendo un largo camino por recorrer en pro de la optimización de los servicios de ISP. Queda mucho trabajo por delante en cuanto a difusión y propagación de este tipo de servicios, así como en la formación de

profesionales de la salud en multiculturalidad, en pro de la calidad asistencial ofrecida a ciertos grupos poblacionales. Andrea expone:

*Y lo que nos queda, pues mucho, lo que nos queda, bastante, lo que nos queda es... no solamente números, que seguir insistiendo en la calidad de la atención al usuario y seguir formando profesionales sanitarios mismos también para ver la atención de calidad a estos usuarios.*

59:14 ( 0:12:01.57 [0:01:05.21] )

Son varios los entrevistados que abogan por una mayor mediación entre culturas, en el sentido más estricto del término. Apuntan que a pesar de que se presta información acerca de la cultura y el estilo de vida de los usuarios, ésta podría ser más amplia, lo que favorecería la optimización de la adaptación de los servicios a las necesidades reales. Maragda revela:

*Yo, creo que quizá, la meta que queda por llegar a asumir, por decirlo de alguna manera, o a conseguir, es la parte más de intercambio del tema de las costumbres y las maneras de hacer, las creencias, ¿no? Ahora, tú a un paciente le puedes recetar lo que sea, pero si él piensa que culturalmente aquello... Le puedes decir "coma esto", pero él no sabe esto que es, porque allí no está acostumbrado a comer esto... Claro, si tu no... No somos capaces de trabajar con la mediadora, por ejemplo, pues, que en lugar, me lo invento, yo qué sé, de acelgas, él come... me lo invento, ¿eh? brócoli, por decírtelo de alguna manera, pues claro, tú estás dándole algo a aquella persona que sabe. Tú sabes, pero que él no lo va a hacer, porque no forma parte de... (...) del abanico de cosas que él acostumbra a hacer, ¿no? Es como si yo me fuera a Venezuela y me dijeran que no comiera pan con tomate, yo comería pan con tomate, lo he comido toda la vida, por decirte algo, ¿no? Pues yo creo que nos faltaría ese paso.*

69:13 ( 0:10:39.85 [0:01:35.90] )

Finalmente, se insiste en la necesidad de que se normalicen los servicios de ISP en todo el ámbito sanitario. Con ello, se exhorta a que sus profesionales sean considerados como un profesional más dentro del ámbito sanitario, cuyo trabajo sea reconocido y valorado por todas las esferas de la sociedad (y ya no únicamente por aquellos que tienen un contacto más directo con sus servicios). Así, en las entrevistas se insta a la generalización de servicios de ISP, de manera que estos estén disponibles en todas las instituciones sanitarias. Igualmente, se resalta la necesidad de mejorar las condiciones laborales de sus profesionales, así como la cobertura tanto lingüística como horaria.

#### 4.1.6.3. Servicios médicos con mayor necesidad de ISP

Desde el momento de la instauración de servicios de ISP, los servicios que mayor necesidad de comunicación han presentado han sido servicios de especialidad, como los de enfermedades infecciosas, ginecología o neonatología. Seguidos por servicios como el de endocrinología, traumatología, oncología, cirugía, anestesia, etc. Igualmente, se ha visto una necesidad generalizada en los servicios de urgencias, así como en los de medicina general (de los centros de atención primaria) y los de consultas externas (de los hospitales). Almudena explica la situación del servicio de ISP en sus inicios:

*Donde más se necesitaba esa necesidad, era pues, si me apuras, en el área de ginecología, ¿no? Porque era donde había más evidencia. (...) Hicimos un estudio, en concreto se hizo desde servicio de atención al usuario, un estudio de campo, de cuáles serían las necesidades.... Porque sí que es verdad, que se focalizaba mucho ginecología, pero también se veían en otros servicios. Y entonces, nos dimos cuenta que efectivamente, ginecología era donde mayor había, pero ginecología... De ginecología también derivaban a lo que sería, endocrino, por temas de obesidad de las embarazadas, o bien por hipotensión, o cuestión de dieta de diabetes. También se trasladaban, también había en digestivo. En digestivo nos dimos cuenta, de que en lo que es el colectivo paquistaní, es más asiático, digamos, concretamente de Paquistán e India, era más vulnerable a patologías digestivas, con lo cual, también había. También nos dimos cuenta de que como era gente joven la que venía mayoritariamente, la franja de edad era... Mayormente estaría entre los... No recuerdo ahora bien, entre los 24-35 años. También se rompían, como los nuestros, con lo cual también estaban en trauma. También tenían cirugía menor, pero no sé... Hepatitis, hernias, y cosas de este tipo, con lo cual también pasaban por cirugía. Al pasar por cirugía, nos tocó, nos obliga a pasar por anestesia. Bueno, y en todo eso, vimos que utilizaba, muy focalizado, en lo que sería ginecología, también estaban en otros servicios. Por lo cual decidimos hacer, y esto fue nuestro gran reto, hacer un programa de mediación, que en principio se llamó un programa de mediación intercultural, en lo que fuese de una forma transversal, para todos los servicios. Para todo los servicios y para todos los colectivos del hospital. Para todo tipo de profesionales, es decir, fuese la trabajadora social, fuese la auxiliar de clínica, fuese la enfermera, fuese quien fuese, ¿eh?*

74:1 ( 0:00:21.56 [0:04:37.74] )

#### 4.1.6.4. Disponibilidad de los servicios de ISP

A continuación detallo cuál es la disponibilidad horaria y la cobertura lingüística de los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés. Como veremos, y tal y como apunta Lourdes, la disponibilidad de estos servicios resulta insuficiente dada la necesidad manifiesta:

*Es insuficiente, tanto de tiempo de dedicación como porque faltan profesionales de muchas nacionalidades.*

80:30 ( 0:26:01.97 [0:00:11.11] )

De acuerdo con los gestores de los servicios de ISP, la dedicación temporal de los profesionales de estos servicios varía en función del centro e incluso de la persona de la que se trate. Generalmente, los profesionales de la ISP no tienen una dedicación completa en los centros en los que trabajan. De la información recogida en las entrevistas se extrae que, por lo general, la jornada laboral de los profesionales de la ISP tiene una duración media de unas 4 horas. Si bien algunos centros tienen disponibilidad de los servicios de ISP un único día a la semana, en la mayoría es de al menos dos o tres días semanales.

Almudena expone la disponibilidad horaria de los servicios de ISP que cubren las necesidades de su grupo de centros de salud de la siguiente manera:

*Lo que es aquí en el IMAS (...), alrededor de ocho... cuatro horas, todos los días, una persona marroquí y otra persona árabe. Aquí llegamos a tener cuatro, o sea, árabe, paquistaní, china y rumana. Entre las cuales estaba la paquistaní y la árabe, habían estado de lunes a viernes, ¿vale? La china y la rumana de lunes a viernes, cuatro horas, ¿eh? Más o menos, variable, según tal. Y en este momento, hoy, ¿eh? A fecha de 26 de abril de 2012, estamos con una mediador paquistaní en [otro centro], a doce horas, repartidas entre la semana. Aquí tenemos doce horas la marroquí, lunes, miércoles y viernes. Y veinte horas la mediadora paquistaní. Esto o ha ido cambiando ido evolucionando, dependiendo del tiempo, las necesidades y la economía.*

75:11 ( 0:19:10.55 [0:02:18.45] )

Andrea, por su parte, explica la disponibilidad horaria de los servicios de los agentes de salud comunitarios de su centro insistiendo en que no todo el tiempo de dedicación de estos profesionales va destinado a la facilitar la comunicación entre dos interlocutores en el contexto sanitario:

*Eso depende de la necesidad lo que se hace es darles unas horas de aquí que... para estar aquí en el centro y otras para estar en la comunidad. Que trabajamos mucho, nos importa mucho el trabajo comunitario. Aquí las horas de interpretación, de traducción digamos el soporte asistencial más o menos son 8 horas a la semana, el que se le da a cada uno, pero no, no vemos tanto problema a nivel de traducción, de comunicación verbal, se ve más a nivel de comunicación no verbal más que a nivel de comunicación verbal. Aunque es la dificultad es la dificultad de comunicarse sobre todo si hablamos de resultados médicos y todo*

*esto. Es esta dificultad pero cada vez bueno se ve menos. Cada vez se ve menos. Vemos cada vez más conflictos a la hora de comunicación no verbal.*

59:8 ( 0:06:09.57 [0:00:56.44] )

De acuerdo con los entrevistados, las horas de disponibilidad de los servicios de ISP no dependen de los centros sanitarios, sino que vienen estipuladas desde el CatSalut. Veamos como lo explica Belinda:

*Las horas semanales son las mismas, porque es lo que contrata CatSalut con la empresa que ofrece los servicios, y eso nosotros, no podemos tocarlo. Lo que sí que ha mejorado, es en la distribución horaria a lo largo de la semana, y en la ampliación de un colectivo, o un idioma más, para atender a los pacientes, con lo cual hemos mejorado bastante.*

61:13 ( 0:09:08.27 [0:00:42.03] )

Los horarios de estos servicios provocan situaciones de excesiva carga de trabajo para sus profesionales. Esto se debe a que los usuarios conocen la franja horaria en la que los servicios de ISP se encuentran disponibles y acuden a los centros sanitarios durante ese tiempo. La elevada carga de trabajo llega a generar niveles de estrés elevados en los profesionales de la ISP.

Sea como fuere, los entrevistados insisten en que nunca se puede saber cuál será la demanda de servicios de ISP que habrá en una jornada laboral, con lo que no es fácil delimitar cuál sería el tiempo de disponibilidad ideal para estos servicios. De acuerdo con Maragda, los servicios de Sanitat Respon permiten que se puedan salvar las barreras lingüísticas fuera de los horarios de ISP presencial:

*Ese es el gran problema, ¿no? Que claro, dices “no tengo utilización, en toda una jornada laboral, de un mediador chino, pero sí que a mí me gustaría disponer de él toda la jornada laboral”. Aunque no lo voy a utilizar. Claro, yo nunca sé cuando voy a tener esa demanda. (...) Porque tampoco, no se sabe. La persona que entra por la puerta... Eso [ Sanitat Respon] ya permite la posibilidad de tener a demanda un mediador chino durante toda la jornada laboral. ¿Sí, es necesario que esté?, pues yo creo que no. No hay tanto trabajo.*

70:15 ( 0:07:27.73 [0:00:46.48] )

#### **4.1.6.5. Cobertura de las necesidades lingüísticas**

Los servicios de ISP estudiados abarcan lenguas muy dispares (árabe, wolof, urdu, chino, rumano...). No obstante, el número de lenguas ofertadas en cada servicio de ISP es diferente. Algunos centros prestan servicios de ISP también a personas procedentes de Latinoamérica, aunque éstas no presenten problemas lingüísticos, a causa de las diferencias culturales. No obstante, dichos servicios son escasos. Según la información recogida, los idiomas más recurrentes en los servicios de ISP ofertados en Barcelona

parecen ser el árabe y el chino, seguidos del urdu. De acuerdo con los entrevistados, esto se debe a que estos son los tres idiomas predominantes entre la población inmigrante. No obstante, también se deja entrever que la disponibilidad de profesionales de la ISP que puedan prestar sus servicios es un factor que influye en la elección de las lenguas ofertadas. Según Almudena:

*Cuando hicimos el estudio, vimos que mayoritariamente eran marroquíes, paquistaníes, chinos y latinoamericanos, ¿eh? Mayormente son latinoamericanos. Sí que es verdad, que también se hizo algún estudio previo, que no lo he comentado antes, de población de la cual nosotros somos referente. Nosotros somos espiral de referencia de Ciutat Vella y San Martín. En aquel momento, el 37 % de extranjeros, ¿eh? Porque los censos son por extranjeros, estaba ubicado en Ciutat Vella, ¿eh? Y dentro del 37 % mayoritariamente, eran marroquíes. Y por esto no.... La elección de los idiomas, no fue de aleatoria, fue justificada por esta razón. Quiero decir que estaba clarísimo, por cantidades además, ¿no? El orden era ese, en ese momento, marroquí, paquistaní, chino, y después, como he dicho antes, pues lo que es los países del este, sobre todo Rumanía y China fueron un poquito más en aumento. Nunca, y esto hay que ver el censo del ayuntamiento de Barcelona, nunca al nivel que ha estado Marruecos, árabes y paquistaníes, ¿no?*

75:3 ( 0:06:23.42 [0:01:32.19] )

#### **4.1.6.6. Evolución de los servicios de ISP**

Seguidamente presento la evolución que han sufrido los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés a lo largo del tiempo. Para ello, comienzo detallando cuál ha sido la demanda de prestación de este servicio para continuar tratando temas como la descripción de la progresión de los servicios de ISP estudiados y las dificultades que estos han ido encontrando.

Si bien cinco de los entrevistados consideran que la demanda de servicios de ISP se ha ido incrementando, tres opinan que no ha sido así. Algunos llegan a afirmar que las demandas han descendido, dado que ha habido un proceso de integración. Sea como fuere, se observa que en un primero momento, la demanda de este servicio fue aumentando, hasta que llegó a su punto más álgido, en el que todos los profesionales conocían estos servicios y recurrían a ellos cuando tenían necesidad. Sin embargo, a pesar de este primer ascenso de demandas, parece que en la actualidad el número de solicitudes se ha estabilizado. Aún así, los datos recogidos revelan que algunos usuarios acuden a los centros de salud sin necesidad de entrevistarse con ningún miembro del personal sanitario, únicamente con la intención de reunirse con el profesional de la ISP (especialmente en el caso de los agentes de salud comunitarios). En este sentido, Andrea comenta:

*Muchas veces vemos que aunque no tenga visita con el médico, solicita una visita con el agente comunitario de salud directamente para hablar con él, eh... y vienen*

*muchas veces para hablar con él de algún tema, que a lo mejor no quieren hablar con el médico y quieren hablar con el agente comunitario de la salud. (...) Sí, sí sobe todo cuando hablamos en términos de temas, así como el VIH, SIDA, o cosas más fuertes, entonces muchas veces vemos que solicitan el... el... el agente comunitario de salud para hablar con él y hablar de algunas angustias que tiene, que a veces se detectan durante la, la atención entre el agente comunitario de salud y el usuario y el médico no está enterado, muchas cosas a lo mejor el médico durante la consulta le ha preguntado y esta persona a lo mejor no le quiere responder y le responde incorrectamente, no quiere decir la verdad y al salir pasa a la consulta del agente comunitario de salud y le dice otra, entrando así en una contradicción y es una información muy importante que tiene que saber el médico, por ejemplo en este caso. Pero como sabemos todos, por temas de confiabilidad, el agente comunitario de salud no puede nunca hablarlo nunca al médico. En este caso es trabajando mucho con el usuario y nos ha resultado muy, la verdad, cuando se trabaja bien es usuario mismo quien dice en la consulta siguiente al médico, él mismo con la presencia del agente comunitario de salud.*

60:10 ( 0:11:46.55 [0:01:58.28] )

Cuatro de los entrevistados de este perfil afirman que, desde sus inicios, el servicio de ISP de su centro se ha desarrollado de manera ininterrumpida. Sin embargo, en la mayoría de los casos ha habido interrupciones, en función de la disponibilidad de recursos económicos para mantenerlos.

Igualmente, ha habido cambios tanto de profesionales para una lengua dada dentro de un servicio de ISP, como de lenguas ofertadas en el seno de un servicio. Igualmente, han ido variando las fuentes de financiación de estos servicios, de manera que algunos de ellos se iniciaron con trabajadores voluntarios y han ido evolucionando hasta encontrar vías de financiación (aunque estas no han sido siempre las mismas). En este sentido, Andrea comenta:

*Empezó a, a... empezó con Guinea Ecuatorial, luego va cambiando el perfil de la migración, empezaron a venir de Asia, Pakistán y India se incorporó también personas para atender a estas personas, y entonces pues Magreb, África Subsahariana, y así se ha ido construyendo el servicio la salud, salud comunitaria. (...) Fue un equipo del centro mismo, entre enfermería y médicos. Pero siempre enfermería que son del ICS [Institut Català de la Salut], tratados por el ICS, pero al principio la, la idea era empezaron a hacerlo de forma voluntaria, o sea fuera de horario que tienen tanto enfermeras como médicos, o sea empezaron de forma voluntaria a trabajar proyectos. Actualmente estoy yo, que yo dependo del ICS, la que coordina, depende del ICS pero el resto no, pero los jefes no dependen del ICS, dependen de las subvenciones, o sea la persona que coordina sí que está contratada por el ICS pero el personal de servicio no.*

59:18 ( 0:16:48.10 [0:01:21.46] )

Igualmente, algunos servicios han visto incrementar el número de profesionales que los conforman o incluso el número de horas. No obstante, esto parece ser más bien una excepción a la norma, consistente en una reducción de los servicios prestados. Paco asegura:

*No se ha ampliado, empezó como he dicho antes, con todos los días de la semana destinadas aquí las mediadoras y se ha reducido, pues muchísimo porque una mediadora, la árabe se eliminó y la china viene dos días a la semana sólo.*

77:5 ( 0:03:23.33 [0:00:15.49] )

Gran parte de dichos cambios vinieron dados por el hecho de que inicialmente, muchos de los servicios de ISP ofertados en el ámbito sanitario barcelonés, formaban parte de una unidad docente. Esto es, se trataba de profesionales en prácticas, que se estaban formando. En dichos periodos de prácticas, los profesionales de la ISP disponibles abundaban y algunos gestores afirman haber llegado a contar con mediadores de cinco nacionalidades diferentes. Sin embargo, pasados estos periodos de prácticas, ha disminuido el número de profesionales de la ISP disponibles, llegando a desaparecer dichos servicios hasta el siguiente periodo de prácticas. Lourdes, quien afirma haber llegado a contar con cinco profesionales de la ISP en su centro, menciona:

*En este momento únicamente tenemos tres formadores, perdón... tres mediadores de tres nacionalidades distintas, pero con la posibilidad de cuando se necesita un mediador de una nacionalidad de la que nosotros no disponemos, a través del Departament de Salut, los buscan en red en otros mediadores que hay en otros centros y podemos hacer... pues combinaciones, y para que puedan venir a prestar servicio.*

79:2 ( 0:00:34.71 [0:00:45.41] )

Si bien la difusión de este tipo de servicios parece haber ido ganando eficacia, los servicios propiamente dichos han peligrado dada la escasez de recursos para mantenerlos. El detonante de todo esto es el fin de un periodo de prácticas del curso de mediación intercultural ofrecido por la Obra Social la Caixa y el IES, que coincidió con la época de recopilación de datos de este estudio. Inma enumera los cambios sufridos por el servicio de ISP que gestiona, desde sus inicios hasta el momento de realización de su entrevista:

*Bueno, ya ha ido cambiando. (...) Hombre, se acabó el acuerdo con Surt, después vino el convenio entre La Caixa y el C.A.T. Salut. Y posiblemente, ahora estamos ante otra fase de otro cambio. Pero lo que hemos, lo que... Vaya, por mi parte, la institución, lo que hemos querido, es que esto no muera, sino potenciarlo*

*y que vaya más, y si hemos de buscar otras fuentes de financiación, lo hacemos. Como es ahora, que se acaba el contrato el 31 de marzo.*

73:13 ( 0:07:59.79 [0:00:41.04] )

Como vemos, se observa una voluntad de mantener los servicios de ISP a pesar de las adversidades que los rodean.

En lo que concierne a la práctica de la ISP, los entrevistados aseguran que los profesionales de este ámbito han ganado autonomía con el paso del tiempo. Por poner un ejemplo, Lourdes comenta que en su centro, en un principio dependían mucho del trabajador social, sobre todo a causa de la formación, con lo que tenían una supervisión constante. Ahora, en cambio, son profesionales más autónomos, que cuentan con una ubicación física, ciertas herramientas de trabajo, etc. Del mismo modo, los entrevistados aseguran que la formación de los profesionales de la ISP ha ido evolucionando. Veamos el comentario de Lourdes a este respecto:

*Se ha ido desarrollando y ampliando la formación de los mediadores. Cada vez el perfil profesional de estas personas está más definido, está más lleno de contenido ¿no?, sabemos más de la utilidad y los inconvenientes ¿no? Y en ese sentido se ha ido desarrollando. En cuanto que es un servicio que se ha ido ampliando no, porque insisto, aunque sí se tiene la visión que es un servicio necesario y casi, casi, imprescindible. La coyuntura económica no facilita la incorporación de nuevas profesiones, y más en un sistema sanitario como el nuestro que lo que prima, lógicamente es que haya un médico y una enfermera. Lo otro son complementos que ayudan y facilitan muchísimo pero que no son vividos como vitales.*

79:13 ( 0:07:46.39 [0:00:48.90] )

#### **4.1.6.7. Dificultades encontradas**

La primera dificultad encontrada, de acuerdo con Almudena, a la hora de implantar el primer servicio de ISP en la ciudad fue que no había personas formadas para trabajar en ellos.

Otra dificultad encontrada más tarde vino a la hora de insertar un nuevo perfil profesional en el ámbito sanitario. Aun así, los entrevistados afirman que con esfuerzo y dedicación esto se fue normalizando. La puesta en marcha de estos servicios se vio dificultada tanto por su difusión entre los profesionales de la salud como por sus limitaciones horarias. Manuel explica:

*Nos costó mucho que esto arrancase, ¿no? Porque claro, limitado a un día a la semana, limitado a no sé qué, y los profesionales sanitarios, los sanitarios, también tienen tantas cosas a tocar, que claro, el ponerte a pensar que una persona china te la tienes que citar los viernes antes de las cinco de la tarde, porque si no, no tienes opción de tal... Eso era complicado. (...) Una vez haces la*

*primera, está claro que sí. Ya es porque te interesas y que el próximo día, pida un viernes por la mañana, ¿eh? O sea, ya no es aquello de: “bueno, si lo pide...” No, ¿por qué?, porque la calidad que obtienes es muy diferente.*

70:10 ( 0:04:39.26 [0:00:44.31] )

Frente a las trabas que supone la escasez de disponibilidad horaria de los servicios de ISP, los entrevistados sugieren que se compartan los servicios de ISP entre varios centros, de manera que estos puedan tener unos horarios más extensos y servir a los diferentes centros sanitarios en función de la demanda. En esta línea, Maragda propone:

*A lo mejor, dentro de una zona habría que compartir una... Por ejemplo, ¿no?, dentro de una zona compartir un mediador. Aquí somos (...) somos un grupo de proveedores, ¿no? Pues entre todos pagáramos un mediador. Tenemos la misma población, una población parecida, pues el hecho de poder tener contratado un mediador, a lo mejor, podría estar cada día en un sitio, pero cada vez... (...) Pudiera ir a demanda. Sería como tenerla siempre, porque estamos cerca, se podría mover, ¿no? Eso podría ser una mejora y no te obliga como empresa a tener un mediador, que eso es un coste económico, sino que en una zona tienes uno y lo repartes, ¿no? Saldría, bueno... No sé, podría ser una solución, ¿no?, una mejora, pienso yo.*

69:16 ( 0:12:53.73 [0:02:12.18] )

Otro problema observado ha sido la falta de continuidad de los profesionales de la ISP que han estado trabajando en el ámbito sanitario barcelonés. Dado que la mayor parte de ellos abandonaba los servicios tras cierto tiempo (normalmente tras el periodo de prácticas), se impedía alcanzar una estabilidad en este tipo de servicios.

Sea como fuere, la dificultad más importante es de carácter institucional y lo conforman todas las amenazas de extinción que han sufrido este tipo de servicios. Inma explicita:

*Bueno, pues hace dos años a la amenaza de extinción del acuerdo entre la Caixa y el C.A.T. Salut, y ahora nuevamente, está amenazado el tema porque no... la Caixa no va a seguir con el convenio. Entonces estamos buscando la manera alternativa de poderlo resolver.*

73:14 ( 0:08:51.21 [0:00:21.58] )

Por último encontramos el problema económico. El no disponer de los recursos económicos suficientes para mantener este tipo de servicios con fondos propios, hacen que estos corran peligro. De acuerdo con Lourdes, una de las dificultades más importantes son:

*Las dificultades económicas. Nadie duda de que sea un servicio necesario, pero no hay recursos. (...) La principal es la económica ¿eh?, porque la... el tema de las dificultades de idiomas, con mayores recursos económicos puedes contratar*

*mediadores de otras nacionalidades, con lo cual, pues si dispones de ello, se acabó el problema. El problema es que no disponemos de este recurso. Es básicamente esto ¿eh?*

80:2 ( 0:00:26.75 [0:00:18.27] )

#### 4.1.6.8. Recursos de los servicios de ISP

A continuación detallo los recursos que, de acuerdo con la información recogida, se encuentra a disposición de los servicios de ISP. Antes de entrar en detalle, recordaremos que, de acuerdo con lo expuesto en las entrevistas, el Plan Director de Inmigración desarrolló un proyecto, que cuenta con unas entidades colaboradoras que permiten su aplicación. Entre dichas entidades se encuentran el IES, responsable de la formación de los mediadores, y la Obra Social La Caixa, que proporciona los recursos económicos necesarios para la cumplimentación del programa diseñado. El Departament de Salut se limita a ofrecer dicho “pack” a los centros sanitarios, quienes facilitan a los profesionales de la ISP el espacio físico para poder trabajar, así como los recursos de oficina y una persona de referencia que se ocupa de la coordinación del servicio.

Los recursos personales de los servicios de ISP estudiados se limitan a los mediadores trabajan en ellos, enviados por el Departament de Salut. Belinda comenta:

*¿De medios personales? Pues tendríamos una mediadora árabe, una china, y dos mediadores que se reparten lo que es el urdú. O sea, son cuatro en este centro.*

61:22 ( 0:15:07.56 [0:00:13.82] )

Inicialmente, la mayoría de los servicios de ISP analizados estaban formados por una o dos personas, a excepción de uno de ellos que, al tratarse de una unidad formativa, llegó a contar hasta con 5 personas en prácticas. Sin embargo, en la actualidad, entre los servicios de ISP de los que se nos ha brindado información relativa al número de personas que lo conforman, únicamente dos están formados por un solo profesional y uno por dos. Dos servicios cuentan con tres profesionales de la ISP, mientras que el más grande está compuesto por 8 profesionales. Así pues, se observa que, por lo general, estos servicios han ido aumentando, en la medida de lo posible. Inma menciona:

*Llegamos a un acuerdo, y firmamos en... No me acuerdo qué mes fue del año 2007, para tener mediadores en el hospital. Inicialmente tuvimos la mediación, si no recuerdo mal, de una persona gitana rumanesa, y un árabe. Posteriormente, se fue incorporando, pues la persona china, persona paquistanesa, también.*

73:1 ( 0:00:43.33 [0:02:19.37] )

Los recursos materiales que los profesionales de la ISP tienen a su alcance son más bien limitados. Aunque esto no es así en todos los centros de salud, algunos cuentan con un espacio específico donde realizar sus tareas cuando no se encuentran mediando entre un usuario y un profesional de la salud. En dicho espacio suelen contar con una mesa, un

ordenador con acceso a internet, así como con un teléfono para recibir encargos. En algunos centros se les ha proporcionado también un busca o un teléfono móvil. Igualmente, los centros de salud proporcionan a los profesionales de salud una bata así como un distintivo que los identifica como tales frente a cualquier persona. También se les abastece de material de oficina y códigos para acceder a la Intranet del centro (desde donde pueden acceder a agendas, etc.), así como, en ocasiones, una cuenta de e-mail institucional. Asimismo, en algunos centros llegan a tener buzones para recibir correo interno. Algo común a todos es la existencia de la figura del coordinador del servicio, que entre otras funciones que desempeña en el centro, se encarga de prestar apoyo administrativo a los profesionales de la ISP, siendo su persona de contacto ante cualquier problema o dificultad.

#### 4.1.6.9. El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés

En este apartado explico los rasgos característicos de la práctica de la ISP en este contexto. Para ello, trataré temas como el acceso a estos servicios, su relación con los diferentes departamentos de los centros sanitarios así como con otros servicios de ISP o los procedimientos de evaluación que se aplican.

##### Acceso a los servicios de ISP

Gran parte de los entrevistados de este perfil (6 gestores) considera que el acceso a los servicios de ISP es satisfactorio, aunque algunos lo consideran insuficiente. Manuel y Maragda, por ejemplo, lo califican de satisfactorio pero pobre. Gran parte de los entrevistados insisten en que hay escasez tanto horaria como de lenguas ofertadas. Paco explica:

*Es fácil acceder al servicio. En el hospital ya le digo, es... Los profesionales llaman directamente a la mediadora al teléfono, le pueden enviar un mail los días que no está para cuando ella llegue verlo, y después los días que viene además es que se pasea por todas las salas de hospitalización por si hay algo ¿vale?, que con las prisas el equipo hoy pues no te hemos llamado ¿no?. Entonces en todas las recepciones saluda, en todos los controles de enfermería, todo el mundo la conoce, sabe su nombre y por tanto... "hay sí, es verdad, había esta familia" ¿vale? Y "¿hay alguien? no te hemos llamado, porque hay una familia china pero habla muy bien castellano. Ah vale, pues si de momento no os entendéis en algo ya me llamáis" y en este caso ya no interviene. Bueno si aquel día está mejor de trabajo, entrará, saludará, entrará en la habitación, se presentará pero se retirará, no para hacer ninguna intervención. (...) Para dar a conocer, "estoy aquí, si en cualquier momento hay algo que no os entendéis con el equipo, alguna explicación, me... decir que me llamen y vengo martes y jueves".*

77:21 ( 0:21:33.43 [0:01:04.37] )

### Relación con los diferentes departamentos del centro sanitario

La relación existente entre el servicio de ISP y los diferentes departamentos de los centros sanitarios es de colaboración y de cooperación. Se considera un servicio de apoyo a la asistencia médica. En la mayoría de los centros, este servicio pertenece al área de atención al usuario o a la de trabajo social, de manera que prestan servicio a todas las personas que lo requieran. Almudena especifica:

*Es un servicio más, que es un servicio de atención al usuario y la relación es totalmente fluida. Yo me temo que relacionar, aparte del tema de mediación, con otros temas, con todos los servicios. O sea, es un servicio más, como es el servicio de farmacia, como es el servicio de... Y la relación, ya te digo... Y concretamente nosotros, evidentemente, como se suele decir, tocamos todas las teclas. Y además, ya te he dicho que lo que es en concreto en el servicio de mediación, vinculado al servicio de atención al usuario, se hizo transversal, con lo cual no puede pedir desde la persona de información, que está, y es así, hasta el director médico si quiere. Entonces ahora no hay problema.*

75:7 ( 0:12:28.22 [0:00:44.16] )

### Relación existente entre diversos servicios de ISP

Dado que Barcelona se caracteriza por ser una ciudad pionera en ISP en el ámbito sanitario del territorio español, algunos servicios de ISP han tenido contacto con servicios de ISP de otras ciudades, interesados en conocer su experiencia.

Si bien no existe una red de servicios de ISP propiamente dicha en el ámbito sanitario barcelonés, la mayoría de los servicios que han participado en este estudio se encuentran relacionados ya que provienen del curso de formación en mediación intercultural, ofertado de manera conjunta entre el IES y la Obra social la Caixa. De acuerdo con Lourdes, el servicio de ISP que gestiona:

*Está dentro de una red de servicios de un programa específico que tiene el Plan Director de Inmigración del Departament de Salut, ¿vale?, en colaboración con la Fundació La Caixa, y el IES que es el Instituto de Estudios de la Salud, que hace el IES es una primera parte de formación de los mediadores y cuando los mediadores están formados, entran dentro de los centros de la xarxa pública ¿eh? (...) Hay más servicios. Hay más servicios, o sea, hay servicios de este tipo... pues en el Hospital del Mar, que aunque no es público pero bueno, en el Hospital de Belviche, en los Centros de Atención Primaria, y en algunos centros de Atención a la Dona. Están distribuidos por los recursos públicos.*

79:8 ( 0:04:36.18 [0:00:14.81] )

Igualmente, se observa una red informal en ISP a la hora de contactar con los mediadores interculturales fuera de los horarios de atención a un centro concreto. Ante una necesidad concreta, cuando los profesionales de un centro de salud conocen el horario de trabajo de los profesionales de la ISP en otros centros, contactan con ellos en

dichos centros para presentarles un encargo. Estos, cuando la carga de trabajo se lo permite, abandonan el centro en el que se encuentran para atender a otro que tiene una necesidad específica. Lo mismo ocurre cuando en un centro se encuentra una necesidad de ISP en un idioma del que no dispone servicios. En muchos centros se opta por contactar con centros de salud que tienen disponibilidad de dicha lengua para solicitarles el encargo de ISP. Una vez más, si la carga asistencial del profesional de la ISP en el centro en el que trabaja se lo permite, abandonará el centro para prestar sus servicios en donde hay necesidad.

Otra relación obvia entre servicios de ISP es aquella que se da entre los centros sanitarios que, por proximidad (como sería el caso de un CAP anexo a un hospital), así como por relación institucional, comparten servicios de ISP. Belinda afirma la existencia de una relación entre el servicio de ISP que gestiona y otros de la misma índole, proporcionados por la misma empresa:

*Sí. Sí, porque sé que en EULEN, la empresa que ofrece estos servicios, y que actualmente tiene el concurso con CatSalut, aparte de con nosotros, aquí en Santa Coloma, pues también compartimos con el hospital del Espirit Sant, que es nuestro centro de referencia, aunque está ubicado en Badalona, y... Pues bueno, la distribución horaria de las mediadoras o mediadores que vienen actualmente, pues están distribuidos también con ellos y con Drassanes en Barcelona. Sí.*

61:10 ( 0:07:00.20 [0:00:44.79] )

En cuanto a los servicios de salud comunitaria, Andrea explica que pertenecen a la administración pública, aunque subraya que sus profesionales de ISP forman parte de una asociación denominada Equip de Treball sobre Imigració y Salud, que se establece a modo de red de servicios de salud comunitaria, de manera que se cubren las necesidades de una zona más amplia:

*Es un servicio dentro de la administración pública, el servicio de salud comunitaria, y dentro de la salud pública y no es solamente los agentes de salud son inmigrantes, hay también que trabajan con los autóctonos, porque trabajamos cosas comunitarias aparte de traducción e interpretación y... es un servicio de salud pública que pasa que últimamente lo que se ha trabajado es que todos los mediadores de centros comunitarios de salud y todo eso, se unen en una asociación, se creó aquí una asociación que se llama Equip de Treball sobre Imigració y Salud para que haya un trabajo de repica. Entonces todos los que vamos formando de agentes de salud se van... como socios a esta asociación y si tenemos, por ejemplo aquí un grupo de, de 8 que está trabajando y sale una necesidad de Sabadell, no tiene porque trasladarse este, este mediador o este por la necesidad, llama a su traductor o al mediador según la solicitud, depende de la solicitud, depende de la necesidad va cambiando la figura, entonces se*

*traslada, para no trasladarse ya tenemos otro si hay una ellos atienden las necesidades. Esta es la idea de montar esta asociación.*

59:12 ( 0:09:52.33 [0:01:25.88] )

#### Procedimiento de evaluación

El procedimiento evaluativo de los diferentes servicios de ISP se basa en los datos introducidos por los propios profesionales de la ISP en un programa informático (disponible a través de una Intranet) que dan cuenta de sus actuaciones en los diferentes centros. Esta evaluación está en manos externas a los centros sanitarios. Por norma general, es el IES o la empresa que facilita mediadores (en este caso, EULEN), quien evalúa a los profesionales de la ISP periódicamente. En esta línea, Lourdes comenta:

*A ver... esto son datos que controla el Departament de Salut, ¿vale? Ellos tienen un registro informático que ellos han de ir rellenando y son datos que tiene el Departament de Salut y que luego nos revierten a los diferentes centros en cuanto a la forma, en cuanto al contenido cuantitativo o no cualitativo de lo que es la mediación. Es decir, cuántas mediaciones se han hecho, de qué tipo, en qué servicios, ¿vale? (...) No simplemente es opinión de los profesionales, de los usuarios, pero no una opinión formalizada, porque es todo verbal, no utilizamos datos.*

80:34 ( 0:28:33.26 [0:00:53.25] )

Los resultados de la evaluación de los profesionales de la ISP no siempre se les comunica, pues el sistema cambia según cuál sea la empresa en cuestión (adjudicataria, por concurso, de responsabilizarse de los profesionales de la ISP). Sea como fuere, destaca que el centro realiza una evaluación continua del trabajo de sus profesionales de la ISP:

*Eh bueno, la empresa actual eh... Realmente, no nos ha pasado resultados. O sea que con la empresa anterior, porque esto va por concurso, CatSalut hace el concurso a diferentes empresas. Anteriormente teníamos otra empresa, era Salut i Família y recuerdo de que, desde que yo inicié en el 2010, sí que hicimos una evaluación, antes de que se hiciese el concurso de adjudicación nueva, yo hicimos una evaluación con el coordinador, y la verdad es que, bueno, tuvimos un poco resultados y tal. Actualmente, la empresa que está ahora, es EULEN y todavía no hemos hecho ningún tipo de evaluación. Pero sí que hacemos un poco evaluación continua, con la coordinación, porque si hay algún tipo... Algún aspecto que necesitemos comentar, tanto positiva como negativamente, igual lo hacemos vía teléfono, o vía correo electrónico, y ellos están continuamente, también, evaluando, y entonces, viendo de qué manera se puede mejorar, y entonces nos informan. Pero físicamente, el habernos reunido de nuevo, y pasar resultados, por ejemplo del 2011 y tal, pues no lo hemos hecho actualmente. No sé si están pendientes de hacerlo o qué.*

63:1 ( 0:00:09.83 [0:01:20.51] )

Como vemos, algunos entrevistados afirman participar en la evaluación de dichos profesionales (ya sea en colaboración con la empresa privada o con el IES). Inma advierte:

*Sí, pero se realiza desde el IES, ¿eh? Ya que son ellos los que han formado los mediadores. Es decir, nosotros en el día a día, a mí me piden una evaluación evidentemente, de los mediadores, pero en este registro que te decía, es el IES quien saca sus propias conclusiones, ¿eh? Y cuando las tiene nos las hace llegar, ¿eh?*

73:33 ( 0:16:30.19 [0:00:22.17] )

Además, algunos centros de salud realizan sus propias evaluaciones del servicio de ISP, de manera que evalúan la profesionalidad, la eficiencia de sus servicios, etc. Manuel expone:

*Hacemos una evaluación, ahora que no sé si es trimestral o semestral, en el que se valoran una serie de ítems que incluyen: pues la puntualidad, la imagen personal... O sea, todo. Lógicamente, pues, la eficiencia, la relación con los compañeros... Y se les valora.*

70:9 ( 0:04:05.71 [0:00:24.08] )

A todo esto, Andrea añade que los agentes de salud comunitarios son evaluados en cada uno de los proyectos que emprenden:

*Que se hace es, ire... cada vez según proyecto, hacemos un seguimiento del proyecto, por ejemplo un... simple tema de seguimiento de quimioprofilaxis, tratamiento preventivo de la tuberculosis, entonces se hace un, un seguimiento y mirar por ejemplo pues que han intervenido los agentes comunitarios de salud, y los que no han y comparar los porcentajes, esto sí, y los hacemos cada vez según los proyectos y cualitativos también lo hacemos en el tema de VIH pero depende de cada proyecto, hay que justificar cada proyecto de las subvenciones.*

60:12 ( 0:15:06.61 [0:00:38.67] )

#### **4.1.7. Beneficios obtenidos con los servicios de ISP**

En este apartado expongo los beneficios que, según las declaraciones de los diferentes gestores de servicios de ISP entrevistados, ha reportado la implantación de servicios de ISP.

Los servicios de ISP han aportado a la relación entre el personal sanitario y el usuario que no domina las lenguas autóctonas una mayor tranquilidad y seguridad. Para Andrea:

*Ha sido una relación más, ahora más de calidad, de menos conflictos, de menos quejas; no lo puede atender, viene sólo, eh... no nos entendemos, eh... tenemos*

*cinco minutos de visita y pasa un cuarto de hora con la misma persona. Y todo esto ha mejorado a la hora de tener el agente comunitario de salud, a nivel digamos de horarios, de pasar de cita, de la angustia que tiene el médico sabiendo que este paciente no, no entiende, no le ha llegado bien y sabiendo al médico ¿no? Antes de tener el agente de salud ahora este seguro que su paciente sale sabiendo correctamente los mensajes que ha querido transmitirle, bien, ayuda mucho a atenderle de una manera cualitativa.*

60:11 ( 0:14:01.93 [0:00:54.15] )

Como vemos, se ha incrementado la calidad de las visitas de la población de origen foráneo, reduciendo los conflictos con los miembros del personal sanitario. Se ha observado un mayor nivel de accesibilidad, así como un aumento de facilidad de entendimiento, pues se ha conseguido una mayor fluidez en el diálogo. Esto ha permitido que se incremente la empatía de los profesionales de la salud para con usuarios etnoculturalmente diferentes. Según Manuel:

*Yo pienso que la comunicación... Es un sentido a ponerte como... ¿Sabes?, también más las dudas que luego lo que les preocupa realmente. Pues intentaría más ponerme en su piel: la empatía, conocer más la cultura. Cuestiones limitadas cómo la... Ostia... La conversación era muy limitada, ¿no? pues te... ¿Qué le duele?, ¿qué no le duele?, ¿desde cuándo?, la, la, la. Si tenías suerte, pues esas cosas quedaban claras, pero no podías ir más allá, ¿no? No podías saber si tenía familia, tres hijos o estaba embarazada o yo qué sé...*

70:8 ( 0:03:14.42 [0:00:41.36] )

Los servicios de ISP se observan como un “valor añadido” para los centros sanitarios, reconocido tanto por parte de la población inmigrante como de la autóctona. Veamos el razonamiento de Manuel:

*Yo pienso que dar un valor añadido importante, ¿no? Además, mucha gente, de habla no china, cuando ve las pantallas, dicen: " ¿y eso que es?", "no, no, es que disponemos de una...", "jah, pues qué bien, que adelantados estáis!", no sequé... Bueno, ¿sabes? Importa.*

70:5 ( 0:02:30.48 [0:00:18.79] )

De acuerdo con los entrevistados, la incorporación de estos servicios ha supuesto:

- Un aumento de la concienciación cultural.

Para Paco, la ISP ha servido de vía a:

*Conocer a los demás. Conocer que las cosas no se miran desde nuestra perspectiva, desde nuestro agujero digamos, sino que hay mil puntos de vista.*

*Que esto ya lo sabíamos, pero como no te lo encuentras, pues...*

77:20 ( 0:21:13.21 [0:00:15.44] )

- Un mayor entendimiento de las partes de la conversación en contexto sociosanitario.

Susana observa:

*Bueno, pues una mejora en el sentido de lo que hemos estado hablando. Es que es... ¿No?, de que nos entendamos mejor, que ellos entiendan mejor cuál es nuestro trabajo, que nosotros entendamos mejor a ellos como población y que... Bueno, que nos podamos comunicar.*

71:29 ( 0:13:47.08 [0:00:18.70] )

- Una mejor comprensión del sistema sanitario por parte del usuario extranjero, que se traduce en una optimización del uso de los recursos sanitarios.
- Un aumento de la tranquilidad entre los profesionales de la salud.

Almudena asevera:

*Ha beneficiado, claro lo que ha beneficiado ha sido, mediante comillas una paz social. O sea, el agobio que tenía en aquel momento el profesional de encontrarse ante una cosa nueva que desconocía, como podría ser el idioma, cómo podía ser las costumbres y tal, y cuál, esto ha desaparecido.*

75:23 ( 0:36:03.53 [0:03:43.85] )

- Una adaptación a los cambios sociales.

Almudena resalta:

*Pero también hay que tener en cuenta, que ha desaparecido porque nosotros a la vez, hemos sido más conedores. O sea, no podemos comparar, que al margen de estar aquí, estar aquí en el hospital, a estar en casa, de lo que se conocía en el 2000, a lo que sí está conociendo... De lo que se conoce ahora, ¿no? Por los medios de comunicación, por una serie de cosas, claro.*

75:23 ( 0:36:03.53 [0:03:43.85] )

- Una reducción de los problemas originados por la existencia de barreras lingüísticas o culturales en ámbito sociosanitario

Lourdes menciona que el servicio de ISP ha aportado a su centro una:

*Resolución de conflictos básicamente ¿no?, porque en el día a día.... A ver, que además es un indicador de calidad. Son servicios, como puede ser también el de*

*trabajador social, de trabajo social, que dan... son indicadores de calidad, de que se está dando una atención integral, más allá del concepto físico de salud, ¿no?, trabajan... Se contempla cada persona como un todo y se tienen en cuenta otros aspectos que inciden en la salud. Si una persona está enferma, porque tiene un cáncer pero es que encima no entiende que le dan un medicamento que lo tiene que curar, todavía se pone más... peor porque está vomitando todo el día, esta persona, seguramente, psíquicamente no está preparada para aceptar su situación, y eso le puede perjudicar en la mejoría. Pues, si alguien, a su mismo nivel, es capaz de explicárselo, de hacerlo entender, seguramente que la actitud de aquella persona cambia, colabora más, participa más. Creo que esto es como bastante obvio, ¿eh?*

80:28 ( 0:24:01.45 [0:01:02.29] )

De acuerdo con los entrevistados, el personal sanitario se beneficia de los servicios de ISP en tanto y en cuanto con ellos se consigue:

- Una mayor eficacia en los diagnósticos, tratamientos y pruebas médicas, así como una considerable disminución de los riesgos y errores médicos.
- Una mayor agilidad en el trabajo de los profesionales de la salud.
- Un aumento de la tranquilidad a la hora de atender usuarios de orígenes distintos:

Belinda afirma que, recurriendo a la ISP, el profesional sanitario ha logrado:

*Disminuir el estrés que supone básicamente el no entenderte con la persona que estás trabajando delante... O que estas atendiendo. Genera mucha, mucha ansiedad ver qué estás intentando, pues con estos dibujos... Bueno, es que hemos recurrido al Google traductor, hemos recurrido a muchas cosas. Incluso años atrás habíamos recurrido a Sanitat Respon, pero eso, a veces, las respuestas se hacen eternas y no es muy factible para la rapidez y la inmediatez de la consulta. Y realmente, trabajar con ellos, pues nos ha facilitado el día a día y desde luego, baja un poco, o bastante, la ansiedad generada cuando no te entiendes con alguien. Y más cuando estás tratando temas de salud.*

61:25 ( 0:16:17.44 [0:00:50.72] )

- Un aumento de la satisfacción del personal sanitario, fruto de la sensación del trabajo bien hecho.

Manuel comenta:

*Pienso que una satisfacción importante, porque te da la sensación, que antes no te la daba, de que ese paciente sale informado, sale que le has hecho un interrogatorio correcto, etc., etc. O sea, que esa barrera idiomática, que posiblemente en otra ocasión era tan, tan importante que pensabas que el trabajo no lo ibas a hacer bien, o no... Seguro que no lo habías hecho bien, pues esa*

*barrera, desaparece, ¿no? Tiene las mismas condiciones que una persona que no tiene esa barrera idiomática.*

70:3 ( 0:01:24.15 [0:00:28.61] )

- Un mayor nivel de concienciación cultural entre el personal sanitario, que se traduce en una asistencia más adecuada al usuario inmigrante.

Paco lo razona con los ejemplos siguientes:

*Pues ahora entiendo por qué la población, los chinos o algunos chinos, pues cuando alguien muere en el hospital no vienen a buscar su ropa, hay una cuestión cultural o de creencia de que lo del difunto no se toca. Y aquí pensábamos antes sobre el tema, ya se ha muerto, ya se han olvidado de él. No, conscientemente no vienen a buscar la ropa del muerto y aquí se quedaban pertenencias y cosas ¿no?, hasta que ella nos explicó que “no, es que es así”. O a lo mejor ahora digo... lo otro era real porque nos pasó, ahora lo siguiente es un poco inventado ¿no?, pero algo así hay también ¿no?, pues como que la mujer china cuando da a luz, los primeros días está en cama y quien cuida al bebé es la madre de ella u otro familiar, tal y cual y parece que sea, pues como... se desentiende un poco. No, es que hay algo así como ..., que me invento ¿no? ahora... pero algo así como que tiene que guardar reposo porque después es duro lo que va a venir, entonces que recobre otra vez energías y... ¿vale?, que nosotros aquí a lo mejor, ¿cómo se desentiende esta señora?, ¿no?, podríamos pensar . No son formas simplemente de... O aquí de pequeños, desde recién nacidos, o a los pocos días les damos de comer esto y ellos a lo mejor dan otra cosa ¿no?, que aquí pensamos que pueda ser poco nutritiva quizás. No, no, ellos no, la alimentación es distinta ¿vale? (...) Que bueno, que explicando esto, pues en un gabinete médico con la enfermera o el médico y la familia y la mediadora, o sea tres bandas, pues vale, pues el profesional puede ver, bueno pues vale, pues si comen esto vamos a compensar por otro lado ¿vale?, poder pues, bueno pues de acuerdo pues yo si fuese la primera visita, a lo mejor la siguiente visita la adelantamos un poco y a ver cómo va. No sé si llegar a puntos en común.*

77:18 ( 0:17:35.73 [0:02:03.35] )

Según los entrevistados, la implantación de servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés ha traído consigo todo tipo de reacciones en la sociedad barcelonesa. Almudena comenta:

*Nuestra sociedad, lo ha vivido pues... Pues como se están viviendo todas las cosas, quiero decirte, en un momento les ha parecido fenomenal, porque había que tocaba y todo Dios era muy solidario, y ahora la gente es menos solidaria, ¿no? Quiero decir... Bueno, es menos solidaria y parece ser que, bueno al final han habido comentarios para todo, ¿no? “Muy bien, y tal y cual”, y otros dicen: “bueno, pues yo hablo gallego y quiero una mediación gallega, ¿por qué no?”,*

*¿no? ¿Por qué no?, ¿no? Entonces claro, esto o a la sociedad, pues como todas las cosas, ha habido un colectivo que en un momento dado pues lo ha vivido porque es lo que tocaba, y ahora también va cambiando.*

75:23 ( 0:36:03.53 [0:03:43.85] )

Sin embargo, la información recogida en estas entrevistas pone de manifiesto que la sociedad se ha beneficiado de la ISP en tanto y en cuanto se ha conseguido educar a su población, tanto a la inmigrante como a la autóctona, en pro de una mejora en la convivencia. Lourdes afirma que la sociedad barcelonesa se ha beneficiado de los servicios de ISP:

*Bastante, porque ya he dicho que aunque no sea el primer objetivo, subliminalmente hacen una tarea educativa, tanto con los recién llegados como con los que estamos ya aquí, ¿vale? Porque aprendemos, aprendemos de los otros ¿no?, con lo cual, ya te digo, se palian, se equilibran, se equilibran las desigualdades y se facilita la integración. Eso, aunque de entrada se pueda vivir como que se está dando una dedicación especial, y eso no facilita la integración, yo pienso que es todo lo contrario, porque lo que hace es facilitar el acercamiento y el conocimiento de unos entre los otros.*

80:29 ( 0:25:12.37 [0:00:38.48] )

De acuerdo con los gestores de los servicios de ISP, los usuarios han conseguido con su implantación:

- Acceso igualitario a unos servicios de salud de calidad.
- El respeto a la infancia y a las necesidades del menor.

En ocasiones, en ausencia de servicios de ISP, algunos usuarios recurrían a sus hijos menores de edad para poderse comunicar con los profesionales de la salud, desatendiendo la necesidad del menor a acudir a la escuela. Belinda explica:

*El hecho de saber de qué hay alguien que les puede facilitar el entenderse con la persona que tienen delante, el no tener que recurrir a los niños, que muchas veces les habían hecho faltar al colegio para venir al médico. Y en esto estamos, desde pediatría, pues incidiendo mucho en que no debía hacerlo, de que tenían que estar en el colegio, que si era necesario cambiar la fecha de la visita y ponerla a posteriori de la salida escolar, pues que lo hicieran, pero no podía ser que los padres tuvieran... O la madre, tuviera visita a las tres y media y que el niño estuviera aquí, y no en el colegio. Y eso, pues también él ha facilitado es que los padres lo vivan positivamente.*

61:26 ( 0:17:18.28 [0:00:44.81] )

- Un aumento de la calidad asistencial.
- Un mayor éxito en la comunicación tanto de síntomas del paciente como de los consejos médicos, que se traduce en una mejor comprensión, por parte del usuario, de su problema y los pasos a seguir para combatirlo.
- Un mayor sentimiento de seguridad entre los usuarios de origen extranjero.
- Una mayor confianza del usuario inmigrante en el sistema sanitario.
- Un mayor respeto a la intimidad del usuario inmigrante, fruto de la confidencialidad que garantiza la ISP.

En este sentido, Paco señala:

*¿Beneficios?, pues eso, tener... poder tener la confianza de que te van a atender de verdad y no hablar en tu idioma, en castellano, en español, en indio y... otra cosa que ahora también tenía en la cabeza, bueno hay un beneficio indirecto pero es muy importante, es el tema de la confidencialidad y la intimidad, que por ejemplo aquella señora que viene a visitarse, pues señora que viene por algo de la mujer y que no tenga que ser su marido quien traduzca, ¿vale? que le pueda decir al marido: “no, entro yo al despacho, porque a lo mejor tú hablas mejor castellano pero como ya hay quien me ayuda a hablar, pues...” ¿vale? O que no sea un menor, mi hijo quien tenga que traducir ¿vale?, porque a veces un menor debe tener que traducir que “tu madre o tu padre tiene tal diagnóstico” ¿no? No le corresponde a un menor quizás esto, al menos no de esta manera, en casa ya se lo dirán si quieren, pero bueno, intentar pues, sobre todo confidencialidad creo yo, por el propio enfermo, ya decidirá él si se lo dice a la familia y de qué manera y cuando, pero que tu como profesional no le tengas que decir algo privado de él a otra persona que tú tampoco sabes cómo se la traducirá en el fondo. Yo creo que directamente sólo ha proporcionado intimidad y confidencialidad.*

77:19 ( 0:19:44.18 [0:01:26.45] )

- Mayor prevención de enfermedades

Susana reconoce que la ISP aporta:

*Un beneficio de poderse comunicar y favorecer esta comunicación con los profesionales, ¿no? Y entender un poco, que se está velando por su bienestar y por la prevención de determinados problemas de salud, ¿eh? Y sobre todo, la comunicación que pienso que es... Que a veces es difícil y que es sumamente necesaria.*

71:28 ( 0:13:07.85 [0:00:30.94] )

#### 4.1.8. Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP

A lo largo de este apartado expongo la percepción de los gestores de los diferentes servicios de ISP analizados sobre el nivel de satisfacción de los distintos agentes que se llegan a relacionar con la ISP en el ámbito sanitario.

La mayoría de los entrevistados (8 gestores) afirman que la implementación de este servicio es satisfactoria para los pacientes que lo usan. Asimismo, destacan que en muy contadas ocasiones los usuarios rechazan los servicios de ISP cuando se les ofertan. Además, una vez los utilizan, suelen aconsejar su uso a sus conocidos. Andrea asegura:

*Lo demuestra mucho que nos vienen muchos usuarios boca a boca. Entonces (...) los profesionales sanitarios cuando abres una historia le preguntas quien te deriva ¿no? es una pregunta para saber un poco más o menos, entonces la mayoría del servicios tal, que ha venido un familiar, entonces ha sabido que hay aquí agentes comunitarios y me gustaría... entonces hay un porcentaje grande de derivados de otros usuarios de este servicio.*

60:6 ( 0:10:10.67 [0:00:39.51] )

Por lo que respecta a la satisfacción del personal sanitario respecto a los servicios de ISP, ésta parece ser elevada. Los profesionales de la salud han visto la calidad que les ofrecen los profesionales de la ISP, permitiendo que el mensaje sanitario llegue a su destino. Esto ha hecho ver al personal sanitario que su trabajo ha llegado a buen puerto, sin haber puesto en peligro sus funciones como profesionales de la salud. A este respecto, Paco menciona:

*Bien y muy bien, el entendimiento... es que el entendimiento de los profesionales sanitarios con la mediadora, es que... tiran... hay un mismo nivel de... como diría... hay... hay conexión no sería la palabra... eh... desde el primer día han visto que son personas formadas, supongo que es esto... que hay una formación detrás. Insisto, más o menos tendría que ser de otro nivel, esto no lo sé, pero que hay una formación detrás ¿no? Y que ellas mismas no solo van a traducir, sino a explicar, porque la mujer árabe o el joven árabe funciona de esta manera, la joven árabe de esta manera, en relación a nosotros, a las jóvenes de aquí. Y los chinos igual porque van a lo mejor veinte chinos con el enfermo, veinte personas chinas, veinte familiares... (...) Siempre lo han definido como muy satisfactorio. Y pienso que es el... en el... como para nada y mucho menos que no toca con las funciones de otros profesionales, tampoco puede haber aquel miedo del intrusismo ¿no?, que a veces puede existir en una gran institución como es esta ¿no? Y no, para nada, hacía mucha falta.*

77:27 ( 0:26:42.61 [0:02:18.86] )

Todos los entrevistados opinan que la dirección del centro tiene una percepción positiva de la calidad de los servicios de ISP prestados. Algunos insisten en que esto es debido a que hasta el momento no han necesitado invertir en ellos. No obstante, opinan que la

dirección de sus respectivos centros reconoce la importancia de estos servicios. Lourdes señala:

*Bien. Bien porque... a ver, de hecho, de los pocos recursos que podemos destinar, los destinamos. El hospital se preocupa de elaborar con el plan de salud en tener este perfil profesional y en dedicar una persona de su plantilla que los coordine ¿no? Y a... y nos comprometemos con la difusión entre los profesionales y a localizar en red... O sea, hay un trabajo... Si la dirección del centro no se implicara en esto, no tendríamos este servicio. Eso es...*

80:36 ( 0:30:17.05 [0:00:30.54] )

Por lo general, los entrevistados afirman que los profesionales de la ISP se sienten satisfechos con su trabajo, dada la labor resolutiva del mismo. Gracias a ellos, la comunicación en ámbito sanitario entre personas de diferente origen se hace posible, lo que les llena de satisfacción tanto personal como profesional. No obstante, al parecer no están tan satisfechos con sus condiciones laborales. De hecho, los entrevistados afirman que el personal de los servicios de ISP se encuentra, por lo general, insatisfecho a nivel económico, dado que sus honorarios no suelen ser nada elevados. Igualmente, se encuentran preocupados por la incertidumbre existente frente a la continuidad de sus puestos de trabajo. No obstante, de acuerdo con la información obtenida en las entrevistas, esto no influye de manera negativa en la calidad ofrecida por estos trabajadores. Paco, reflexiona:

*La mediadora está muy contenta, a ver, la mediadora está muy contenta de estar trabajando, la mediadora está muy contenta que la haya formado la Generalitat, la mediadora está muy contenta de que haya una formación continuada en el programa en el cual está, la mediadora está muy contenta de tener un espacio donde trabajar en el Hospital y que todos los profesionales la contemplen, ah... y a la mediadora le gustaría tener un contrato más estable. Y la mediadora... las mediadoras siempre han manifestado el querer continuar trabajando, pero claro, saben que... lo que hemos dicho antes, que su patrón es la Generalitat, no es el hospital ¿no? Y que esto va a continuar en la medida que continúe el programa.*

77:30 ( 0:31:49.92 [0:00:42.14] )

Asimismo, destacan que dada la elevada carga de trabajo de la cual disponen, en ocasiones algunos profesionales de la ISP han llegado a sentirse desbordados, denunciando que no pueden llegar a atender a todos los usuarios que solicitan sus servicios. Aun así, hay gestores que afirman que algunos profesionales de la ISP querrían tener un poco más de trabajo, dado que si bien hay días que la carga es elevada, otros no atienden a un número elevado de pacientes.

En otro orden de cosas, los gestores de estos servicios resaltan la necesidad de los profesionales de la ISP de abrirse paso como profesión dentro del sistema sanitario.

Lourdes argumenta:

*Yo creo que ellos no lo perciben igual, ¿vale? También hablo siempre desde el punto de vista subjetivo, ¿eh? Por las opiniones que te expresan, las necesidades que te expresan. Yo creo que ellos todavía tienen que hacerse un sitio ¿eh? Entonces, a ver... entre que es una profesión poco conocida, cada vez lo es más, pero es poco conocida. A veces tienen que encontrar su espacio en el equipo médico. Tienen que hacer lo que ellos llaman el empowerment, que es decir, situarse delante de un médico, de un personal sanitario al mismo nivel, porque es un experto en su campo ¿no? Y esto por un lado, son las dificultades que ellos te manifiestan. Y por otro lado, el hecho de no ser personal de plantilla, con lo cual no les da derecho, pues a veces, a lo mismo que a cualquier otro trabajador ¿no?, el no tener un horario completo, el no disponer de mediadores de todas las... Ellos lo viven, claro, como algo que todavía no tienen el reconocimiento y el prestigio que deberían tener. Lo que pasa que yo insisto, claro, es que es una profesión muy nueva, muy nueva y se la ha de ir apoyando y fomentando, entonces... Yo pienso que lo que tenemos ahora es todo un logro ¿eh? Y hay que seguir.*

80:37 ( 0:30:54.20 [0:01:20.57] )

Por último, los entrevistados insinúan que las expectativas con las que llegan los profesionales de la ISP a los centros sanitarios difieren en creces de la realidad. Esto influye negativamente en la satisfacción profesional de los mismos, así como en la concepción del propio trabajo realizado. Almudena considera que los profesionales de la ISP tienen una percepción de la calidad del trabajo propio baja. Veamos sus palabras exactas:

*Mal. Esto es regular, pero lo perciben. Lo perciben regular. No mal, a ver, no. Eso lo tienen que decir ellas, ¿no? Pero posiblemente no se cumplan sus expectativas al cien por cien. (...) Bueno, porque tú te marcas unas expectativas que cuando estás en la vida normal, pues no se cumplen. Tan sencillo como esto. ¿no? Entonces, ellas... A ver, por eso digo, claro aquí han habido muchos aciertos y errores. Claro, aquí se hablaba de una mediación intercultural, una cosa idílica, yo le voy a explicar, yo le voy a decir, él va a intentar de... Y claro, el día a día, es muy diferente. O sea, entonces ellas, bueno, vienen con esta expectativa, y se encuentran que ya hay un momento que el profesional, por su entorno en aquel momento, por la presión que tiene: "dile que hay que hacer esto y basta, no me interesa nada más", ¿no? Porque la trabajadora social, si tiene problemas, no... Entonces claro... Y en ese aspecto, claro. Y después hay otros, que evidentemente, también relacionado con esto, y que bueno, pues ellas, como todos, estar aquí pues vamos bajando, ¿no? Entonces claro, de pensar que puedes llegar a tener ocho horas diarias, todas de lunes a viernes, pues... Y*

*después otra cosa, que puedes... Que también es cierto, de que cada integración es cosa de dos. Y entonces, pues bueno, es complicado, ¿eh?*

75:31 ( 0:43:49.43 [0:02:05.88] )

Por norma general, los profesionales de la salud que utilizan los servicios de ISP reconocen como positiva la calidad de los mismos. Los entrevistados subrayan que el personal sanitario echa en falta la figura del profesional de la ISP en aquellos momentos en que tienen que atender a una persona que presenta problemas con la lengua fuera del horario de este servicio. Igualmente, se afirma que los profesionales de la salud valoran mucho la inmediatez de los servicios de ISP, dado que se pueden resolver problemas lingüísticos en el momento en que se encuentran. También destacan la buena relación existente entre los miembros del personal sanitario y los profesionales de la ISP, a pesar de la existencia de roces puntuales. Apuntan que tanto el nivel de calidad de los servicios prestados, como el de inserción entre otros profesionales, dependen de las características personales del mediador. Lourdes comenta:

*En general, bien. Como todo, y como todas las profesiones, depende del perfil del mediador. Hay personas más hábiles que otras, en principio son todos, ya te digo, profesionales, pero dentro de los profesionales hay personas que tienen más habilidades comunicativas que otras, no solamente para hacer su trabajo de mediación, sino para situarse como un profesional más del equipo asistencial ¿no?. Esto también depende mucho de la persona, pero en general se integran bien ¿eh?.. No hay..., no te puedo decir que haya dificultades.*

80:35 ( 0:29:35.99 [0:00:36.63] )

La percepción de la calidad de los servicios de ISP por parte de los usuarios suele ser bastante buena. Esto se traduce en un mayor uso de los mismos. Si bien los entrevistados no cuentan con datos que demuestren la calidad de estos servicios, afirman que el flujo de usuarios que los solicitan aconsejados por otros usuarios que ya los conocen es muy elevado. Aseguran que nunca han recibido ninguna queja que atañe a ningún profesional de la ISP, aunque afirman desconocer si es por una excelente prestación del servicio o por un desinterés del usuario en reclamar, dado que se han dado situaciones puntuales que han podido desagradar a usuarios o familiares. Paco, explica:

*Pues reclamación no ha habido nunca ninguna. Ah... no sé si no la habido pues porque... a veces alguien haya pensado hacerla pero al final no la haces por la típica gandulería o porque piensas “bueno, pues a lo mejor, mira, al fin y al cabo, eh... me gustaría haberme entendido un poco distinto pero me he entendido bien y en definitiva...” No, no es que nunca ha habido tampoco... no... Cuando ha habido casos muy, muy complicados, pues eso... con informaciones, pues médicas que a lo mejor el paciente no quería transmitir a su familia, a la cual cosa tiene todo el derecho del mundo, pero después nos pedía que hablásemos con la familia; o la familia nos decía “decirle esto al enfermo que a nosotros no nos*

*escucha". De aquí siempre sí que son temas... casos que se ha tenido un poco que supervisar, aunque el espacio que se haya puesto, pues, no hay un espacio de supervisión ¿no?, pero sí cuando hay temas de estos los he hablado yo con las mediadoras, pues hemos trabajado el caso. Y el caso al fin y al cabo, se reducen todas las cartas encima de la mesa. Una cosa es que seáis mediadoras y otra cosa es que os hagan crear una triangulación ¿no?, de dile porque yo he dicho, porque... no, no, entre paciente y familia se entienden ellos y nosotros..., vosotras vais a mediar pero con el paciente y el equipo médico. Y la familia estará si el paciente acepta, y así se le dirá a la familia. Pero eso tampoco se lo dirá la medidora a la familia. Esto se lo dirá el equipo médico o los profesionales a la familia contigo como traductora en todo caso, pero es que nuestro sistema sanitario, nuestra normativa dice "es al paciente a quien hay que informar", "y a la familia si el paciente lo acepta". Evidentemente el sistema... eso lo dice la norma pero el sistema sanitario promueve que la familia esté al lado del paciente ¿vale?, no somos puristas en este aspecto. Pero cuando ha habido un intento de manipulación consciente o inconsciente por parte de un paciente o de una familia, lo que se ha hecho ha sido juntarlos a todos y decirles, "a ver, con quien hay que hablar, aquí mensajes arriba y abajo no".*

77:29 ( 0:29:32.47 [0:02:08.96] )

#### **4.1.9. Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados**

Son varios los aspectos que, de acuerdo con los gestores de los servicios de ISP analizados, se pueden mejorar. En este sentido, por lo que concierne a la organización de los servicios de ISP:

- La mayoría de los entrevistados (7 gestores) considera necesaria la solicitud de otros profesionales de la ISP según las necesidades de cada departamento. Algunos consideran que lo ideal sería que estuvieran integrados en el equipo, mientras que otros afirman que la carga de trabajo no es tan elevada como para poder disponer de intérpretes en plantilla para los diferentes departamentos del centro, dados los recursos económicos disponibles. Es por ello que algunos entrevistados abogan por el recurso a profesionales de la ISP compartidos entre los diversos servicios de un centro o incluso entre varios centros. Andrea menciona:

*En diferentes servicios. Yo diría que sí lo que pasa que organizando un poco trabajo trabajando en red ¿no? trabajando un poco en muchos... yo sé que hay otros, hay muchos mediadores que dependen de unas ONG, que hay diferentes eh... ambulatorios, que pasa es que a lo mejor tú ves una persona que, que está contratada ocho horas y está sentada, o sea trabaja de las ocho trabaja... tres porque está, depende solamente de las visitas de este médico, si tiene o no*

alguna persona... de, de otra cultura, creo que es un poco perdida y hay que, que reformularla un poco.

60:17 ( 0:20:53.37 [0:01:34.98] )

En cambio, algunos entrevistados afirman estar trabajando ya con profesionales de la ISP que acuden a prestar servicios de manera puntual ante las necesidades que no se pueden cubrir con los mediadores de los mismos. En este sentido, Almudena garantiza:

*Eso ya lo hacemos. De hecho... Pero estamos también en contacto con la empresa de traducción, en cosas... Entonces, dependiendo de la... Del idioma, de la situación, del momento, se solicitan sus servicios, ¿eh? A ver, empezamos... Bueno, a veces también se van a las embajadas, pero bueno, mayoritariamente se llama a estos servicios, si es un paciente con un idioma así concreto y una patología concreta, y el tipo de información que se tiene que dar, se hace.*

75:32 ( 0:45:55.32 [0:00:51.27] )

- La mayoría de los entrevistados (6 gestores) consideran necesario que haya un grupo de intérpretes en plantilla en los centros sanitarios, de los cuales, 5 consideran conveniente que estos estén disponibles 24 horas al día, aunque creen que esto depende de las necesidades de cada centro. Andrea defiende esta posibilidad argumentando:

*Yo creo que claro, porque eso le ayudará a la persona más a nivel, a estar más integrado en el equipo. Si no, algún día que le salga otro trabajo de ocho horas puede dejarte y está en su derecho, está en su derecho. Entonces así fortaleces un poco la estabilidad de tu equipo, no es fácil formar un equipo muchos años y, y no tiene una estabilidad económica y llega un momento que se va, crees. Entonces eso significa que tienes que incorporar otros y años de formación a estos y de experiencia y todo. La estabilidad económica es muy importante para tener también un equipo más sólido y para la continuidad del servicio.*

60:20 ( 0:24:36.19 [0:01:06.23] )

Sin embargo, algunos entrevistados lo consideran innecesario, dados los recursos económicos disponibles, a menos que se tratara de un servicio compartido. Además, añaden que la demanda de estos servicios en muchos centros fuera del horario habitual de ISP puede resolverse recurriendo al servicio de interpretación telefónica de Sanitat Respon. En este sentido, Paco expone:

*No, hoy por hoy no. ¿Por qué?, pues porque hay los servicios telefónicos que son los de Sanitat Respon que las profesionales utilizan cuando hay algo puntual y la verdad es que el servicio es bueno, porque el médico de urgencias que se encuentra que tiene que pedir a alguien que hable en polaco, alguien que hable*

*otra lengua, la verdad es que el servicio responde bien. Yo pregunto a los médicos de urgencias y están contentos con el servicio de Sanitat Respon. Eh, entonces el veinticuatro horas no. Sí a lo mejor algún tipo de servicio con varios hospitales que tuviesen algún grupo de profesionales, con la formación que fuese, pues donde poder... ¿vale? Y que actuasen estos profesionales en distintos hospitales, ¿vale?, los servicios que ahora ya de alguna manera empiezan a existir, incluso a nivel de servicios médicos. Los hospitales no todos ahora tienen ya de todo, alguno se queda con un servicio y lo amplifica y otro hospital se queda con otro servicio y lo amplifica ¿no?, y el paciente que tenía que visitar yo, lo visitas tú de esta especialidad y yo visito el que tú tenías que visitar de la otra ¿no? Desde luego, sí la interpretación en los centros sanitarios: hospitales, CAP y demás centros sanitarios. Ahora veinticuatro horas en todos los hospitales, pues no, yo no lo creo, no lo veo.*

77:23 ( 0:23:54.19 [0:01:16.59] )

- Se ha observado la conveniencia de contar con un grupo de intérpretes disponibles en red para un grupo o el conjunto de los centros del ámbito sanitario barcelonés. Maragda propone:

*Necesitarías que hubiera alguien cada día, ¿no? Pero claro, también es verdad que si haces el cómputo global de la actividad, claro, comparada con el resto de actividad, no justifica el tener una persona tantas horas en un centro. Eso también es verdad, ¿no? Entonces, habría que buscar... No sé cuál sería la manera. A lo mejor, dentro de una zona habría que compartir una... Por ejemplo, ¿no?, dentro de una zona compartir un mediador. Aquí somos "la dreta de l'Eixample" ¿no?, pues somos un grupo de proveedores, ¿no? Pues entre todos pagáramos un mediador. Tenemos la misma población, una población parecida, pues el hecho de poder tener contratado un mediador, a lo mejor, podría estar cada día en un sitio, pero cada vez... (...) Pudiera ir a demanda. Sería como tenerla siempre, porque estamos cerca, se podría mover, ¿no? Eso podría ser una mejora y no te obliga como empresa a tener un mediador, que eso es un coste económico, sino que en una zona tienes uno y lo repartes, ¿no? Saldría, bueno... No sé, podría ser una solución, ¿no?, una mejora, pienso yo.*

69:16 ( 0:12:53.73 [0:02:12.18] )

A lo anterior, Manuel añade la sugerencia de que dichos profesionales de la ISP acudieran a los diferentes centros sanitarios bajo demanda y que, posteriormente, se les asignara unos honorarios por cada servicio realizado.

## 4.2. Informe de análisis de las entrevistas a los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés

En este apartado, he recopilado las respuestas de las 15 entrevistas realizadas a los distintos profesionales y a partir de ellas, describo los servicios de ISP desde el punto de vista de los intérpretes. La información obtenida trata diversos aspectos de la ISP en el ámbito sanitario, como son la descripción somera de los participantes y características de la situación comunicativa, las características de los servicios ofertados, la formación de los profesionales de la ISP, sus funciones y competencias básicas, las modalidades de ISP o los principios deontológicos básicos de esta práctica.

### 4.2.1. Participantes de la situación comunicativa en ISP

Los entrevistados afirman colaborar con todo tipo de profesionales de la salud, dado que su trabajo tiene como objetivo facilitar la comunicación entre el usuario alófono y todo profesional del ámbito sanitario que necesite entablar una conversación con él, independientemente del cargo que ocupe. De tal manera, se observa que los servicios de ISP abastecen las necesidades tanto de los médicos de familia y especialistas (ginecólogos, pediatras, endocrinos, radiólogos, etc.) como de enfermeras, auxiliares o personal administrativo. En este sentido, Veena afirma cooperar:

*Con todos. Con médicos, con enfermeras, con trabajo social, con secretarias, con todos. Con radiólogos, con... Donde hay necesidad me llaman. Sí, con todos.*

21:4 ( 0:03:06.21 [0:00:15.60] )

El perfil de usuario suele ser muy variado. Aun así, se pueden extraer algunas generalizaciones. Por lo que respecta al sexo de los pacientes, parecen haber tanto hombres como mujeres, aunque, según confiesa Wei, puede que el número de mujeres sea algo superior. Según Fatou, esto se puede deber, en parte, a que son las mujeres las que acompañan a los niños en la mayoría de servicios de pediatría.

En cuanto a la edad, se pueden encontrar desde recién nacidos (acompañados, por supuesto, por sus padres), hasta personas de muy avanzada edad, pasando por los jóvenes en edad laboral.

La mayoría de usuarios tienen un nivel de estudios más bien bajo, lo que dificulta el aprendizaje del idioma autóctono por parte de los inmigrantes alófonos. No obstante, también los hay quienes cuentan con cierto nivel de estudios. Sea como fuere, Fatou añade que el estilo de vida de sus usuarios agrava las dificultades causadas por su escaso nivel de estudios:

*Hay pacientes, yo conozco pacientes que llevan aquí quince años, veinte años, y no hablan ni una palabra de castellano, yo le pregunto “¿porqué?”, dice “yo, siempre a casa, cuidando a mis hijas”, y vienen de la cultura que la mujer siempre*

*hay que, ¿sabes?, la cultura árabe, las mujeres es que para cuidar a los niños y hacer la faena de la casa, y el macho es el hombre, el que va fuera a buscar trabajo. La mujer siempre para cuidar a los niños y hacer la faena de la casa. Entonces, y cuando le toca ir al médico, entonces vienen ellas, y no hablan nada. Entonces, el servicio de pediatría, yo tengo mucho trabajo en el servicio de pediatría con las mujeres.*

31:7 ( 0:15:34.49 [0:03:00.50] )

No todos los usuarios de servicios de ISP tienen un desconocimiento total del idioma autóctono. Algunos usuarios con un nivel de lengua básico parecen entender la información compartida en una visita médica, aunque realmente no han interiorizado el mensaje y, a pesar de todo, han seguido la conversación sin manifestarlo. Además, Shahid revela que algunos usuarios que dominan la lengua española necesitan de los servicios de ISP en el ámbito sanitario por su desconocimiento de la cultura sanitaria autóctona:

*Tenemos unos usuarios que son, hace más de veinte años que están viviendo aquí y tienen nacionalidad española, y hablan también, ¿eh? Eso digo, pero hay cosas que no entienden. Es que hay muchas cosas. Por ejemplo, hay... Aquí, cada médico tiene una enfermera, y función de un médico y de una enfermera, son dos cosas. Cada uno lleva lo suyo, pero en nuestro país no, igual hay una consulta y ahí mismo hay una enfermera dentro y cuando hay un vendaje, ahí mismo te hacen. Pero aquí no, como aquí que, por ejemplo, hay una cura o hay un control, tienes que pedir visita con la enfermera, Y normalmente cuando tienes algún problema de tu salud, necesitas medicamento, pues tienes que ir con médico. En nuestro país no funciona así.*

9:9 ( 0:08:51.31 [0:02:03.91] )

## 4.2.2. Multiplicidad de denominaciones

Los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés que han participado en este estudio responden a dos perfiles profesionales: el del mediador intercultural y el del agente de salud comunitario. Si bien en el apartado 4.2.6. detallo más profundamente las funciones que se les atribuyen, en esta sección describo, a grandes rasgos, en qué consisten los dos perfiles observados, según los entrevistados.

### 4.2.2.1. Mediador intercultural

Los mediadores interculturales tienen como función principal la de facilitar la comunicación entre el profesional y el usuario, realizando una interpretación de los diversos códigos culturales. Los propios mediadores interculturales describen su figura profesional como un puente facilitador de la comunicación. Fatou argumenta:

*Yo considero, el mediador cultural es como un puente. Un puente que tiene puntos, (...) un punto de partida y un punto de llegada. El mediador es normalmente, ¿qué tiene?, ¿su labor qué es?, es el trayecto, que es el correcto, entre el punto de partida y el punto de llegada.*

30:5 ( 0:02:25.21 [0:03:05.02] )

Los entrevistados insisten en que el mediador no toma parte activa en la conversación tomando decisiones. Aunque tienen funciones relacionadas con la realización de labores comunitarias, como acompañamientos, dinimizaciones del tejido asociativo, etc., éstas no son el epicentro de su trabajo. Su trabajo se centra más bien en la realización de interpretaciones entre personas de dos culturas diferentes donde se requiere una descodificación cultural.

#### **4.2.2.2. Agente de salud comunitario**

Los agentes de salud comunitarios actúan de puente entre los servicios de salud y la comunidad con la que trabajan, aunque no se limitan a facilitar la comunicación entre ambas partes, sino que también toman las riendas en actividades de promoción de la salud. Ofrecen explicaciones personalizadas relacionadas con la salud, las pruebas médicas y el tratamiento de los pacientes. Vemos como el agente de salud comunitario tiene unas funciones añadidas a las de mero nexo comunicador. Con tal de aclarar dichas funciones, Agnes apunta:

*Las funciones son un poco... digamos se amplían (...) Ya no es tanto de hacer de puente, sino tienes más capacidades y habilidades, (...) para poder tú trabajar directamente con la comunidad, no solamente con una persona de la comunidad haciendo de puente sino hacer un trabajo directamente con la comunidad, por ejemplo con un grupo de personas en lo que son la prevención sobre la tuberculosis, o sobre el VIH o sobre enfermedades de transmisión sexual.*

36:22 ( 0:27:13.42 [0:03:17.20] )

#### **4.2.3. Condiciones laborales**

Salvo en un caso, los entrevistados afirman estar contratados, aunque siempre por agencias externas. La mayoría de los entrevistados pertenecen o han pertenecido a un proyecto que la Obra Social La Caixa<sup>23</sup> y el Institut d'Estudis de la Salut (IES) pusieron en marcha en diversos centros del Institut Català de la Salut (ICS). Gracias a una serie de subvenciones, la Obra Social La Caixa estuvo realizando acuerdos contractuales con diferentes mediadores interculturales, como parte de un curso formativo especializado en mediación intercultural en el ámbito de la salud. Aunque un número considerable de

---

<sup>23</sup> Dicho proyecto se describe en el capítulo teórico de este trabajo.

entrevistados han participado en algún momento de dicho curso formativo (y, por ende, de los convenios de la Obra Social La Caixa), en el momento en que se hizo esta observación, era el caso de al menos 5 de los entrevistados (Alí, Fen, Fatou, Wei y Agnes). Gracias a dicho convenio, la Obra Social La Caixa pone a disposición del ICS a sus mediadores interculturales en prácticas y posteriormente es el Departament de Salut quien decide a qué centros destinarlos en función de las necesidades.

Sea como fuere, todas las contrataciones se han realizado a través de instituciones, empresas o asociaciones, como la asociación Salud y Família (en relación contractual con Dalila y Veena), la fundación ANDRAGOS (encargada del contrato de Agnes, en colaboración con la Obra Social La Caixa) o la empresa Eulen (en el caso de Mei e Ikram). Los centros sanitarios carecen de relación contractual con sus mediadores interculturales. A este respecto, Agnes especifica:

*El Departament de Salut no contrata directament, todo tiene que pasar por fundaciones o asociaciones, la contratación.*

36:14 ( 0:16:22.41 [0:00:10.04] )

La mayoría de servicios analizados, que se ofrecían mediante contratos de prácticas, finalizaron el 31 de marzo del año 2012. Esto ha generado un elevado grado de inseguridad entre muchos entrevistados, que ven peligrar su desarrollo profesional y se llegan a plantear el abandono de la profesión. Alí comenta:

*Se acaba el contrato, este contrato, el mes que viene y no lo renuevan, pues uno tiene que buscar la vida en lo que sea.*

28:5 ( 0:03:29.46 [0:00:08.95] )

Algunos entrevistados reconocen haber realizado labores de mediación de manera voluntaria. Mientras que Fen afirma aceptar esporádicamente encargos de mediación intercultural como voluntaria, Carmen no dispone de contrato alguno para realizar estas labores. Priya, por su parte, ha trabajado en el campo de la mediación intercultural como voluntaria durante dos o tres años, aunque finalmente ha conseguido un contrato de suplente.

La contratación de aquellos agentes de salud comunitarios que disponen de relación contractual (Tariq y Agnes) también se ha realizado por medio de asociaciones. En sus casos, las entidades contratantes han sido la asociación Equip de treball sobre Immigració i Salut (ETIS) y la Fundació Catalana de Pneumologia (FUCAP), respectivamente.

Únicamente 6 de los 15 entrevistados afirman tener una dedicación de jornada completa (al menos 40 horas semanales). Es el caso de Shahid, Fen, Wei, Fatou, Ikram y Agnes. En el caso de Agnes, su dedicación asciende a un total de 48 horas semanales. Los demás trabajan a tiempo parcial. Nadia ha recibido una ampliación horaria, pues empezó con una dedicación de 23 horas semanales y en el momento de la entrevista contaba con

una dedicación de 36 horas por semana. No obstante, esto parece ser una excepción, puesto que es el único caso registrado. Mei tiene una dedicación de 30 horas semanales, mientras que el resto de entrevistados no suelen superar las 20 horas semanales, siendo los tiempos de dedicación más comunes de unas 12 horas semanales en el caso de Tariq, Dalila, Veena y Carmen. Ha habido una tendencia a reducir la jornada laboral de los profesionales de la ISP, lo que ha afectado tanto a Aida como a Alí, que empezaron con jornada completa y ahora tienen una dedicación inferior a media jornada. Estas reducciones también han afectado a Dalila y Veena, que han visto su tiempo de dedicación laboral reducido a la mitad. El de Priya es un caso especial, puesto que cuenta con un contrato de suplente, por lo que su dedicación temporal varía en función del horario de las personas a las que sustituye.

De acuerdo con Carmen, Fen e Ikram, muchas veces la carga de trabajo les impide disfrutar de los descansos o, incluso, respetar la hora de inicio y fin de los servicios. Ikram comenta:

*Trabajo hasta fuera de mi horario. (...) Muchas veces no pienso ni en la hora de la comida ni nada y sigo si hay que... (...) no puedo dejar alguien... Mi trabajo a medias e irme si me necesitan el profesional.*

23:9 ( 0:05:22.03 [0:00:55.06] )

Fen, por su parte, afirma que en ocasiones altera sus horarios para poder atender a los pacientes que precisan de sus servicios. De este modo, el horario puede verse ampliado (entrando antes o saliendo después), aunque no su remuneración. Carmen, por su parte, reconoce que su trabajo “no tiene tiempo”, a lo que añade:

*Si tú haces una sesión en la calle, con la comunidad, esto está fuera de las doce horas. Y luego si vienes aquí, si vienes aquí, es un día así que tienes servicios y a lo mejor que no sales a la calle, porque no hay sesiones grupales. Pero te viene alguien, aunque es hora de marchar, no puedes irte, tienes que terminar de atender a esa persona. Y hay veces en la calle, te llama la persona, tienes que ir.*

37:12 ( 0:10:43.77 [0:01:27.15] )

Un total de 11 de los 15 entrevistados afirman dedicarse exclusivamente a las labores de mediador intercultural o agente de salud comunitario, aunque algunos dediquen parte de su tiempo libre al desempeño de labores voluntarias, como es el caso de Veena, que colabora con una asociación de mujeres inmigrantes paquistaníes. Los 4 restantes, compaginan el trabajo en ISP con otros trabajos de ámbitos diferentes que engloban desde el ámbito de la restauración, pasando por la enseñanza de idiomas, hasta la traducción. La mayoría lo hace por motivos económicos. Mei argumenta:

Ahora el mercado laboral es bastante duro, y también el sueldo no es bien pagado, y entonces, claro, todo el mundo tenemos que espabilar para sobrevivir.

Y con ese sueldo de mediador, yo lo veo, que puede llegar al final de mes. Es difícil.

12:10 ( 0:06:46.38 [0:00:36.02] )

El caso de Priya es diferente, pues, como hemos visto, tiene un contrato de suplente, lo que le lleva a compaginar ambas labores:

*Como no me han contratado como una mediadora fija, al menos con un contrato de un año, o seis meses, entonces, para la vida, empecé a dar clases de inglés en asociaciones.*

18:12 ( 0:10:40.18 [0:00:25.90] )

9 de los 15 de los entrevistados (Mei, Aida, Nadia, Priya, Dalila, Veena, Alí, Wei, Carmen), consideran que su trabajo no está justamente remunerado. Mientras que dos sujetos (Ikran y Fatou) prefieren abstenerse de esta pregunta, Fen afirma que la remuneración que recibe le parece regular, mientras que hay tres casos (Sharid, Tariq y Agnes), que consideran la remuneración recibida buena, dada la situación de crisis económica actual.

Si bien Carmen recibe cierta compensación económica cuando los servicios cuentan con subvenciones, opina que este trabajo voluntario le debería ser remunerado en todo momento:

*Con las subvenciones, sí, algo nos pasan, pero el voluntariado, aquí realmente, no tenías una remuneración. En principio, ahora mismo no... Bueno, no hay dineros tampoco ahora.*

37:14 ( 0:12:34.71 [0:00:26.10] )

A pesar de que en muchos centros sanitarios los profesionales de la ISP trabajan dentro de un equipo, éstos consideran su trabajo bastante autónomo. Los entrevistados observan una falta de supervisión y de apoyo por parte de un superior jerárquico. Wei expone que, si bien puede recurrir al referente de los centros en los que trabaja, no cree que dicha supervisión sea suficiente, puesto que estos no están capacitados para resolver todas sus dudas. Frente a esto, Dalila subraya la necesidad de una mayor supervisión, constatando que:

*Es como que luego necesitas como una serie de terapia o una supervisión, porque muchas veces te preguntas “¿lo hice bien, lo hice mal?” y necesitas que vayas haciendo una formación continua, pero a este nivel.*

19:7 ( 0:04:09.92 [0:01:37.63] )

Pasando a analizar el nivel de estudios de los profesionales de la ISP barceloneses, cabe señalar que dos de las entrevistadas cuentan con titulaciones de Máster. Concretamente, Priya cuenta con un Máster en inglés y Wei con un Máster en Estudios

Europeos y Derechos Humanos y otro en Traducción e Interpretación profesional de chino y castellano.

Agnes ha realizado un Posgrado de psicología social y forma parte de los 10 entrevistados que afirman haber empezado (al menos) estudios universitarios, pues cuenta con una licenciatura en educación social y se encontraba, en el momento de realización de la entrevista, estudiando un grado de gestión y administración pública. Por lo que concierne al resto, Tariq es licenciado en biología animal, Fatou en derecho árabe, y Carmen en magisterio y filosofía y letras con pedagogía, mientras que Alí es técnico ingeniero de higiene y epidemiología. Mei tiene estudios de economía y nociones de comercio internacional. Dalila asegura contar con estudios universitarios (sin especificar cuáles) e Ikram responde haber cursado un año de enfermería.

Tres de los entrevistados afirman haber recibido cursos de formación profesional. Shahid cuenta con una formación en electrónica y Veena en administración de empresas. Igualmente, Ikram cuenta con las titulaciones de formación profesional de técnico de laboratorio y auxiliar de clínica. Por último, Aida afirma haber concluido sus estudios de bachillerato, mientras que Nadia dice contar con estudios secundarios.

Algo que es común a todos los encuestados es la realización de al menos un curso de especialización en mediación intercultural.

Por lo general, los entrevistados cuentan con un cierto nivel de experiencia en el ámbito. Mei lleva más de dos años trabajando como mediadora intercultural, mientras que Aida y Fatou tienen tres años de experiencia y Alí, cuatro. Shahid, Ikram, Nadia y Fen afirman llevar unos cuatro años en la profesión, aunque esta última ha realizado una pausa de un año. Veena, por su parte, lleva seis años en su puesto de mediadora intercultural. Aunque Priya empezó en este campo como voluntaria (durante un periodo de dos o tres años), en el momento de realización de su entrevista ya tenía unos siete u ocho años de experiencia. Dalila afirma llevar alrededor de 9 años en la profesión, seguida de Tariq, que se inició en este ámbito diez años antes de la realización de las entrevistas. Por último, Carmen, agente de salud comunitaria con gran veteranía, aseguraba en el momento de su entrevista llevar unos 14 años realizando dicha labor.

A pesar de los años que llevan en la profesión, algunos argumentan que su experiencia en cuanto a contextos de trabajo no es muy amplia. Algunos entrevistados aseguran tener experiencia en diversos ámbitos de la ISP. Priya afirma haber dado sus primeros pasos en la ISP en ámbito escolar, mientras que Ikram empezó en el ámbito policial y judicial. Su transición hacia el ámbito sanitario se hizo gracias al curso de mediación en el ámbito sanitario que realizó. Agnes, por su parte, se inició en el ámbito social, contratada por diferentes fundaciones y asociaciones. Veena, afirma haber trabajado como mediadora en el ámbito social con la Fundación Desenvolupament Comunitari (DC), mientras que Carmen ha colaborado con distintas asociaciones y organizaciones como agente de salud comunitaria.

Dentro del ámbito sanitario, los entrevistados han trabajado para diversas instituciones. Entre ellas encontramos empresas privadas (como Eulen), organizaciones (como Barcelona Activa) e incluso asociaciones (como Probens, Salud y Familia, Equip de Treball sobre Immigració i Salut, etc.).

A nivel de Administración pública, los profesionales de la ISP participantes en este estudio han trabajado para: Ayuntamiento de Barcelona, ASSIR Santa Coloma de Grament, CAP de Drassanes (Unidad de medicina tropical y salud internacional), CAP Fondo, CAP Besós Mar, CAP Casc Antic, CAP Collblanc, CAP Torrasa, CAP Les Hortes, CAP Nova Lloreda, CAP Manso, CAP Vall Nort, CAP de Mataró, CAP Trinitat Vella, CAP Montigalà, CAP Sagrada Família, CAP Gaudí, PASSIR Badalona-Sant Adrià, Institut Comtal d'Oftalmologia (ICO), Hospital General de Hospitalet, Hospital de Bellvitge, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Hospital Espíritu Santo, Hospital Vall d'Hebron, Hospital Del Mar, Hospital de Vilafranca, Hospital Sant Joan de Deu, Hospital Dos de Maig, Hospital Sant Pau, Hospital Clínic y Àmbit Dona.

Finalmente, algunos entrevistados afirman haber actuado de intérpretes de manera privada, acompañando a clientes a diversas instancias de la Administración.

En cuanto al lugar de procedencia del profesional de la ISP destaca que la totalidad de los entrevistados responde a un perfil específico de profesional de la ISP: el del mediador inmigrante procedente de la cultura del usuario. Con tal de ilustrar esta afirmación, repasaré el lugar de procedencia de aquellos entrevistados que han hecho explícita dicha información en sus entrevistas: Shahid procede de Pakistán, Priya de India, Fen de China, Fatou de Marruecos, Wei de Taiwán, Agnes de Rumanía y Carmen de Guinea. El único caso en que el país de procedencia de una mediadora no coincide con el de la comunidad a la que presta servicios, ésta tiene ascendencia del país en cuestión, con lo que comparte, a pesar de todo, la realidad cultural de sus usuarios. Es el caso de Veena, procedente de Inglaterra, aunque con orígenes de la región de Punjab.

Las lenguas de trabajo de los entrevistados suelen coincidir con sus lenguas maternas, aunque también se ofrecen servicios de ISP en terceras lenguas. A continuación expongo sus lenguas maternas y sus lenguas de trabajo:

- Shahid: urdú y punjabi (ambas lenguas maternas).
- Mei: chino (lengua materna), inglés, español y catalán.
- Aida: árabe (lengua materna), francés, español y catalán.
- Nadia: punjabí y urdú (lenguas maternas), hindi, inglés (de manera esporádica), español y catalán.
- Priya: punjabí (lengua materna), hindi, urdú y español (aunque también entiende el catalán, pero no lo habla).

- Dalila: árabe (dāriya) y francés (lenguas maternas), árabe clásico (para traducir), castellano y catalán. No obstante, afirma que cuando trabaja en francés, no considera que esté realizando una mediación intercultural:

*Los franceses, por ejemplo, surafricanos, con segunda lengua extranjera...Con primera lengua extranjera que sea el francés, también, pero ya no es mediación intercultural. Aunque con muchos la religión es la misma, es el Islam, pero las costumbres son diferentes y yo, realmente, no le voy a llamar mediación intercultural. Simplemente traducir. Interpretación.*

19:3 ( 0:00:46.32 [0:00:58.17] )

- Veena: punjabí, inglés y urdú (lenguas maternas), español y catalán (en esta última lengua tiene un nivel medio-alto, por lo que prefiere utilizar el español).
- Ikram: árabe (lengua materna, concretamente en dialecto dāriya) y castellano.
- Tariq: árabe (lengua materna), francés y castellano.
- Alí: árabe (lengua materna, concretamente en dialecto yemení), castellano y catalán.
- Fen: chino cantonés (lengua materna), chino mandarín e inglés (esporádicamente).
- Fatou: árabe (lengua materna, concretamente en dialecto dāriya) y francés (segunda lengua materna).
- Wei: chino mandarín y taiwanés (lenguas maternas).
- Agnes: húngaro (lengua materna) y rumano:
- Carmen: esta agente de salud comunitaria trabaja únicamente con el español (lengua materna, junto con el bubi).

Aunque no todos lo explicitan en sus entrevistas, todos trabajan con el español. Además, algunos de ellos también utilizan el catalán. Aunque no todos utilizan esta última lengua de forma activa, por lo general, la comprenden.

En lo que respecta a los criterios de selección del profesional de la ISP, cabe mencionar que los servicios de ISP del ámbito sanitario Barcelonés no exigen que sus potenciales profesionales tengan un nivel de lengua avanzado ni conocimientos de traducción ni de interpretación. El requisito indispensable que se exige es una formación específica en mediación intercultural. Esto es así para trabajar tanto de mediador intercultural como de agente de salud comunitario.

Tariq considera la experiencia en mediación intercultural indispensable para trabajar de agente de salud comunitario:

*El agente comunitario de salud, además de trabajar las... Porque lo que te he explicado al principio, que después de haber trabajado como mediador, esta experiencia me ha ayudado a poder ser seleccionado para el curso de agente comunitario. Es el primer requisito que nos piden, que es ser un mediador. O sea, que trabajamos en... Hacemos las tareas de un mediador intercultural sociosanitario. Aquí facilitar la comunicación entre el profesional sanitario y el usuario, o familiares del usuario, paciente. Y también hacemos asesoramientos. A veces asesoramos a los profesionales en temas de cultura, y también del sistema sanitario del país. Y asesoramos también a la persona, al usuario, en temas de salud, en temas del sistema sanitario catalán en general, cómo tramitar la tarjeta sanitaria, cómo asistir y programas sus citas, como la obligatoriedad de asistir a sus citas. Y además, hacemos o elaboramos actividades educativas: talleres, charlas, sobre la inmigración y temas de salud, a estos usuarios, o a sus familiares, dependiendo del caso.*

26:13 ( 0:09:16.75 [0:02:33.12] )

#### **4.2.4. Características de los servicios de ISP**

##### **4.2.4.1. Necesidades que fundamentan los servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés**

La necesidad de servicios de ISP aparece directamente relacionada con el número de población inmigrante que no domina ninguna de las lenguas oficiales en Cataluña. Se han observado importantes barreras lingüísticas y culturales en la comunicación del personal sanitario con los pacientes inmigrantes, lo que ha originado cantidad de malentendidos. Fatou recuerda un caso, como ejemplo de esto:

*Salió el paciente, ya tiene una enfermedad muy importante, pero el paciente no sabe qué tiene, pensaba que tenía otra cosa. Han pasado seis meses, volvió a la siguiente visita, entonces están los dos, el médico y el paciente. Y me ha llamado el médico, y me dice “¿de qué está hablando este paciente?, porque a mí me dice cosas y yo no le dije... Yo no he dicho esto, y la última visita no le he dicho esto al paciente. Ahora mire qué está diciendo”. Yo “pues espera, por favor, explícame el caso que tiene y luego... yo te digo la versión de él, también te digo la versión del paciente”. Son dos versiones muy diferentes, porque el paciente dice “sí, sí, sí” y no entiende nada, y cuando salió de la consulta pensaba que tenía otra cosa, que tenía una hepatitis. El paciente no tenía hepatitis, lo que pasa que el paciente, en su cultura, hay una medicina alternativa para curar la hepatitis tomando hierbas. (...) El paciente estaba tomando hierbas y no sabe qué pasa en las reuniones, y pensaba que tenía hepatitis. A ver, ahora tenía otro problema, y cuando explico al*

*profesional que “usted ha dicho al paciente que tenía hepatitis”, dice “no, yo no hablo de hepatitis”. Y de ahí empezó a llamarme el profesional.*

31:19 ( 0:41:58.89 [0:04:00.97] )

Aquí vemos cómo la incomunicación en el ámbito sanitario, de no ser salvada mediante la ISP, puede conllevar a errores en los diagnósticos o incumplimientos terapéuticos, puesto que a menudo las terapias impuestas a pacientes inmigrantes no se han seguido en su totalidad o no se han realizado en los plazos y condiciones requeridos, a causa de una incompreensión motivada por un desconocimiento de la lengua o la cultura sanitaria de la zona de acogida. Igualmente, la ISP puede ayudar a agilizar los procesos médicos, pues, en caso de incomunicación, el profesional de la salud destina muchos esfuerzos a la comunicación de un mensaje que no siempre llega a su destino, lo que implica que el tiempo de consulta se alargue. Si bien la intervención de un profesional de la ISP alargará la duración de la visita médica (en comparación con la de una visita estándar), ésta conseguirá una mejor comprensión en un menor periodo de tiempo. Además, según explica Mei, en ausencia de servicios de ISP se corre el peligro de excluir a algunos pacientes por problemas de comunicación.

Sea como fuere, la necesidad de este tipo de servicios no es percibida de manera uniforme por todos los profesionales de la salud. Mientras que algunos consideran la ISP como una herramienta fundamental para su trabajo, otros la consideran un capricho. Esta disparidad de opiniones puede estar relacionada con el nivel de conocimiento de la ISP. Una vez se conoce la ISP y quedan demostrados sus buenos efectos en la comunicación, empieza a solicitarse con mayor asiduidad. Tal es la necesidad de estos servicios que incluso en ocasiones se solapan las demandas, de manera que se tienen que retrasar consultas hasta que el mediador esté disponible. Aun así, los entrevistados sienten que sus servicios se perciben, por lo general, como innecesarios. Priya expone:

*Si para otras profesiones pensamos que es una necesidad, de un administrativo, o de auxiliar, o de auxiliar de enfermería, aunque sea de limpieza, limpieza también es necesario, ¿no? Pero, todavía nuestro perfil no es necesario, en España y parece como: “no hace falta”, ¿no? Así sentimos nosotros, en algunos centros.*

18:36 ( 0:28:52.39 [0:02:31.29] )

Sin embargo, la necesidad es evidente dados los malentendidos que se llegan a generar, tanto por problemas de desconocimiento lingüístico como por malentendidos culturales. Otro dato que pone de manifiesto la necesidad de servicios de ISP es la elevada demanda de este tipo de servicios. Los entrevistados afirman estar desbordados de trabajo y no poder llegar a abastecer todos los encargos sin extender sus horas laborales. El hecho de prescindir de los servicios de ISP ha hecho que se vuelva a la situación inicial en la que muchos usuarios de los servicios de salud salen de las consultas sin ser conscientes de su estado de salud o los pasos a seguir para su

tratamiento. De igual manera, se vuelve a incrementar el número de visitas médicas perdidas a causa de esta incompreensión.

Dentro de los centros sanitarios, algunos servicios médicos tienen mayor necesidad de servicios de ISP que otros, dada la afluencia de pacientes inmigrantes alófonos. De acuerdo con los entrevistados, se requieren servicios de ISP en todos los ámbitos de la medicina.

Los servicios que más recurren a la ISP son pediatría, ginecología, neonatos, endocrinología, traumatología, cirugía general, psiquiatría, oncología, cardiología, neurología, nefrología, medicina infecciosa y los diferentes servicios de urgencias de las distintas áreas. Asimismo, en los centros de atención primaria, los mediadores actúan en un elevado número de casos de medicina general, mientras que en los hospitales también intervienen en cuantiosos casos de hospitalización.

Veamos, por poner un ejemplo, lo que expone Fatou a este respecto:

*Si un paciente está hospitalizado, entonces, sobre todo por la mañana, entonces pasan para visita, los médicos para hacer visitas, por la mañana. Entonces, hay pacientes en el servicio de cardiología, la mayoría de los inmigrantes árabes tienen problemas de cardio. De cardio y problemas de neuro, problemas de nefrología también. A ver, son los servicios que yo trabajo siempre: nefrología, y cardiología y también diabetes, endocrino. (...) Y pediatría también, tenemos mucho trabajo con pediatría.*

31:7 ( 0:15:34.49 [0:03:00.50] )

#### **4.2.4.2. Continuidad de los servicios de ISP ofertados**

Tras una etapa inicial en la que se encontraban en su punto más álgido, los servicios de ISP han ido involucionando. Tal y como avanzábamos en el apartado 4.2.3., dicha involución se ha visto reflejada en el horario laboral de muchos de los entrevistados, cuya jornada laboral ha decrecido considerablemente en muchos casos. Aunque entraremos en detalle en esto en el apartado 4.2.4.4., destacaremos que Agnes ha visto decrecer el presupuesto destinado a la ISP:

*Bueno, sobre los presupuestos, a ver, se ve claramente la diferencia. Los presupuestos que ha habido en los años 2006, 2007, 2008 y los presupuestos que hay ahora. Claro, pero si miramos un poco la situación económica actual, tampoco nos podemos quejar. Mientras que podamos seguir dando este servicio, podemos decir que es un privilegio, mirando la situación económica en la que estamos. Y entonces yo creo que nos adaptamos a los presupuestos, aunque sean menos, que hayan disminuido, pero se puede adaptar el servicio a los presupuestos actuales y mejorar la calidad del servicio con menos presupuesto.*

36:43 ( 1:04:53.95 [0:00:52.17] )

En sus palabras se observa cierto temor hacia la finalización de estos servicios, motivado por la crisis económica. Dicho temor se ve infundado por el hecho de que el proyecto de la Obra Social La Caixa en el que se encuentra (junto con muchos otros participantes de este estudio) iba a finalizar poco después de la realización de las entrevistas<sup>24</sup>. Fatou comenta en su entrevista sus impresiones acerca de dicha situación. Afirma que teme que los servicios se extingan por completo:

*El proyecto va a acabar este año, este mes, de final de este mes. Y ya no vamos a ir a la empresa más. (...) Normalmente es un proyecto, pero hay como hay una formación continuada, empieza en 2007, y entonces, los de 2007 están trabajando ahora, y nosotros entramos en 2009. Y este proyecto acaba en 2012, el 31 de marzo, y ya no... (...) Sí, eso es el problema, los referentes y también los profesionales sanitarios dicen que ahora no pueden trabajar sin este servicio, para mí es un... porque es muy importante. Pero la crisis, ¿lo sabes?, la crisis y ahora España está... Entonces, no hay, no hay dinero. Por eso que digo, la figura del mediador, me sabe mal que es un... A ver, tenemos una formación, estamos... No es una cuestión de trabajar o no trabajar, pero yo, si no me toca a mí, a otro es, pero el servicio hay que, hay que... Lo que pasa es que el servicio yo no creo que va a continuar ya no existe.*

31:1 ( 0:00:03.64 [0:01:17.65] )

Aunque los entrevistados intentan mantener la esperanza de que la situación mejorará, este miedo sigue creciendo y las esperanzas se depositan, tal y como manifiesta Alí, en un futuro. Tariq afirma que algunos centros ya han dejado de ofrecer servicios de ISP y esto no ha hecho sino potenciar la solicitud de mediadores interculturales de manera extraoficial:

*Bueno, yo puedo decir, últimamente por culpa... No sé, por culpa de la crisis, algunos centros (...) ya no tiene mediadores. Pues lo que pasa, que compañeros por ejemplo, ha recibido demandas, peticiones de otros centros porque no tiene mediadores. Piden, por ejemplo el usuario mismo, o al paciente que si conoce a un mediador, que traiga el mismo, de traer o de llamar a un mediador.*

26:27 ( 0:29:39.33 [0:02:16.77] )

En vista de la situación, muchos profesionales de la ISP temen que la mediación intercultural no tiene un futuro claro en este país. Fatou argumenta:

---

<sup>24</sup> Coincidiendo con el fin del periodo de prácticas de la segunda edición del curso formativo en mediación intercultural de la Obra Social La Caixa, la mayoría de profesionales de la ISP en activo en el momento de la recogida de datos en Barcelona debieron abandonar sus puestos de trabajo, siendo muy escasos los centros de salud que siguieron disponiendo de servicios de ISP.

*Yo creo que la figura de un mediador, aquí en España, no tiene futuro. Estoy segura, porque la mayoría dicen, con la crisis ahora más, con la crisis que hay dicen “cómo echan a los profesionales, administrativos, a médicos, enfermeros, se van”. Y como siempre, a ver, hay una agresión a un inmigrante, siempre te... ¿sabes lo que quiero decir?, ¿entiendes?, no quiero decirlo, pero explicarlo, porque es...*

30:11 ( 0:11:46.90 [0:00:55.75] )

#### 4.2.4.3. El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés

##### Horarios de los servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés

Con tal de poder contar con servicios de ISP, el usuario debe reunirse con el profesional de la salud durante la jornada laboral del mediador o agente, lo que restringe el acceso a estos servicios, dado que el horario de trabajo de estos profesionales suele ser muy reducido.

Fen afirma que resulta imposible atender a todos los usuarios que necesitan servicios de ISP, puesto que hay centros que no ofrecen esta posibilidad todos los días:

*Ellos normalmente piden horario con mediador, lo que pasa es que piden horario con nosotros es un poco difícil también. Por ejemplo, a veces, nosotros... ese centro por un día... a lo mejor que ese médico ese día no visita, entonces no puedo conseguir horario con nosotros.*

29:25 ( 0:25:27.18 [0:01:17.36] )

En el caso de Dalila, “todo el horario se concentra por la mañana”, lo que imposibilita el acceso a sus servicios durante un amplio periodo de tiempo. Veena se encuentra en una situación similar, en su opinión, debido a “los recortes que hay en la sanidad”:

*Yo creo que son muy pocas horas. Es que no acabo, es que antes trabajaba media jornada, ahora sólo trabajo tres horas. Y entonces cuando yo plego, empiezan otras consultas que antes yo, siempre me llamaban, y ahora mucha, mucha gente, salen de estas consultas y ni saben para qué han venido.*

21:1 ( 0:00:05.37 [0:01:17.95] )

Carmen, agente de salud comunitaria voluntaria, revela que su disponibilidad horaria es bastante abierta, lo que no le supone un gran problema, aunque únicamente porque ésta es su única ocupación.

##### Acceso a los servicios de ISP

Habitualmente la solicitud de ISP viene de manos del profesional de la salud, quien percibe el problema de comunicación en un primer contacto con el usuario. Los profesionales de la ISP suelen tener acceso a la Intranet de los centros sanitarios. Generalmente, sus servicios están anunciados en dicha red interna, de manera que el personal sanitario sabe de su existencia y lo puede solicitar mediante un mensaje interno.

Otro procedimiento posible es el de los mensajes de texto al teléfono móvil profesional del mediador o a su busca (en los casos en los que los centros facilitan dichos dispositivos). Además, el personal sanitario puede llamar por teléfono al despacho de los mediadores o, en su defecto, solicitar sus servicios a través de un intermediario, que suele ser un trabajador social, quien hace llegar el encargo al mediador. Igualmente, en muchos centros, los profesionales de la ISP tienen a su disposición, mediante la Intranet, el listado de visitas programadas, así como, en el caso de los hospitales, los pacientes hospitalizados. Esto les permite buscar si aparecen pacientes que puedan requerir sus servicios, para personarse en el lugar indicado a la hora indicada con tal de presentarse y ofrecer sus servicios. Sea como fuere, si el paciente decide prescindir de los servicios de ISP, el mediador abandona la sala sin ningún tipo de compromiso.

Agnes explica el procedimiento de recepción de encargos de la siguiente manera:

*Sí, porque esto, a ver, depende un poco de la estructura y de la organización de cada centro hospitalario. (...) [En uno de los centros] los profesionales contactan contigo directamente, sea médico, sea enfermera, sea trabajador social. En cambio en el [otro centro] el sistema está montado de otra manera que siempre tiene que pasar por el trabajador social. Entonces aquí estamos que hay tres edificios y es muy difícil que tú... si no, puedes tener acceso al sistema SAP para que veas que hay usuarios de tu comunidad y que vayas tú presentándote a la planta, y decir “pues mira, soy el mediador, si necesitas mi intervención, si hay problemas, o sea, no os podéis entender con el usuario, estoy aquí para facilitar el servicio”. (...) Aquí por ejemplo, ya te dije, tienes que... no sé, dependes del trabajador social, y si él tiene un caso problemático, te solicita y si no, pues tú no puedes ir presentándote, o mirar si el paciente mismo necesita tu intervención, que muchas veces puede decir el profesional médico que “no, el paciente habla bien y no necesita”, pero no es sólo esto, o sea, que hable bien el idioma.*

36:41 ( 1:00:33.40 [0:02:10.02] )

A menudo, tras una primera visita, el mediador se encarga de acompañar al usuario a programar su próxima cita dentro de los horarios de los servicios de ISP. Igualmente, en algunos CAP, el personal administrativo encargado de proporcionar las citas a los pacientes lleva también la agenda del mediador intercultural, de manera que, al fijar una cita con un paciente alófono, ésta se vincula directamente al servicio de ISP. Además, en muchos centros se exponen carteles con los horarios de los servicios de mediación, lo que facilita el acceso por parte del usuario a estos servicios, quien puede buscar personalmente al mediador.

#### Características de la visita médica trialógica

Para empezar con la visita médica a tres, el profesional de la ISP realiza una presentación de sus servicios, en la que se identifica como tal y explica las especificidades de su trabajo. Tras ella, el usuario puede decidir prescindir de sus servicios. En este sentido, Tariq expone:

*Lo primero de todo ante cualquier actuación tenemos que presentarnos bien. Una buena presentación, para que ellos lo tengan claro. También, todo es confidencial, y concienciado que antes de hacer cualquier actuación, porque para ellos es una persona extraño, ¿no? Que no forma parte de su familia, ni tampoco es su médico, ¿no? (...) Tenemos que presentarnos bien y pedir su permiso para poder entrar en sus cosas privadas.*

26:15 ( 0:12:17.51 [0:01:07.18] )

Las visitas médicas tienen un tiempo de duración preestablecido que se debe respetar en la medida de lo posible, con lo que los profesionales de la ISP intentan ir al grano. En esta línea, Alí compara su experiencia como mediador intercultural con la de agente de salud comunitario:

*Cuando te llaman a la consulta, y ya tienes un tiempo determinado, para solo... O sea, decirle lo que tiene que... Pero claro, por ejemplo, la asistente de salud, tú puedes, por ejemplo, explicar más. Por ejemplo, cuando yo voy, a veces no me da tiempo en la mediación, de presentarme. Enseguida entra a la puerta y dígame, explíquele esto. Pero la agente de salud comunitaria, tengo tiempo de presentarme...*

28:31 ( 0:29:49.05 [0:02:31.90] )

Una vez las presentaciones realizadas, se empieza la consulta propiamente dicha. Aquí la labor del profesional de la ISP es la de realizar una interpretación (normalmente de enlace) que garantice una óptima comunicación entre el personal sanitario y el paciente alófono. Fen narra su trabajo de la siguiente manera:

*Por ejemplo, entra en el... con el médico, entonces normalmente el médico empieza ya a pregunta ¿por qué viene ese paciente?, ¿para qué?, entonces paciente antes ya explicado la tema conmigo, entonces yo ya puede explicar con el médico. Primero si paciente... si a veces médico me llama enseguida entonces yo ya no tengo tiempo para preguntar al paciente normalmente, normalmente empieza yo a preguntar paciente. Entonces ¿para qué venir aquí? y ¿qué te pasa? y entonces, lo que ella dice yo explicar con el médico.*

29:33 ( 0:37:18.81 [0:00:34.04] )

Como vemos, la entrevistada aprovecha el tiempo de espera previo a la consulta para recopilar el máximo de información posible del usuario, con tal de agilizar posteriormente las intervenciones de la visita médica mediada.

Shahid, por su parte, insiste en la obligación profesional de interpretar todo lo que se diga a lo largo de la consulta:

*Primero tienes que escuchar de uno y a decir otro. Como un puente, esto que digo, ¿no? Es que nuestro papel, escuchar paciente, eso es información transmite hasta el profesional. Después, el profesional, al paciente, ese es nuestro papel. Y*

*por eso, a veces, un paciente dice, “oye, explica”, siempre... “no dile si se...”. Me digo, digo, “no, perdón, aquí cualquier cosa que vas a decir, ese tengas en la cuenta que va, tenemos que decir ahí”. “Pues no piensas que no es para médico, pues no dices a mí tampoco”. Es que aquí no somos como un familiar, o un amigo, no. “Es una cosa oficial, que aquí cualquier cosa que vas a decir, tenemos que decir ahí”. “No quieres que digamos a tercera persona, pues no digas, antes otro tampoco.”*

9:22 ( 0:34:04.85 [0:01:23.06] )

#### Reunión previa y/o posterior a la intervención

En este apartado describo las reuniones que el profesional de la ISP mantiene con los profesionales de la salud y con los usuarios de sus servicios de manera previa y/o posterior a la visita médica a tres.

Los entrevistados afirman tener, en ocasiones, reuniones con el personal sanitario de manera previa y de manera posterior a la intervención con un paciente, aunque esto no constituye una norma general. Afirman que la realización de dichas reuniones depende de varios factores, como la gravedad de la situación, la experiencia del mediador, el interés del personal sanitario en conversar con el profesional de la ISP por una u otra razón o la carga de trabajo del personal sanitario.

Shahid se muestra reticente a este tipo de reuniones con el profesional sanitario por respeto al usuario. Éste considera que el usuario podría llegar a perder la confianza en los servicios del mediador si advierte que éste se reúne con el profesional de la salud a sus espaldas. Sin embargo, mediadores como Dalila categorizan este tipo de reuniones como ideales para el trabajo en ISP. Veamos como defiende esta mediadora estas reuniones:

*Esto es lo ideal. Siempre yo intento hacerlo y crear este espacio, y la mayoría de las veces, se hace. En muy pocas veces no se hace pero es, o que ya conozco el caso, o porque lo que realmente necesita el personal en aquel momento, es traducción o... Pero, a falta de tiempo, no se hace como debería hacerse.*

19:22 ( 0:17:56.25 [0:00:32.63] )

En una reunión previa a la visita médica, el profesional sanitario y el profesional de la ISP comparten información necesaria para el desarrollo de la consulta. Esto ayuda al mediador, según Agnes, a dar “otro enfoque a toda la situación”. En estas reuniones se tratan temas diversos. En ellas, el profesional de la salud puede compartir con el profesional de la ISP información relacionada con el diagnóstico y el tratamiento del paciente, que serán de ayuda para el mediador a la hora de intervenir. Tariq explica:

*Dependiendo del caso. Hay casos que el profesional sanitario, que sea enfermero, enfermera, o médico, quiera que el mediador sepa algunas cosas previas sobre el caso. Y algunos casos tú entras, te llaman, para hacer una consulta, una intervención, y la mediación sin saber nada. Pero es preferible,*

*claro, es recomendable, que sepamos algo previo, que sea al menos el por qué, ¿no? El motivo de la intervención. Yo lo veo así, yo me acuerdo, durante mi experiencia (...) que habían muchos casos, que a la hora de llamarnos por teléfono, nos dicen “el caso se trata de tal y tal”, el motivo de la intervención era así. O sea, que es recomendable para cualquier mediador y cualquier cultura. Pero claro, hay de todo, ¿no? Hay casos, a veces que te llaman, el mediador entra directamente a la consulta para hacer la interpretación y luego un acompañamiento.*

26:20 ( 0:20:18.82 [0:01:26.85] )

Estas reuniones también sirven para poner a disposición del profesional de la salud aspectos culturales del usuario a tener en cuenta, como apunta Fatou, el protocolo que culturalmente envuelve la comunicación de información traumática:

*Por ejemplo, en el caso de enfermedades crónicas, sobre todo enfermedades, a ver, en la fase final de un paciente, (...) hago una... a ver, como una entrevista con el profesional antes de pasar la información a la familia del paciente. ¿Por qué? (...) La cultura marroquí, no dice la verdad al paciente, sobre todo si tiene una enfermedad, a ver, en una enfermedad como mortal, como por ejemplo cáncer, sobre todo si está en la fase final, la cultura no permite de decirlo al paciente. Y aquí es diferente, el paciente tiene todo el derecho de saber qué tiene (...) En esa situación, como mediadora, ¿qué hago? Siempre hago entrevistas previas con el profesional para explicarle que el paciente no... A ver, la cultura es así, no podemos cambiarla. Y entonces, que el profesional... Porque hay que pasar la información a la familia. (...) El médico, normalmente, es normal en su cultura, hay que saber al paciente “que tienes tal, tal, tal, y que no te queda mucha vida y tal, y tal, y tal”. No sabemos cómo va a reaccionar el paciente, por eso yo insisto, en estos casos hay que hacer entrevistas previas, el pasar la información a la familia. El profesional no sabe eso, entonces, como mediadora, mi trabajo es informar también al profesional, de pasar la información a mí.*

31:13 ( 0:28:36.20 [0:03:09.47] )

De acuerdo con Agnes, las reuniones posteriores con el personal sanitario suelen servir para contrastar opiniones:

*Después de la intervención, quedarse, pues unos momentos y ver un poco la opinión del mediador y digamos, contrastar un poco las opiniones de cada uno, o las valoraciones de cada uno.*

36:31 ( 0:42:50.16 [0:03:14.52] )

Los entrevistados afirman mantener a menudo reuniones con los usuarios de manera previa o posterior a la consulta. La mayoría coincide en la conveniencia de conversar con los usuarios con tal de poder intervenir orientándolos dentro de la cultura sanitaria. No obstante, se observa cierta dificultad a la hora de reunirse antes de una primera visita,

dado que el mediador no sabe quién es el usuario con el que va a interactuar, a menos que éste solicite una entrevista previa con él. Esto se debe a que en la mayoría de los casos, la solicitud de servicios ISP viene de manos de los profesionales de la salud.

Sin embargo, dado los largos periodos de espera, a menudo las reuniones previas con los usuarios se convierten accidentalmente, en obligatorias, muchas veces a pesar de la voluntad del propio profesional de la ISP. Si bien algunos entrevistados aprovechan los periodos de espera para recopilar información acerca de la salud del usuario, con tal de agilizar el intercambio informativo dentro de la visita médica, otros consideran dicha práctica improcedente. Algunos entrevistados evitan reunirse previamente con el usuario, aunque en ocasiones se ven en la obligación de esperar con él. Veamos cómo lo relata Shaid:

*Y después, con paciente, intentamos no, ¿qué pasa? A veces pasamos a la espera y te empiezan la historia tu familia, su origen, de dónde vienes, hasta que cuánto cobras. Oye, es que igual tienes que esperar, es que depende del estado médico, que cómo va el tiempo, a veces hay un retraso y a veces van en su tiempo. Pero estás veinte minutos esperando y no vas a escuchar un paciente durante veinte minutos, que no tienen que ver con su visita las cosas. Y sobre, a veces hay unos que vienen, te empiezan a explicar los problemas de su motivo de visita, nosotros, por mi punto de vista, como mediador, yo siempre digo “por favor, aquí mejor no”. Primero, aquí estamos en sala de espera, hay más gente que nos está escuchando. Después, igual tú vas a mí, ese es tu problema, que hay que decir, cuando tú me has dicho una vez a mí, tú has pensado que yo está ahí, tú has transmitido todas las cosas que querías decirme dentro de la consulta, y cuando yo me voy a entrar dentro de la consulta, depende del médico qué punto va a preguntarme, ahí podemos perder algunas información, y así una cosa, no tenemos que repetir dos veces. Pues yo, siempre, cuando yo me voy a entrar, yo digo “aquí no, cuando entramos dentro de consulta, vamos a escuchar todo, cómo vas a decir”. Entonces, como ya te digo, yo no soy un enfermero, entonces yo no debería coger una información fuera de consulta de un paciente, “oye, ¿qué te ha pasado?”. No, no es mi papel, no es mi trabajo. Así, para no perder información tampoco.*

9:20 ( 0:28:01.71 [0:02:35.48] )

Sin embargo, Dalila considera la reunión previa con el usuario una etapa fundamental de la ISP. La mediadora considera que dicha reunión permite entrar en confianza con el usuario. Afirma que en ausencia de una reunión previa, el primer contacto con el usuario resulta un tanto agresivo, pues se hace ya dentro de la visita, en donde se empieza con una breve presentación seguida de la interacción en la que se tratan intimidades del usuario. Fatou añade que, a menudo, aprovecha la reunión previa para intervenir culturalmente con el usuario (y, en caso necesario, sus acompañantes) en pro de la visita médica:

*Por ejemplo, en casos de la mujer, cuando viene acompañada del marido, “oye, por favor, si no vamos a entrar, no hace falta de entrar tu marido, porque no vamos a perjudicar también el encuentro”, porque no... A ver, sobre todo si hay, por ejemplo, casos de maltratos también, la mujer no puede decir nada si el marido está con ella. Y entonces hago la entrevista con el paciente, y luego, como... A ver, intento hablar con el marido, que es una cosa que no me mete el profesional aquí, que la cultura... A ver, que aquí en España es otra cosa, que no es como en Marruecos, el paciente es la mujer, no es... Intento explicarle que el paciente es la mujer, ¿ella que quiere?, ella que debe hablar, no él. Y le explico que “yo te entiendo perfectamente, que tú el marido y estás... Aver, estás ocupado de la situación de tu mujer, y tal, pero déjala hablar, por favor”. Ella, yo entro con ella si... Por ejemplo, siempre dicen “ella no entiende español”, y yo digo “pues yo entro con ella a explicar, si necesita algo tu mujer va a comentártelo”.*

31:14 ( 0:33:17.17 [0:01:30.09] )

Carmen considera imprescindibles las reuniones a solas con el paciente, pues parte de su labor como agente de salud comunitario consiste en prestar apoyo personal individualizado al paciente extranjero en situación de vulnerabilidad:

*La persona claro, te lo agradece, porque eres el único apoyo que tiene, y en la única persona con la que puede hablar. A mí, muchas veces me han venido, me han hablado, y cómo se han sentido, etc., etc. Entonces claro, les pasa igual. En este aspecto, humanamente, ya no entra parte de tu trabajo, ya es parte humana. Que tú piensas humanamente.*

37:26 ( 0:29:19.41 [0:01:32.36] )

#### Cooperación con los profesionales sanitarios

En este apartado relato cuál es la cooperación del personal sanitario con el profesional de la ISP, resaltando el reconocimiento (o la falta de él) que éstos aportan a la ISP y, por ende, el uso que hacen de sus servicios.

A menudo los mediadores trabajan juntamente con profesionales de la salud en la elaboración de proyectos, como la traducción y la adaptación de material informativo dirigido a usuarios de una comunidad determinada. Sin embargo, esta cooperación no es heterogénea ni a nivel de centros ni a nivel de profesionales. Agnes comenta que la manera de gestionar los encargos de ciertos centros obstaculiza una relación directa con otros profesionales:

*Depende un poco de la estructura y de la organización de cada centro hospitalario. Yo veo las diferencias entre [centros]. En [uno de los centros], estuvimos acogidos como un profesional más de la plantilla del hospital. Y también las condiciones que se nos ofrece, es como un trabajador más de la plantilla del hospital. Y los profesionales contactan contigo directamente, sea médico, sea enfermera, sea trabajador social. En cambio en [otro centro] el*

*sistema está montado de otra manera que siempre tiene que pasar por el trabajador social.*

36:41 ( 1:00:33.40 [0:02:10.02] )

Un buen ambiente entre los mediadores y los profesionales de la salud resulta esencial para alcanzar un resultado óptimo de los servicios prestados. Priya afirma tener muy buena relación con los profesionales de uno de los centros en los que trabaja. En cambio, Alí afirma que en algunos centros tal relación resulta casi inexistente. Dalila, por su parte insiste en su interés en participar en las actividades del personal del centro, con tal de fortalecer, entre otras cosas, su relación con los demás profesionales.

Si bien muchos profesionales de la salud recurren a sus servicios de manera habitual, gran cantidad de profesionales muestran reticencias hacia la ISP. Muchos llegan a prescindir de este tipo de servicios, aunque estén disponibles en el momento en que se percibe la posible necesidad. Agnes comenta:

*Hay un poco de todo, porque hay profesionales que sí que están sensibilizados, más sobre lo que es ser inmigrante en un país y que estés enfermo y la necesidad que tienes tú en aquellos momentos que se te expliquen bien las cosas o que te llegue bien la información que se te está dando. Y entonces, estos profesionales, en gran mayoría, pues solicitan el servicio, porque son conscientes, que pues se ha creado esta figura porque había la necesidad. En cambio hay otros que no usan mucho el servicio de mediación, por más que el usuario necesite, o por el hecho que hay barrera lingüística y no entiende bien lo que le comunica el médico, o él no puede decir bien lo que le está pasando, contarle bien, o porque puede haber una barrera cultural, y a pesar de esto, el profesional sanitario no solicita el servicio.*

36:25 ( 0:33:22.85 [0:01:15.24] )

De acuerdo con Fatou, el factor tiempo condiciona el recurso (o no) a la ISP:

*Algunos dicen que son pérdida de tiempo también, porque algunos yo hablé con ellos y me dijeron “a ver, voy a llamarte”, para llamarme es como pérdida de tiempo, para cada consulta normalmente siete minutos, ¿sabes qué quiero decir? Entonces, piensan que es como una pérdida de tiempo.*

31:19 ( 0:41:58.89 [0:04:00.97] )

En ocasiones, el profesional de la salud considera que el nivel de lengua del usuario es suficiente para la comunicación en el ámbito sanitario. Esta idea es a menudo errónea, pues un uso básico del idioma puede crear malentendidos en ámbitos de especialidad. Según Fatou, cuando esto ocurre muchos profesionales insisten en la necesidad del usuario de desenvolverse en el idioma autóctono. Además, muchos profesionales de la salud creen que si se ven capaces de diagnosticar una enfermedad y sugerir un tratamiento a un paciente a partir de sus conocimientos básicos de un idioma, la consulta

ya es viable. No obstante, Wei asevera que frecuentemente en estos casos la comunicación falla. Esta situación se ve agravada por el hecho de que muchos usuarios, por respeto al profesional de la salud, visto por ellos como una persona de jerarquía superior, asienten al escuchar sus explicaciones sin haberlas entendido. A causa de estos actos, el profesional de la salud tiene una idea errónea tanto del conocimiento lingüístico real del paciente como del éxito de la comunicación en la que prescinde de los servicios de ISP.

Algunos entrevistados afirman haber recibido quejas por parte de algunos usuarios a quienes profesionales de la salud les han negado la disposición de servicios de ISP, dentro del horario de prestación de los mismos. Igualmente, denuncian que el personal de la salud anime al usuario a traer un acompañante en detrimento del recurso a la ISP. Estas negativas, por parte del personal sanitario, a utilizar los servicios de ISP disponibles pueden tener consecuencias nefastas para el usuario, llegando, en ocasiones a incidir en su estado de salud.

Los entrevistados consideran interesante concienciar a los profesionales de la salud respecto de la ISP mediante actividades como charlas informativas, talleres y cursos formativos especializados en multiculturalidad y en cómo actuar en una visita médica a tres.

Si bien diferentes centros han realizado charlas informativas acerca del trabajo del mediador y cómo actuar con sus servicios, los entrevistados opinan que se deberían promocionar más los servicios prestados para que los profesionales de la salud observaran la importancia de su trabajo. En algunos centros se han estado impartiendo charlas formativas a los profesionales acerca de las características conductuales de las culturas inmigrantes predominantes, aunque Agnes reconoce que la difusión de estos conocimientos podría ser mayor, a la vez que admite que todavía quedan vacíos de conocimiento que se pueden ir llenando. Veena insiste en la necesidad de entender las diferencias culturales, teniendo también presente que cada persona es diferente:

*Ya han hecho cursos, (...) nosotras las mediadoras, también hemos dado formación a los profesionales de ámbito sanitario en varios centros. Practicar lo que es la mediación y para qué sirve, y para que ellos también... Porque hay gente que le interesa saber “¿por qué este paciente hace esto?”, y “¿por qué el otro que hemos visto?”, o “¿por qué empieza a actuar así?” (...) Hay profesionales de todos los niveles. Bueno, de todas las profesiones, ahí. Porque te dije antes, hay médicos, hay enfermeras, hay trabajadora sociales, hay... Entonces, cualquier persona que tiene contacto, o trabaja con un inmigrante, yo creo que necesitan, porque no pueden tratar lo mismo que una persona, porque es una cultura tan diferente, y además hay que entender que cada persona también es un ser humano y un mundo. Entonces no se puede poner a todos el colectivo en un sitio y decir “todos son así”. No son así. Es que ni todos catalanes son así, ni todos los españoles son así, ni los paquistaníes o gente de la India. Cada uno es*

*un mundo. Hay aspectos culturales, entonces sí, en común, pero luego también, cada uno tiene su manera de ser.*

21:7 ( 0:05:32.79 [0:01:47.38] )

#### Relación existente entre diferentes servicios de ISP

No existe ningún tipo de relación oficial entre los diferentes servicios de ISP ofertados en Barcelona y alrededores. El único tipo de relación institucional que se observa es el de aquellos centros que están vinculados oficialmente, como es el caso de ciertos hospitales, que trabajan codo a codo con ciertos CAP e incluso su personal sanitario está en contacto constante. En ocasiones se da el caso de que un mismo mediador intercultural abastece de servicios de ISP a todos los centros sanitarios de una misma zona, como es el caso de Wei.

A efectos prácticos se da una relación (aunque informal y no organizada) entre mediadores. Dalila explica que, ante la derivación de un paciente a otro centro, acostumbra a contactar con el mediador del mismo, con tal de advertirle de la necesidad del usuario.

Por su parte, Tariq revela la existencia de una coordinación espontánea desde que se han eliminado los servicios de ISP de algunos centros de salud. Gracias a dicha cooperación, en ocasiones, los profesionales de la ISP prestan sus servicios de manera esporádica en centros en los que no trabajan habitualmente:

*No sé, por culpa de la crisis, algunos centros (...) ya no tiene mediadores. Pues lo que pasa, que compañeros por ejemplo, ha recibido demandas, peticiones de otros centros porque no tiene mediadores. Piden, por ejemplo el usuario mismo, o al paciente que si conoce a un mediador, que traiga el mismo, de traer o de llamar a un mediador. Por eso he dicho, por culpa de la crisis hay una cooperación indirecta, no sé cómo explicarla, pero la cooperación también era una cooperación, y sigue siendo... cuando por ejemplo, un usuario, un paciente, que vive fuera de Barcelona, tenemos que hablar de recibir algún tratamiento, por ejemplo, sigue sus visitas después del alta médica, por ejemplo en un hospital muy grande (...) tiene que seguir un tratamiento en su CAP de su pueblo, nosotros tenemos que hablar directamente con el centro, si tiene mediador mejor, si no tenemos que hablar con el ayuntamiento para que pueda facilitar a este usuario su relación con su médico de cabecera, hasta que acabe su tratamiento. Se dan casos de que nosotros mismos (...) hacíamos este trabajo cooperativo, no se... Entre dos entidades, como [un hospital] y el ayuntamiento de un pueblo, por ejemplo, para que pueda la persona seguir su tratamiento, que es muy recomendable que haya cooperación, claro.*

26:27 ( 0:29:39.33 [0:02:16.77] )

Agnes afirma que es aquí donde ella introduciría cambios en los servicios de ISP existentes en el ámbito sanitario barcelonés:

*Pues en este sentido yo te podría decir, en mi opinión, que aquí es donde yo considero que tendría que mejorar, hay que mejorar mucho por el hecho que no hay, o sea, falta la coordinación entre las entidades. Y entonces lo que pasa, se duplican mucho los servicios y esto se podría evitar simplemente que los servicios sociales de tal barrio pueda contactar con el centro sanitario de tal barrio. O al revés, el centro sanitario que pueda contactar con el servicio social, servicios sociales. O un CAP que pueda estar en contacto con el hospital y comunicarle que este usuario había pasado por aquí y se le hizo tal, tal, tal prueba. Y entonces, este usuario llega a un hospital y se le vuelven a hacer todas las pruebas. Aquí, si hubiese más colaboración entre los centros, entre las entidades, se podía evitar muchas pruebas que se hacen, o sea, de manera doble.*

36:42 ( 1:03:18.21 [0:01:14.21] )

#### **4.2.4.4. Recursos de los servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés**

No son muchos los recursos materiales a disposición de los profesionales de la ISP, aunque les resultan suficientes, con algunas salvedades que expongo a continuación.

En algunos centros disponen de un despacho o una sala de uso común, aunque no en todos. En algún caso, dicha sala es la biblioteca del centro de salud. Por norma general, los entrevistados tienen acceso a ordenadores con conexión a internet, así como a un teléfono fijo. De este modo, tienen acceso a una intranet en la que registran sus intervenciones y mediante la que también les pueden llegar encargos por parte de los profesionales de la salud o localizar posibles usuarios de sus servicios. En el mejor de los casos, los centros sanitarios facilitan dispositivos de búsqueda o teléfonos móviles a los profesionales de la ISP, aunque Alí desvela que no en todos. El no disponer de dispositivos móviles supone un perjuicio para el profesional de la ISP, pues si le llega un encargo cuando se encuentra prestando servicios fuera del despacho, puede llegar a perderlo, dada la tardanza en su recepción.

Los centros facilitan también batas a los profesionales de la ISP con las que se identifican como trabajadores del centro, así como material de oficina (que incluye en algunos CAP, según Wei, una agenda gestionada por el personal administrativo):

*A mí me facilitan que abría una agenda, bueno, dos agendas, cada agenda en cada CAP y así que cuando un paciente, por ejemplo, en administrador, administrativa, cuando viene un paciente chino para pedir una visita, si ellos ya ven que puede ser que este paciente no va a entender en la consulta, a lo mejor le pregunta ¿necesita mediador?. Y entonces ya lo programa para el día que*

*cuando voy yo. Y entonces, cada vez cuando yo llego en el CAP, ya tengo mi agenda.*

33:15 ( 0:13:27.75 [0:00:55.74] )

No obstante, estos recursos se ofrecen de manera irregular en los diferentes centros. Priya confiesa:

*Hay algunos centros que todo el sistema va muy bien, cuando tú te presentas te dan una bata, te dan un código, te ofrecen un código para entrar en el programa, todo esto. Pero en algunos centros, no. Y además tú tienes que decir sí, como no existimos... Yo, de mi experiencia, experiencia que como no existimos, entonces algunas veces tenemos que decir que sí que existimos, necesitamos una bata, y todo esto...*

18:13 ( 0:11:47.24 [0:01:10.53] )

Los agentes de salud comunitarios cuentan, además, con los recursos necesarios para acceder a la comunidad y realizar sus labores de atención comunitaria, como furgonetas del Departamento de Salud para los desplazamientos por carretera. Carmen afirma haber visto progresar los recursos de su servicio. Afirma que con el tiempo se les ha facilitado un espacio de trabajo, ordenadores, etc. No obstante, el presupuesto disponible le sigue pareciendo escaso. Agnes opina al respecto de los recursos a su alcance:

*A ver ¿suficientes?, quizás que podría muchas veces mejorar en algunos aspectos, pero para desarrollar nuestro trabajo, podríamos decir que son suficientes. Porque primero tú lo que necesitas, diríamos es el conocimiento... o sea, el capital humano que tu llevas ¿no? y luego necesitas, claro un ordenador, porque luego todas las intervenciones que se hacen se tienen que introducir a un registro, entonces por eso el ordenador es fundamental tenerlo. Un teléfono también y más o menos, pues son los recursos, digamos básicos, que sí que están asegurados.*

36:19 ( 0:21:28.62 [0:00:53.29] )

Los servicios de ISP disponen de unos presupuestos bastante pobres. De acuerdo con Agnes, la mayor parte del dinero viene de subvenciones de organizaciones privadas:

*Podría decir que hay quizás una pequeña parte de subvención que sería de... del sistema público, pero en gran parte son subvenciones de fundaciones y de entidades privadas, como las que acabo de nombrar, pero Obra Social La Caixa que está subvencionando todo lo que es el proyecto de mediación intercultural en centros sanitarios.*

36:16 ( 0:17:46.52 [0:00:32.73] )

Además, los centros consideran la ISP un lujo extra del que se puede prescindir. Si algo es cierto es que la crisis económica se ve reflejada en los presupuestos de estos servicios. Carmen afirma:

*Bueno, sobre los presupuestos, a ver, se ve claramente la diferencia. Los presupuestos que ha habido en los años 2006, 2007, 2008 y los presupuestos que hay ahora. Claro, pero si miramos un poco la situación económica actual, tampoco nos podemos quejar. Mientras que podamos seguir dando este servicio, podemos decir que es un privilegio, mirando la situación económica en la que estamos. Y entonces yo creo que nos adaptamos a los presupuestos, aunque sean menos, que hayan disminuido, pero se puede adaptar el servicio a los presupuestos actuales y mejorar la calidad del servicio con menos presupuesto.*

36:43 ( 1:04:53.95 [0:00:52.17] )

#### 4.2.4.5. Beneficios obtenidos con los servicios de ISP

Alí insiste en el papel no intrusivo de la mediación intercultural al hablar de los efectos de esta práctica en la relación del personal sanitario con el paciente. Insiste en distinguir la mediación intercultural de la mediación de conflictos, afirmando que sus funciones se limitan a abrir las vías de comunicación. Aun así, se ha observado que la implantación de servicios de ISP ha mejorado considerablemente la relación entre el personal sanitario y los usuarios alófonos.

Los profesionales de la ISP aseguran que sus servicios han traído consigo las siguientes aportaciones a la relación entre el personal sanitario y los pacientes:

- Incremento de la tranquilidad de las partes y la confianza entre el médico y el paciente.

Tariq comenta:

*La confianza entre usuario y su médico de cabecera crecen y va creciendo. Y lo mismo del profesional que va acercándose más a la persona inmigrante y sabiendo cosas nuevas sobre él, sus costumbres, sus pensamientos en general.*

26:25 ( 0:25:42.41 [0:02:48.17] )

- Mejora del seguimiento y los tratamientos de los pacientes, gracias a un éxito en la comprensión.
- Optimización del uso de los recursos sanitarios por parte de los usuarios extranjeros.

Shahid comenta que tras su intervención:

*Ellos saben que es la urgencia, y que es que hay diferencia entre una urgencia y una visita normal, qué es un médico de guardia y qué es un médico de cabecera,*

*qué diferencia hay. Y segunda cosa, no se fallan muchas visitas. Ese que pasa a veces, antes como he dicho, que tiene que buscar una persona, no viene, no vienen. No hacían mucho caso. Aún hay quien se salta mucho, es verdad, da igual. Y por eso siempre intentamos, cuando vienen “oye, por favor, que no pierdes visita, algún motivo no puedes, pues mejor anular su visita, que así no habrá una lista de espera tan larga y poder aprovechar otra persona”.*

11:4 ( 0:03:14.39 [0:00:49.66] )

- Acercamiento cultural, con la interpretación tanto del lenguaje verbal como del no verbal.
- Trato más apropiado del paciente inmigrante alófono.
- Rotura de posibles prejuicios.

De acuerdo con los entrevistados, los centros sanitarios que ponen a disposición de sus usuarios servicios de este tipo consiguen:

- Respetar el derecho de todo administrado a acceder a servicios de salud pública.

Wei revela que este derecho se llega a incumplir en ausencia de servicios de ISP:

*Hay muchos chinos está quejando esto, pues dice que simplemente por un idioma no entiendo. Y yo llevo diez años trabajando aquí y si me pago la Seguridad Social y aquí no puedo... como es mi derecho y no puedo tenerlo.*

34:1 ( 0:00:12.93 [0:00:38.92] )

- Una mejor comprensión del sistema sanitario por parte del usuario extranjero, que se traduce en una optimización del uso de los recursos sanitarios.

Además de un menor número de visitas perdidas, Agnes explica que con una buena implementación de servicios de ISP se logra:

*(...) disminuir las visitas innecesarias al centro sanitario, porque si este paciente que tuvo la barrera lingüística y no sabía bien, bien, desenvolverse, pues a través del mediador se le transmitió, digamos, un poco como funciona el sistema y cuando tiene que ir a un médico de cabecera y cuando tiene que ir a urgencias y como tiene que desenvolverse. Entonces esto evita mucho, pues visitas innecesarias al hospital.*

36:40 ( 0:56:36.61 [0:02:14.12] )

- Un ahorro considerable de tiempo y dinero.

Dalila explica:

*Yo creo que facilitamos mucho el trabajo personal sanitario, aunque no lo parezca, ahorramos tiempo también, y ahorramos gastos, incluso. Porque una prueba tan simple... Bueno, simple... Una prueba, por ejemplo, como la colonoscopia, se ha de hacer con una serie preparaciones previas. Si yo no intervengo en un paciente para explicarle, un paciente y el médico, o el... Incluso la enfermera que está en las exploraciones complementarias en aquél momento, explicarle cómo se ha de hacer la prueba bien, se presentará el día de la prueba, perderá el tiempo y hará perder tiempo al personal, e incluso para la prueba y no estará bien limpia, no... Será un fracaso.*

19:29 ( 0:25:40.26 [0:01:05.33] )

- Evitar confrontaciones debidas a malentendidos culturales o a la falta de conocimiento sobre el sistema sanitario.

Veena argumenta:

*Yo creo que perdimos muchos conflictos. Te explico, una vez me llamaron de consultas, de recepción, que una administrativa me dice “por favor, baja o sube rápido porque hay un hombre aquí gritando en inglés y necesito que hables con él, porque ya no puedo más con él, llevo tiempo explicándole y no me quiere entender, me está gritando”. Subo y es un hombre doble, muy alto, muy fuerte, parezco como una niña comparado con él, lo tenía que así, mirar así, y a mí me miraba así. Y al momento de saludarle en nuestra manera, en nuestra lengua, el hombre me miró y se relajó un poco. Entonces me dicho... Bueno, antes de hablar con él, claro fui directamente a la administrativa y le pregunté “explícame ahora”, y me dice “esto, esto y lo otro”. Y entonces voy al señor, el señor me habla, empieza un poco de una manera agresivo, pero después habla poco y poco con él, se calmó. Y vi que claro, el hizo una... Tenía una cirugía, le operaban, y le hacen venir a la consulta con el médico, tuvo un problema con su familia, me parece que era que tenía que marchar rápidamente porque una urgencia con su familia, tenía que marchar a Pakistán, cuando volvió dijo “yo tenía cita tal fecha, me han operado y quiero que me visiten ya”. Y la administrativa dijo “no puedes ya porque hoy está toda la lista completa, no puede ser ahora”, pero entonces dice “¿pero por qué no viniste a cambiar la cita?”. Entonces claro, el hombre no cambió la cita, pero demanda una visita ya. Por eso estaba y le dice “me puede pasar cualquier cosa”. Entonces yo le dije... Yo estaba allí entre los dos, mediando, fui a hablar con el médico, fueron a hablar con la administrativa, y yo le dije “no hay ningún problema, que si le pasa cualquier cosa, puede ir a urgencias, pero no me parece que tendrá que visitar ya”. El hombre se tranquilizó, se quedó muy contento, y se fue contento. Entonces claro, es cultura, porque allí te vas y tú pides una visita de tal día y te lo dan. Porque claro pagas todo allí, y*

*aquí es un sistema sanitario público. Entonces claro, es explicarles un poco para que... ¿Sabes? Para que no hayan conflictos.*

21:15 ( 0:13:57.02 [0:02:29.78] )

- Promocionar el centro entre la población inmigrante alófono, con lo que consiguen una mayor afluencia de usuarios.
- Atender a una población más amplia, haciendo decrecer los posibles riesgos de exclusión.

Mei argumenta:

*Yo pienso es importante porque si no, yo pienso, seguro puede excluir este colectivo. Porque es muy fácil decir "mira, no te puedo atender porque no te entiendo". Y sé que entonces es como una exclusión, ¿no?, a este colectivo. Porque no siempre ellos están disponibles de alguien, porque todo mundo está trabajando, o que alguien, si hablan castellano sus amigos, familia, pero no siempre está disponible siempre. Y por eso estamos aquí.*

13:14 ( 0:08:58.52 [0:00:38.77] )

- Un aumento de la confianza del usuario inmigrante en el sistema sanitario

De acuerdo con Agnes:

*Muchas veces, simplemente por el hecho de ver una persona que sea de su cultura, de su país, esto también le da como un poco más de confianza en el sistema sanitario.*

36:38 ( 0:54:41.60 [0:00:57.44] )

Los beneficios que los profesionales de la ISP creen que sus servicios han reportado al personal sanitario son:

- Un mayor éxito en la comunicación
- Una mejora en la calidad asistencial
- Una mayor concienciación multicultural, que supone un acercamiento del profesional y el usuario inmigrante alófono

Agnes asegura que la ISP ha contribuido al:

*Enriquecimiento cultural porque donde hay tanto la conversación previa como post-mediación con el profesional ahí, pues entras con temas culturales y se habla de cosas, pues sobre la cultura de tal país, o sobre tal país.*

36:37 ( 0:53:08.07 [0:01:20.92] )

- Una promoción de los sentimientos de tranquilidad y comodidad de las partes
- Un mayor éxito en los diagnósticos y las pruebas médicas.

De acuerdo con Priya, la ISP previene que los profesionales de la salud lleguen a “diagnosticar una enfermedad incorrecta”.

- Una adaptación de las prácticas médicas a la realidad cultural del usuario

Según Ikram:

*Gracias, bueno, al mediador o a la mediadora, pues ellos se enteran de cosas (...) y ya lo entienden e intentan, pues ellos también, pues amoldarse a la medicina. O sea cualquier cosa, y respetar lo que es la cultura y la religión, ¿no? Me ha pasado muchas veces con los... En el mes de ramadán, que es el mes del ayuno para los musulmanes y los diabéticos, pues ellos no entienden como tienen que hacer el ayuno si tienen que comer cinco veces al día, y la insulina y todo eso.*

23:29 ( 0:17:56.03 [0:01:00.16] )

- Una disminución de los riesgos médicos.

Los beneficios que la sociedad recibe de la implantación de servicios de ISP en el ámbito sanitario son, en opinión de los entrevistados:

- Un favorecimiento de la integración

Agnes sostiene:

*Sobre la sociedad en general, yo creo que en conjunto, un poco... a ver, un ciudadano inmigrante, o un ciudadano extranjero, si recibió una buena atención sanitaria, esto pues le ayuda a integrarse mejor en la sociedad. Y entonces esto, es para el conjunto de la sociedad, es como un granito de arena que aporta a la sociedad.*

36:40 ( 0:56:36.61 [0:02:14.12] )

- Una eliminación de prejuicios.

De acuerdo con Dalila, gracias a la ISP los profesionales de la salud (y, por extensión, la sociedad):

*Son más sensibilizados, la sociedad es más sensible a lo que es una persona de origen cultural diferente. Hacemos un papel como de borra-prejuicios.*

19:32 ( 0:29:09.23 [0:00:14.34] )

- Una mayor prevención de enfermedades.

Carmen expone:

*Hay algunas patologías que se pueden evitar a que no se extiendan en la sociedad, que llaman enfermedades sociales, por ejemplo, la tuberculosis. Si se detecta, entonces, el agente ya están... Con los agentes y con los sanitarios, que están en el tema, ya informan a la gente, ya les hacen seguimiento para que todos los que están en torno a esta persona puedan ser tratados, a fin de que no se extienda más la patología. Yo creo que ese es un beneficio para la sociedad, y evita que la enfermedad se propague, ¿no? Más.*

37:32 ( 0:33:40.06 [0:00:50.85] )

- Una promoción de la convivencia pacífica

Fatou argumenta:

*A ver antes hay muchos problemas con los inmigrantes, ¿por qué?, porque no saben cómo funciona el sistema sanitario, cuestión del turno, que ya vienen de cultura que... A ver, ya vienen y se sienten mal, empieza a gritar, y quiere entrar, no hay que... Entonces, intentamos darle información, cómo funciona el sistema sanitario, y entonces hay cambios. Por ejemplo, hay pacientes que están en hospitalización gritando, vienen mucha gente a visitarlos y que normalmente se quedan ahí dos o tres horas, habitaciones que son compartidas con otro paciente, el otro está enfermo y necesita también descanso, el otro está hablando chillando, tiene sus amigos, su familia y tiene cultura que vienen a visitar a los pacientes mucha gente. Intentamos al pasarle la información que “por favor, que pasen solo dos y con... A ver, sin gritos”, y siempre también está... Está contento con nosotros, pero...*

32:2 ( 0:01:03.12 [0:01:15.19] )

De acuerdo con los entrevistados, los beneficios directos de la implantación de servicios de ISP para los usuarios son:

- Un mayor éxito en la comunicación en ámbito sanitario

Wei comenta:

*Para usuario en el nivel, yo creo que emocional, esto primero, esto ya le tranquiliza bastante. Eh... y luego segundo es como... se puede entender ¿no?, por lo menos qué está pasando o tener un poquito más de informaciones, porque realmente hay muchos chinos en... cuando no pueden... no pueden sentir como satisfechos con la sanidad española aquí.*

33:36 ( 0:46:36.49 [0:00:32.69] )

- Un decrecimiento de las preocupaciones y sentimiento de intranquilidad del usuario

De acuerdo con Alí:

*Al estar el mediador, es como se siente más cómodo, más contento, o sea, más que puede explicarlo todo.*

28:32 ( 0:32:32.77 [0:02:26.54] )

- Un favorecimiento de la integración de los inmigrantes alófonos
- Una mayor autonomía del paciente inmigrante alófono dentro del sistema sanitario

Los usuarios alófonos de los servicios de salud pública no dependen tanto de terceras personas para programar visitas médicas, pues la comunicación les es facilitada por una profesional de la ISP.

Dalila expone que, con el paso del tiempo ha observado que sus usuarios ganan autonomía, de manera que adapta sus servicios a las necesidades de cada usuario en cada momento:

*Yo, a lo largo de estos años, he observado que los usuarios han obtenido autonomía. Que, para mi punto de vista, es el objetivo de la mediación. Yo no ofrezco el mismo servicio ni hago el mismo asesoramiento, o el mismo acompañamiento, un usuario recién llegado que aún usuario que ya lleva aquí visitándose cuatro años. Intento o, yo intento el mismo asesoramiento. Cuando le acompaño físicamente, como acompañarle cuando está en la habitación ingresado, yo no hablo como si esté tomando café con una amiga. No, yo le estoy dando información para que siga su camino hasta la autonomía. Y sobre todo con las mujeres, que son las que tienen problema de idioma, siempre les asesoro de que tienen que aprender el idioma. Tiene que aprender idioma, tienen que saber coger autobuses, tienen que saber venir solas al hospital. Y este es un papel... Es que es un... Es muy importante lo que es el papel de mediación, fomentar la autonomía del paciente.*

19:30 ( 0:26:55.07 [0:01:09.12] )

- Un mejor conocimiento de los servicios que la sociedad de acogida pone a su disposición

Carmen asegura:

*¿Para los usuarios? El beneficio ha sido también el agente, que ha podido abrir esta vía, digamos este puente, facilitar este encuentro, ¿eh? Entre el acceso a los medios sani... A los centros y conocimiento de ello, porque muchas veces, las personas, por falta de conocimiento de las cosas, no las hacen. Y, o sea, que ha servido de beneficio para ellos porque han conocido más servicios, servicio de*

*comedores, servicio de asistencia de asistentes sociales, servicios de formaciones, digamos, que pueden dar algunas entidades, cómo se llega aquí. O sea, que sí, sí, se han beneficiado también.*

37:30 ( 0:31:56.65 [0:00:46.18] )

#### 4.2.4.6. Aspectos mejorables de los servicios de ISP

Según los profesionales de la ISP, sus servicios necesitan mejorar en los siguientes aspectos:

- Creación de un foro de mediadores

Los entrevistados consideran conveniente celebrar reuniones de profesionales de la ISP en las que se puedan discutir asuntos de interés de la profesión e intercambiar experiencias.

- Oferta de seguimiento, supervisión y formación continua
- Aumento de la concienciación y difusión

Los entrevistados consideran necesaria una concienciación de los profesionales de la salud respecto de los servicios de ISP y una difusión de los mismos. Dado que este punto se ha tratado en extensión en el apartado 4.2.4.3., no entraré en más detalles.

- Aumento de la interacción con los profesionales de la salud

Nadia sugiere:

*Y bueno, yo creo que hay que tener una reunión entre los médicos también, entre los administrativos también, entre los mediadores también. Y eso, creo que mejorará mucho más, bueno, con los pacientes, con la sociedad.*

16:34 ( 0:30:42.75 [0:00:42.79] )

- Optimización de las condiciones laborales

Los entrevistados recalcan la necesidad de que se adecúen las condiciones de trabajo a las necesidades reales de prestación de estos servicios. Veena solicita:

*Ampliar el horario, eso sí. Ampliar el horario porque es muy... Es mucho trabajo para muy poco tiempo, no llegamos a todo.*

22:7 ( 0:01:57.02 [0:00:36.17] )

- Optimización de los recursos disponibles

Como se ha comentado en el apartado 4.2.4.4., algunos mediadores interculturales y agentes de salud comunitarios insisten en que se tendrían que mejorar los recursos que tienen a su disposición.

- Realización de estudios de las necesidades

Dalila propone:

*Un estudio de campo en el hospital, donde más servicios hay, pacientes de origen cultural diferente. Entonces, ahí insertar el mediador como, no solo como cuando se me presenta el paciente paquistaní, o el paciente marroquí, o rumano, no entiendo lo que me dice, y llamo rápidamente a la mediadora que ni siquiera la he visto nunca, ¿vale? No, ya la habré visto en una sesión, y ya sé quién es, sé cómo trabaja y... Es estar más con contacto diario sin haber paciente por medio, simplemente porque somos personal aquí, con el resto del personal sanitario.*

19:38 ( 0:34:06.53 [0:00:53.24] )

- Prestación de una asistencia individualizada

Agnes defiende:

*¿Lo que mejoraría yo?, pues yo optaría, digamos, para mejorar un poco, lo que es la asistencia individualizada a la persona, la interacción con la persona. (...) Porque se da en muchos casos que va todo de manera tan mecánica y echo en falta como un poco más de implicación, digamos emocional. (...) En conjunto, en conjunto, mediador con profesional sanitario, en conjunto. No trabajar de manera como si fuéramos máquinas, ¿sabes?, porque aquí el usuario, cuando está enfermo sobretodo, es mucho más vulnerable y entonces espera un poco más de que esta forma tan mecánica.*

36:45 ( 1:06:59.70 [0:01:52.75] )

- Trabajo en red

Como se ha expuesto anteriormente, Agnes sostiene que un trabajo en red tanto por parte de los profesionales de la salud como de los profesionales de la ISP haría decrecer costos y la duplicación de servicios.

#### 4.2.4.7. Comunicación con usuarios alófonos en ausencia de servicios de ISP

Las soluciones aportadas al problema de incomunicación en el ámbito sanitario cuando no se cuenta con servicios de ISP incluyen:

- Comunicación por gestos

Priya explica cómo algunos profesionales de la salud admiten comunicarse mediante gestos con sus usuarios en ausencia de sus servicios:

*Los profesionales, algunas veces dicen que “entendimos con gestos, los usuarios dicen sí, no”, “bueno he entendido”, pero muchas veces es mentira. Es mentira porque la mayoría de los usuarios, aunque entiende un poquito castellano, pero no perfectamente, especialmente las palabras de medicamento, o términos médicos, no entienden. Si el médico dice “tienen bronquitis”, están como asustadas “¿qué es bronquitis?”*

18:28 ( 0:21:18.69 [0:02:00.39] )

- Uso de material lingüístico en varios idiomas

Los profesionales de la ISP elaboran material informativo para su distribución entre los usuarios alófonos. Tariq expone:

*Hacemos traducciones de elaboración de trípticos también, y traducirlos. Y aquí también, tengo que citar una cosa al respecto, porque son un orgullo para nosotros, es la elaboración de una guía, o se llama Manual educativo sobre tuberculosis, que se ha hecho aquí y se ha traducido a, creo, al árabe, al urdú, al rumano, al chino.*

26:19 ( 0:18:07.64 [0:02:02.36] )

- Intervención de acompañantes

Muchos usuarios acuden a los centros de salud acompañados por una tercera persona que actúa de intérprete *ad hoc*, a menudo, aconsejados por profesionales de la salud. Habitualmente, cuando la persona va acompañada, no se recurre a la ISP.

Veena explica cómo estos acompañantes pueden cometer errores involuntarios, que no cometería un profesional de la ISP:

*Delante de mí ha pasado, porque una doctora que estaba ella por otra visita, me dice “quédate aquí, a lo mejor el otro te necesita”. El paciente entra con su familiar o con su amigo, y entonces claro, cuando alguno habla castellano, yo les dejo que hablan, yo estoy allí para intervenir cuando veo que hay un problema. (...) No les explican nada, no le dejan oportunidad de preguntar nada tampoco. Es horrible... (...) Ni giró una vez, se contestó él mismo la mayoría de las preguntas, ¿sabes?*

*De lo que él piensa que ha visto o pensaba del paciente, iba preguntando. (...) Y yo decía “un momento, por favor. Es que esto es el paciente, él tiene derecho de saber lo que está preguntando la doctora, y tiene derecho de contestar”.*

21:8 ( 0:07:29.59 [0:01:46.33] )

- Acompañantes menores de edad

Shahid resalta la importancia de no recurrir al uso de niños como intérpretes *ad hoc*:

*Siempre les aconsejamos a los padres, que un niño de doce años, igual habla muy bien español y catalán, ha estudiado aquí ... Pero, por favor, cuando vengas en hospital o algún sitio, necesitáis alguien que ¿entiendes?, no acompaña ellos, como un mediador o un traductor. (...) Es que ha pasado, decir cosas. Y un niño, cuando va a entrar, entra dentro de una consulta, por ejemplo en ginecología, ¿una madre cómo puede decir todo su historial a un niño de doce años? Pues llevamos un mes sin agenda, traigo, dice “oye, es diabética”, o “esa persona tiene hepatitis”. Y si un niño de doce o trece años, va a decir, pero no sabe qué es eso. Es las cosas que han pasado, es verdad.*

9:10 ( 0:10:59.34 [0:01:21.10] )

## 4.2.5. Formación en ISP

### 4.2.5.1. Instituciones formadoras en ISP

Los programas de formación vienen de manos de diferentes asociaciones relacionadas con el ámbito de la inmigración (como Bayt-al Thaqafa), del ámbito de la salud (como Salut i Família), instituciones sanitarias (como ASEPEYO), fundaciones (como la Obra Social la Caixa) u organizaciones relacionadas con los servicios públicos (como Barcelona Activa). También se ven involucrados centros universitarios, como la Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu.

Los cursos de especialización como agente de salud comunitario se suelen impartir en la Unidad de Medicina Tropical del CAP Drassanes. Como requisito de entrada se exige haber cursado una formación previa en mediación intercultural.

### 4.2.5.2. Contenidos de los cursos de formación en ISP

La mayoría de los entrevistados han realizado un curso formativo fruto de un programa de mediación intercultural, que surge de un convenio entre La Obra Social la Caixa y del Institut d'Estudis de la Salut (IES). No obstante, hay otras instituciones que han formado a mediadores interculturales, como la entidad Desenvolupament Comunitari, Barcelona Activa, la Fundació Bayt-al Thaqafa, junto con el EUI Sant Joan de Déu o Salut i

Familia. La formación de agentes de salud comunitarios, por su parte, viene de manos del el CAP Drassanes.

Los cursos realizados por los entrevistados suelen tener una duración de entre uno y tres años. Todos coinciden en tener sesiones teóricas seguidas de periodos de prácticas en centros sanitarios. Las sesiones teóricas tratan un gran abanico de temas, entre los que se incluyen:

- El sistema sanitario: Se tratan especificidades del sistema sanitario autóctono, en comparación con los de los principales países de origen de la inmigración:
- Técnicas de comunicación intercultural en el ámbito sanitario

Dalila afirma haber profundizado en técnicas propias de la situación comunicativa en ISP:

*Se basaban sobre la comunicación, la multiculturalidad, la interpretación en la traducción, y a desarrollar más habilidades personales. Como técnicas de PNL, que tanto te enseñan, tanto para la vida cotidiana como para la vida profesional.*

19:6 ( 0:03:19.50 [0:00:34.56] )

- Traducción e interpretación

Tariq constata haber destinado tiempo formativo a aspectos relacionados con la traducción y la interpretación, aunque éstos se trataron muy sucintamente:

*Ahí nos hicieron además del curso, unas pinceladas sobre la traducción, tampoco era muy profundizada, sólo unas pinceladas, como el perfil del traductor-intérprete. Y después, teníamos que buscarnos nosotros la bibliografía de Google: ¿cómo es un traductor?, y la diferencia entre el traductor e intérprete, o mediador.*

26:5 ( 0:02:58.17 [0:01:09.66] )

- Perfil profesional: mediación intercultural y agente de salud comunitario

Parte de los cursos realizados por los entrevistados van dirigidos a delimitar el perfil profesional en el que se estén especializando. Alí explica:

*Pues, el que ha hecho La Caixa, es mediador en el ámbito sanitario, o sea, es como muy amplio, o sea, muy importante, pero claro, al aplicarlo, no es lo mismo que lo que hemos recibido en esta formación, todos los años que hemos hecho. Entonces claro, al mismo, cuando hay un caso, ciertas cosas no puedes, o sea, aplicar todo esto que estamos... Ahora sí, la agente de salud comunitaria, jo crec que... Porque claro, en lo que hemos recibido en esta formación de mediador, es transmitir el mensaje, pues no puedes... Cuando, por ejemplo hay un problema, o hay un conflicto, o esto, no puedes según lo que hemos aprendido, es solo transmitir el mensaje, y no tienes. Ahora, en cambio, el agente de salud*

*comunitario, tienes por ejemplo, que puedes tú informar el caso, por ejemplo, de su enfermedad y explicarlo todo, o sea, más, digamos más libertad, en cambio... Lo que pasa en agente de salud comunitario ya no.*

28:7 ( 0:04:23.82 [0:01:23.56] )

- Ética profesional: Se tratan aspectos éticos de la profesión como los límites del perfil profesional, la confidencialidad, la necesidad de traducir todo lo que se diga en la reunión trialógica, etc.
- Problemas de salud comunes en los pacientes de la cultura de trabajo

Una vez empezado el período de prácticas, tal y como exponía Fatou cuando se refería a la formación continuada, los aprendices de mediador intercultural se encuentran bajo la supervisión constante de un superior jerárquico que les guía hacia una buena práctica.

#### 4.2.5.3. Aspectos que requieren mayor formación

Los entrevistados considerarían conveniente profundizar más en:

- Formación en ISP en otros ámbitos

Mei consideraría interesante que los programas formativos en ISP abarcaran una mayor gama de ámbitos de trabajo:

*Yo creo que este curso puede ser más amplio, amplio en más sectores, porque ahora mismo este curso solamente es especializado en ámbito sanitario, pero yo lo veo que es allí más posibilidades en muchos ámbitos: el judicial, o en escolar, yo pienso puede también ampliar.*

12:6 ( 0:03:33.81 [0:00:26.29] )

- Terminología propia del campo de especialidad

A pesar de ser conocedora del ámbito en el que trabaja, Ikram se muestra interesada en recibir formación específica en terminología médica.

- Supervisión

Tal y como se ha tratado en apartados anteriores, los entrevistados se muestran muy interesados en la posibilidad de contar con un superior jerárquico a quien poder consultar las dudas que les vayan surgiendo del trabajo diario.

- Técnicas de traducción e interpretación

Tariq resalta la necesidad de que los mediadores aprendan técnicas propias del campo de la traducción y la interpretación:

*Pues, justo este punto, me gustaría que nos dieran, o que dieran a los futuros mediadores, una formación adicional sobre las técnicas de traducción. Porque no basta con saber dos idiomas, hablar dos idiomas, para poder ser mediador. No, es justo este punto, es muy crítico para.... Porque no.... Durante la entrevista que hacen para poder seleccionarte como... ¿No? Como mediador, no te piden un nivel, digamos alto, ¿no? De comunicación en castellano-árabe, sólo, no sé ahora sí ha cambiado un poco la... ¿No? Los criterios de selección, pero creo que deben de obligar al alumno, que hable y también sepa traducir e interpretar del castellano-catalán, a su idioma materno.*

26:6 ( 0:04:15.56 [0:01:13.79] )

#### 4.2.5.4. Formación continua

Como se ha comentado en el apartado 4.2.4.6. (referente a los aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados), a lo largo de la entrevistas, se insiste en la importancia de recibir una formación continua (más allá de la que han estado recibiendo, algunos de ellos, en el marco de los proyectos formativos).

#### 4.2.6. Funciones del profesional de la ISP

Las funciones que ocupan a los entrevistados incluyen:

- Interpretación

Una de las funciones principales de los entrevistados es la de facilitar la traducción de los mensajes orales que intercambian los profesionales de la salud con sus usuarios. Mei sostiene:

*Nuestra función es esto, hacer como un puente y los pacientes les cuesta mucho expresarse, especial cuando los términos técnicos. Por ejemplo, medicina, todo enfermedades, estos son muy profesional, muy específico y ellos no entienden nada. Y entonces, estamos aquí para ayudarles, tanto a los profesionales como a los pacientes.*

12:14 ( 0:09:36.32 [0:00:33.90] )

Cabe destacar que las situaciones no se limitan a la conversación dentro de una visita trialógica, sino que también se realizan charlas informativas acerca de problemas de salud concretos.

- Mediación en malentendido cultural

Fatou explicita la importancia de la mediación en caso de posible malentendido cultural aportando un ejemplo:

*Son dos culturas diferentes y entonces, la comunicación no verbal también hay que explicarle al profesional. Por ejemplo, te digo un ejemplo, la mirada. Los árabes, la mirada es una falta de respeto, la cultura árabe. Aquí, la mirada, por ejemplo, es como... ¿Cómo voy a explicarte?, Es interés al paciente, y para escucharlo y darle... A ver, escucharlo bien y darle atención. El profesional, aquí, autóctono, que es español, es la cultura española, pero en la cultura árabe es falta de respeto. Y siempre me preguntan puntos “¿por qué el profesional está mirándome así?”. Entonces, en el profesional te pregunta “¿qué está diciendo?”, y hay que explicar esto.*

31:6 ( 0:12:30.07 [0:02:44.62] )

- Traducción de material

Otra de las funciones de los profesionales de la ISP es la de traducir textos necesarios para una óptima implementación de los servicios públicos en los que se inscribe su labor. Los entrevistados afirman traducir material de diversa índole, como folletos sobre problemas médicos, anuncios, normas, edc. No obstante, algunos mediadores no se ven capacitados para realizar traducciones importantes. En este sentido, Fen comenta:

*No, nosotros... yo creo que no tengo un nivel para traducir un libro o traducir en una conferencia. Yo soy mediador, no más.*

29:28 ( 0:31:33.76 [0:00:10.75] )

- Acompañamiento

En ocasiones, dada la imposibilidad de comunicarse con los profesionales de los servicios públicos, el profesional de la ISP acompaña al usuario a otros servicios donde se le ha redirigido, ya sean internos o externos al sistema sanitario. Fatou relata:

*Pero, los trámites de papeles y todo esto que... Hay que explicar esto también, porque vienen aquí hospitalizados y piden ayudas. Aquí siempre no da ayudas, hay que ir al centro del barrio, del centro social del barrio, y entonces hay que... Y entonces, hay una colaboración entre... Y si el paciente no habla bien, nos pide acompañamiento, en este caso hacemos acompañamientos con el paciente a otros servicios. A ver, yo hago este tipo de mediación. Es una... Por eso te digo, es una mediación, pero también hay acompañamiento a los servicios.*

32:5 ( 0:04:21.72 [0:00:50.01] )

Igualmente, Mei ha hecho acompañamientos a representantes de la Administración:

*En algunos he acompañado a los agentes de Sanitat, para hacer inspección de Sanitat a los restaurantes regentados por ciudadanos chinos.*

12:4 ( 0:01:56.05 [0:00:49.90] )

- Orientación cultural

Los profesionales de la ISP se encargan también de orientar al usuario dentro del sistema sanitario, así como, en ocasiones, dentro de la red de servicios públicos.

Uno de los problemas predominantes entre los usuarios extranjeros es el desconocimiento del sistema sanitario. El profesional de la ISP dedica parte de su tiempo a explicar las especificidades del mismo a sus usuarios. Mei explica que una de sus funciones consiste en:

*Transmitir como tienen que solicitar la sanidad, la tarjeta sanitaria, porque aparte de esto, también no saben muchas cosas, no saben dónde tiene que ir solicitar, qué papel necesita. Todo esto, y también les estamos dando la información.*

13:13 ( 0:08:22.55 [0:00:21.35] )

- Tareas de difusión de los servicios

Los profesionales de la ISP lideran actividades de difusión para dar a conocer sus servicios a los profesionales, así como las especificidades culturales de los usuarios. Priya expone:

*Sí que piden algunas veces charlas. (...) ahora me han pedido que tengo que preparar una charla, que tenemos una reunión de profesionales que explican los sistemas sanitarios de Pakistán.*

18:21 ( 0:16:25.14 [0:00:39.25] )

- Funciones más allá de su perfil

A menudo los profesionales de la ISP asumen funciones que suelen ser más propias de otros profesionales, como:

- Tareas de administración

Nadia confiesa realizar tareas propias de un auxiliar administrativo:

*Yo, bueno, aunque no es nuestro trabajo, (...) doy visitas, a los pacientes, aunque son de aquí, los españoles o son de mi país, doy siempre las visitas, aunque no*

*es mi trabajo. (...) Es como un trabajo, como administrativa ahí también. Como administrativa. Aunque no es mi trabajo, pero le ayudo a mi compañero.*

16:20 ( 0:11:41.02 [0:00:27.18] )

- Realización de encuestas

Mei revela haber participado en la realización de estudios de investigación:

*Por ejemplo, hemos también participado en Agencia de Salud Pública. Hemos participado a un proyecto sobre alimentación infantil, de los hábitos saludables en los colectivos inmigrantes, hicimos encuesta piloto para recoger las informaciones sobre hábitos de colectivo.*

13:5 ( 0:03:41.96 [0:00:30.72] )

- Contacto con diversas instituciones

Agnes afirma encargarse de contactar con otros servicios en nombre del usuario, esto incluye:

*Gestiones junto con la trabajadora social, como es contactar con el consulado en caso de usuarios que son indocumentados. Y esto, pues es todo un proceso que llevamos a cabo a veces por nuestra cuenta o en conjunto con la trabajadora social.*

36:22 ( 0:27:13.42 [0:03:17.20] )

- Apoyo personalizado

Wei afirma destinar parte de su tiempo a interesarse por sus usuarios:

*Y esto a lo mejor voy sola, a lo mejor, a veces. Y entonces, aprovecho para hablar un poco más con ellos, si está en nivel, está ingresado, es como para hacer un poco compañía también, si hay... es necesario.*

33:30 ( 0:34:28.15 [0:01:03.59] )

A modo de resumen presento un par de definiciones para resaltar las diferencias existentes entre el papel del mediador intercultural y el del agente de salud comunitario:

De acuerdo con Dalila, las funciones del mediador intercultural son:

*Facilitar la comunicación y prevenir los conflictos. Y asesorar, tanto al personal como al paciente. (...) Explicar todo lo que es el sistema sanitario, ¿no?, y aunque sea los diferentes servicios del hospital, diferenciar lo que es en el hospital las urgencias, el CAP. Explicarle lo que es el sistema sanitario.*

19:15 ( 0:12:21.81 [0:01:09.38] )

Según Veena, el mediador intercultural se ocupa de las tareas de:

*Traducción, interpretación, y mediación cultural, mediación religiosa, [así como de] prevenir conflictos [culturales].*

21:3 ( 0:02:16.48 [0:00:43.95] )

En cambio, Carmen asegura que el agente de salud comunitario da un paso más y se encarga de:

*Transmitir, informar, sensibilizar, una función. Y luego, realmente, no sé... Formar también, es... Orientar a la gente. Y luego, para que se... Bueno, dar a conocer realmente el funcionamiento sanitario, el acceso a los servicios... (...) Y luego, también hacer de puente entre, digamos, los profesionales y la comunidad.*

37:17 ( 0:15:31.98 [0:00:48.71] )

- Actividades educativas, promoción y realización de pruebas médicas

Los agentes de salud comunitarios se ocupan de actividades educativas, como talleres o charlas, sobre temas de salud.

- Localización y seguimiento de pacientes

Fatou explica que en ocasiones se ocupa del contacto con los usuarios:

*Por ejemplo, te digo, hay trucadas telefónicas, hay que llamar al paciente, porque hay pacientes que no siguen. Ahí no hay seguimiento de tratamiento, hay que llamarlos, sobre todo a los que tienen... A ver, enfermedades que tienen relación con salud pública, por ejemplo, tuberculosis. Y entonces, la gente no viene, la confusión también juega, porque no saben lo que es la gravedad que tiene, ¿sabes?, una tuberculosis. Como una, estaba ya afectada la salud pública, y llamamos al paciente, intentamos a localizarle, explicarle la gravedad de la enfermedad que tiene y tal.*

31:4 ( 0:03:15.46 [0:02:53.46] )

- Explicaciones médicas y consejos sanitarios

Los agentes de salud comunitarios, tal y como hemos visto en el apartado 4.2.2.2., ofrecen explicaciones y consejos médicos básicos, sin necesidad de la intervención de un profesional.

Aunque muchos miembros del personal sanitario entienden la función del profesional de la ISP, un gran número no acaba de asumir correctamente cuáles son sus funciones. Normalmente, la comprensión se consigue con el contacto con este tipo de servicios, pues los profesionales de la ISP se encargan de hacerle entender al personal sanitario cuáles son sus funciones. Fen destaca la importancia de hacerlo para evitar que los profesionales de la salud piensen que se quiere invadir su terreno profesional:

*Con ese trabajo, hay que explicar una cosa. Nosotros son mediador, no son médico ni enfermería ¿vale?, nosotros solamente para facilitar la comunicación. Entonces, como se llama... la toma la decisión siempre es médico y el paciente, no somos nosotros. Nosotros solamente apoya y ayuda y nada más. Ese tema es muy importante, porque la gente, a veces, la gente que trabaja puede pensar que nosotros quería entrar para hacer su sitio, pero no, nosotros hace su trabajo y finito.*

29:12 ( 0:08:48.01 [0:02:04.77] )

Fatou menciona que algunos profesionales dudan de la necesidad de sus servicios en los tiempos que corren, mostrando sorpresa cuando ven que éstos se mantienen a pesar de la crisis económica actual:

*Hay de todo, algunos entienden y algunos no. Y con la crisis ahora es más, ¿por qué? Porque siempre nos miran como “¿y tú, todavía estás trabajando aquí en el hospital? ¿No te echan a la calle?”, con la crisis. Antes no. Pero ahora sí, la gente dice “los profesionales también tienen una...” A ver, entre comillas...*

31:9 ( 0:19:29.15 [0:00:28.31] )

Igualmente, si bien muchos usuarios han llegado a comprender las funciones de los profesionales de la ISP, los mediadores manifiestan que algunos les llaman traductores o les confunden con trabajadores sociales. Además, en ocasiones les hacen preguntas fuera de la consulta que no pueden responder, dado que éste sería el papel del profesional de la salud. Asimismo, llegan a recibir críticas por parte de los usuarios si intentan mantener las distancias con ellos, como muestra de profesionalidad. Al pertenecer a la misma cultura, el usuario tiende a sentirse cercano al profesional de la ISP, lo que amplía sus expectativas hacia el trabajo del mismo. Veena explica:

*Tengo que luchar mucho para que me entiendan. Porque a veces, algunos dicen “pero tú estás aquí para ayudarnos”. Digo “no, yo estoy aquí para ayudar a los dos en el hospital. Yo soy personal del hospital, y estoy aquí para explicaros cómo funciona el sistema sanitario aquí en Cataluña”. (...) Porque claro, en su país ya funcionan de otra manera, no como cuando llegan aquí que quieren que sea lo mismo y yo digo “no puedo”. Yo no puedo, entonces es mi trabajo, yo estoy aquí para facilitar la comunicación entre el profesional y entre el usuario. Yo no puedo intervenir ahí, no es mi trabajo.*

21:5 ( 0:03:28.06 [0:00:40.76] )

### 4.2.7. Competencias necesarias de todo profesional de ISP

Las competencias consideradas por los entrevistados esenciales para la ISP son la competencia comunicativa y textual, así como la intercultural. Otra competencia muy valorada por los entrevistados es la instrumental-profesional. Los entrevistados destacan la importancia de la confidencialidad en ISP, así como la de respetar las fronteras profesionales. Aida opina que un profesional de la ISP debe:

*Estar dentro de sus límites y saber aplicar todo lo que ha aprendido en la formación, que no mete nada ni añade nada en la mediación, que tiene que decir todo exactamente.*

15:13 ( 0:05:10.63 [0:00:23.85] )

También resulta imprescindible la competencia temática. Los entrevistados admiten que es esencial contar con conocimientos sobre el sistema sanitario en el que trabajan, así como sobre el resto de servicios ofrecidos por la Administración Pública.

Además, se considera primordial el que el profesional de la ISP cuente con una competencia estratégica. Fatou insiste en la necesidad de contar con:

*Habilidades, hay que saber cómo podemos trabajar, si no tenemos habilidades... Y actitudes también, hay que hacer saber cómo trabajas, y como actúas frente de situaciones, a ver, complicadas algunas veces.*

31:11 ( 0:22:23.09 [0:05:14.59] )

La competencia interpersonal se ve también valorada. Agnes resalta la importancia de tener:

*Capacidad de empatizar con la persona, o saber escuchar que es muy importante, porque tú, como un profesional más tienes que estar muy abierto y saber escuchar cuando el otro te está contando lo que te está contando, para que tú puedas interpretarlo bien y puedas transmitirlo más allá.*

36:29 ( 0:39:39.35 [0:01:24.49] )

Además, se aprecia la competencia psicofilosófica. Fen subraya:

*Hay que muy concentrar con mi trabajo cuando hace una mediación entre paciente y el médico, porque es un trabajo que tiene que al médico explicar muy rápido, muchas cosas, entonces tú tienes que transmitir todo lo que ellos dicen, tienes que concentrar y apuntar las cosas que médico que dice y enseguida transmitir a paciente.*

29:27 ( 0:29:34.73 [0:01:38.82] )

Dalila insiste también en la necesidad de abstracción del profesional de la ISP:

*Saber separarse de su centro, saber separarse de sí mismo. Si no se separa de sí mismo, no podrá aguantar.*

19:20 ( 0:16:08.21 [0:00:41.41] )

#### 4.2.8.Modalidades de ISP

Las modalidades de ISP que se utilizan comprenden:

- Interpretación de enlace

La modalidad de interpretación más utilizada en los servicios de ISP del ámbito sanitario es la interpretación de enlace. En caso necesario, el profesional de la ISP solicita a las partes que realicen pausas cuando lo consideran conveniente, de manera que las intervenciones no sean muy largas y no contengan información muy variada. Aunque la mayoría se basa en su memoria para interpretar, hay mediadores que recurren a la toma de notas. Así pues, Agnes explica que suele intervenir tras cortas intervenciones, solicitando repeticiones o aclaraciones en caso necesario:

*En las interpretaciones, del triángulo digamos, del puente, a ver, no es una traducción simultánea, porque no la veo factible en una intervención. Y normalmente los profesionales van diciendo, digamos una frase y tú pues luego se lo traduces al usuario, o al revés, el usuario te dice toda una frase y tú le vas traduciendo, o puede pasar también que te explican un poco todo y entonces tú lo vas traduciendo como lo traduces, pero entonces, claro, a veces, lo que no puedes resumirlo y entonces tienes que volver a preguntar al profesional o porque no te ha quedado bien, bien, lo que tenías que contarle o también hay sesiones cuando tú ves... o sea, dependiendo de, digamos, de cómo está y del caso la situación que se está dando.*

36:34 ( 0:47:47.20 [0:02:20.58] )

- Chuchotage

Resulta habitual recurrir al chuchotage en las consultas de psiquiatría. De hecho, Dalila afirma que esta técnica le resulta muy beneficiosa en consultas en las que se observa una elevada carga emotiva:

*En psiquiatría sí que traduzco literalmente, y hago casi simultánea, porque muchos pacientes yo no puedo llevar el ritmo, entonces tengo que... Y porque es necesario. En consultas de medicina en general, o sea, todas las especialidades, no. Si es psiquiatría, si es psicología, todo lo que es en la media de salud mental, sí. Pero yo, personalmente, no lo utilizo cuando es... A veces, en casos con la asistente social, y en casos así, como de maltrato, que aquí hay muy pocos,*

*tocamos muy pocos de este tema, también. Es como... Yo, personalmente, es una técnica que la uso cuando hay un dolor muy intenso, y cuando no hay algo muy profundo del paciente y que el médico lo tiene... Siempre, al médico se lo tengo que hacer llegar, pero cuando hay situaciones así, bastante límite.*

19:27 ( 0:23:19.38 [0:01:26.34] )

- Traducción a la vista

En ocasiones, los profesionales de la ISP realizan traducciones a la vista. No obstante, Dalila no está del todo de acuerdo con esta práctica:

*Sí. [Lo hago] (...) Cosa que intento evitar, porque yo considero que mi trabajo es, tengo que hacer entrevistas triangulares. O sea, tenemos que ser tres. O más también, pero tengo yo que tener dos partes. Pero, también he aprendido que mi papel (...) como mediadora intercultural, se tiene que adaptar a las necesidades de cada centro (...) Ha de ser flexible. Cada centro, tiene sus propias necesidades. Entonces, si veo que se adaptan también a... Estas necesidades, de este centro se adaptan a la mediación, y el hecho de que yo esté a solas con el paciente no va a dificultar, sino sólo va a facilitar, es como el simple hecho de interpretar lo que es el consentimiento informado, porque mientras el médico está visitando otro paciente, siempre surge por problema de tiempo, siempre, no puedo estar explicándole al paciente y el médico mirando, porque ahí no hay una... No le tengo de transmitir nada de parte del médico, y suelen ser consentimientos informados, que yo ya me sé, porque ya los he hecho varias veces. Entonces le voy interpretando, le voy explicando, él firma y entonces vuelve a entrar al médico. Y así estamos los tres. O firma delante del médico, pero bueno, es... Son cosas puntuales, que no es lo normal.*

19:24 ( 0:19:34.56 [0:01:48.37] )

#### 4.2.9. Características de la situación comunicativa

La posición de los participantes es un aspecto que condicionará el flujo comunicativo en ISP. Es por ello que la mayoría de entrevistados defienden la “conversación en triángulo”, de manera que el profesional de la ISP se posicione entre las partes, a la misma distancia de ambas. No obstante Ikram comenta que no puede posicionarse de tal manera en todas las intervenciones:

*Nos cuesta, los profesionales pues les cuesta esto mismo, de ponerse las tres mirando en triángulo, pero... Van mal de tiempo los profesionales, y encima si tú, empiezas para hacer lo del triángulo, pues se van y tienen diez minutos para cada paciente y no puedes agobiarlos más de lo que están.*

23:27 ( 0:15:36.38 [0:01:33.01] )

En la conversación trialógica propiamente dicha, es competencia del profesional de la ISP gestionar el flujo informativo. Nadia y Veena lo ponen de manifiesto en sus explicaciones de la interpretación de enlace. Agnes menciona que en ocasiones debe solicitar pausas para la interpretación:

*Normalmente los profesionales van diciendo, digamos una frase y tú pues luego se lo traduces al usuario, o al revés (...) También puedes hacer de pararle con la mano cuando ves que él va explicando, explicando, porque claro, tu capacidad no es para registrarlo todo y luego pues, decirlo todo tal como si te lo dijo el médico. Entonces, después de que dice una frase, le haces parar para que te de tiempo de traducírselo bien y transmitírselo bien al usuario.*

36:34 ( 0:47:47.20 [0:02:20.58] )

Se dan tanto situaciones de comunicación directa entre las partes como situaciones en que estas se dirigen al intermediario, según quiénes sean los interlocutores y la experiencia que tengan con la ISP. Agnes constata:

*Hay intervenciones de mediación, simplemente que van tan fluidas que, como ni se ha notado que está el mediador, no sé si me explico bien. (...) Porque el médico, pues no se dirige a ti, sino se dirige directamente al usuario y el usuario al médico y entonces tú vas traduciendo y va todo como de forma muy, muy fluida. Y luego también se dan las intervenciones cuando tanto el usuario como el profesional sanitario, pues se dirige a ti. (...) ¿A qué se debe?, pues yo creo que sería un poco también la comodidad de cada persona, de cómo le es más cómodo de explicarse. Porque el profesional sanitario mismo, piensa que me dirijo al usuario, pero no me entiende. Así no tiene sentido de mirarle a él sino que me dirijo directamente a la mediadora. Y también pasa con el usuario. Y hay en cambio, como dije antes, pues que se dirigen pues al usuario y es, pues muy constante, o sea, la conversación usuario - médico y ahí pues tú vas traduciendo y todo va de manera circular y fluido.*

36:36 ( 0:51:08.65 [0:01:40.45] )

Priya recuerda los beneficios de la comunicación directa argumentando que facilita la comprensión del lenguaje no verbal:

*Muchas veces miran el uno al otro y aunque no entienden (...) entienden con gestos, con ojos, con labios, con el gesto de las manos, qué está diciendo, de mejor, sí o no. Entonces ahí entienden un poquito, sí.*

18:26 ( 0:19:06.07 [0:00:28.03] )

Existen diferentes técnicas para redirigir la mirada de los interlocutores con un simple gesto con la mano o desviando la mirada. Aida explica:

*Algunos sí que, la verdad, se dirigen al paciente, pero no todos. Hay que se dirigen a mí y, bueno, como si fuera yo la paciente. Yo intentaré, moverme así*

*mirando al paciente para que él gire también. Intento, a ver, llevar la... Hay que... Eso es un poco complejo para decirle a él "mire, por favor, mire al paciente". Es que, depende de cómo va esto, bueno. (...) Los pacientes, la verdad, sí miran al médico. La mayoría.*

15:23 ( 0:11:17.66 [0:00:40.54] )

Se observa una disparidad de preferencias frente al uso de la primera o la tercera persona en la práctica de la ISP. Los entrevistados son conscientes de que las normas teóricas de la ISP aconsejan utilizar la primera persona, aunque no siempre lo aplican. Cuando se utiliza la primera persona, se puede recurrir a la tercera para distanciarse del mensaje en un momento dado. En esta línea, Fatou razona:

*A ver, una cosa, la mayoría normalmente, la mediación intercultural hay que ser en la primera persona. Lo que pasa, sobre todo los árabes, cuando empiezas a hacer la mediación, es diferente con una mujer que con un hombre. ¿Por qué?, hay tabús en nuestra cultura, por ejemplo, de sexualidad, no podemos hablar de la sexualidad, son tabús, son temas tabús. Y los árabes, el tema de sexualidad, que como está prohibida, no podemos hablar de la sexualidad. Y cuando viene gente, yo no puedo hablar de primera persona, alguna, alguna... Normalmente yo lo hago en la primera persona, pero es diferente con quien haces la mediación, una mujer o un... ¿Sabes?, ¿sabes lo que quiero decir?, un hombre, porque es diferente, y él quería... En nuestra cultura hay cosas, hay temas que son tabús, aunque yo hago la mediación, pero "dice" en el tercer... Normalmente, yo lo hago en la primera persona, pero depende del tema, ¿sabes?, a mí me da igual, pero el paciente, cuando salió aquí afuera, y con el colectivo árabe, no sé qué va a decir de mí. Ahí hago mi trabajo, nada más, pero hay quien no entiende esto. Entonces depende del tema, pero siempre, con la mujer, yo lo hago en la primera persona. Pero algunas veces a la tercera persona. Y la mediación intercultural hay que hacer en la primera persona, yo sé perfectamente esto, pero es diferente. Y no... A ver, la realidad, en la práctica, te cuesta mucho. Hay que hacer "porque él dice", "él dice". O cuando hablo con el paciente, "el médico dice, que yo no te digo nada, el médico dice", el médico dice, otra vez la tercera persona.*

31:16 ( 0:36:34.94 [0:02:17.07] )

Algunos entrevistados argumentan que en ocasiones resulta poco natural y los interlocutores se llegan a extrañar del uso de la primera persona. No obstante, Wei insiste en la conveniencia del uso de primera persona en las consultas de psiquiatría:

*En casos de psiquiatría hablo en primera persona, casi siempre. Y restos, o sea, en cualquier otra especialidad, o sea, en el hospital o en el CAP, casi la mayoría vez hablo en tercera persona. Había intentado porque es verdad, en la formación nos han enseñado es mejor hablar en primera persona. Pero eh... se puede hacer pero también, no solamente a mí me cuesta un poco y a los profesionales también. Porque yo había hecho intentar hablar en primera persona y un médico*

*me pregunta “¿pero te duele o al paciente le duele?, ¿a quién le duele?” Sí, pienso que a lo mejor no está acostumbrado o así.*

33:33 ( 0:39:17.36 [0:03:22.66] )

#### **4.2.10. Principios deontológicos básicos de la práctica de la ISP**

Los principios deontológicos de base para la ISP son, según los entrevistados:

- Exactitud

Los entrevistados consideran importante que la prestación fruto de la interpretación sea precisa y transmita la totalidad del contenido del original. Recordemos que Shahid insistía en la obligación profesional de interpretar la totalidad de la información compartida.

- Confidencialidad

La confidencialidad resulta esencial para el trabajo en ISP. Tal y como explicaba Fatou al comentar la importancia de una presentación previa a la intervención, es esencial que la información compartida en la visita médica nunca sea revelada.

- Imparcialidad y neutralidad

Dalila afirma que en los cursos de formación: “se nos pide mucho de ser imparciales”. Veena, asegura haber vivido, de manera reiterada, situaciones incómodas en su trabajo a causa de la incomprensión de sus funciones por parte de los usuarios.

- Fronteras profesionales

Los entrevistados afirman que en ocasiones se les solicita la realización de tareas que no les corresponden. Frente a ello, la mayoría resalta la necesidad de negarse. Fatou expone un ejemplo:

*A la hora de pasar la información, ¿sabes?, a la hora de pasar la información al paciente, algunos profesionales me han dejado sola, y yo no puedo pasar, por ser una información médica. Yo soy mediadora, no puedo pasar esa información a la familia del paciente o al... No puedo. Entonces ¿qué hago?, intento a buscar, o... A ver, una cita con el profesional al otro, al día siguiente, que el día que él tiene tiempo para pasar la información, porque yo no puedo pasar la información. Entonces coge cita con el profesional, también le da cita a la familia del paciente, para cuando se encuentran, pasar la información él directamente.*

31:13 ( 0:28:36.20 [0:03:09.47] )

### 4.3. Informe de análisis de las entrevistas a miembros del personal sanitario de Barcelona

#### 4.3.1. Los participantes de la situación comunicativa

Los interlocutores primarios de la conversación trialógica en contexto sanitario son el profesional de la salud y el usuario, puesto que son ellos los encargados de mantener una conversación, mientras que el profesional de la ISP se limita a transmitir el mensaje de una lengua a otra, sin aportar información propia. No obstante, en ocasiones el personal sanitario infringe dicha norma. A menudo solicitan al profesional de la ISP que proporcione información al paciente en su ausencia, justificando que deben seguir avanzando con la consulta. Esto es debido a que tienen que atender a muchos pacientes y consideran improcedente estar presentes en todo el proceso de interpretación, si observan que hay información que el profesional de la ISP puede comunicar al usuario en su ausencia. Veamos como Isabel defiende dicho comportamiento:

*Y a veces digo “¿te puedes salir y le explicas afuera? (...) “Tiene que traer estas muestras, ¿se lo puedes decir allí en...” porque yo tengo que seguir avanzando con la consulta, tengo un tiempo y los pacientes están afuera esperando. Y entonces claro, al ser... ellos vienen sólo un día, ahora están viniendo sólo los miércoles, entonces sólo los miércoles, todos los chinos están los miércoles pero también llegan todos los demás. Eso es un problema.*

2:10 ( 0:06:43.20 [0:00:24.75] )

Los usuarios de los servicios de ISP barceloneses son personas que no dominan la lengua de la comunidad de acogida (al menos no a la perfección) y, dado que presentan problemas de salud, se ven en la necesidad de solicitar dichos servicios. Además, proceden de realidades culturales muy diversas, lo que supone una barrera que se une a la lingüística a la hora de acceder a los servicios de sanidad pública. A menudo proceden de lugares con culturas sanitarias propias, que distan mucho de las del país de acogida. Esto, unido al hecho de que en ocasiones, son personas indocumentadas, que se encuentran en situación ilegal en el país, hace que acudan a solicitar los servicios de salud con un cierto nivel de inseguridad. Todo ello puede verse agravado por el hecho de que estas personas tienden a considerar la institución sanitaria a la que acuden como un ente afín al gobierno. Esta idea hace que muchos usuarios de los servicios de ISP teman las repercusiones que les pueda suponer el solicitar servicios sanitarios. Dicha situación hace que la visita médica se complique, dado que el usuario suele estar distante y a la defensiva, de acuerdo con Miguel:

*Muy a la defensiva, está muy distante, no participa de la entrevista y se mantiene en un tercer plano.*

43:6 ( 0:05:10.45 [0:01:23.60] )

El desconocimiento del sistema sanitario hace que estos usuarios no exploten adecuadamente sus servicios, de manera que pocos acuden con cita previa, aglutinándose en los servicios de urgencias.

Los entrevistados destacan que algunos usuarios afincados en el país durante bastantes años no han llegado a aprender la lengua del mismo. Destacan que algunos de ellos llegan a comprender la información compartida en una visita médica, aunque son incapaces de comunicarse en la lengua autóctona. Muestran asombro frente a la falta de interés de gran cantidad de usuarios acerca del aprendizaje de la lengua de acogida. Los profesionales de la salud entrevistados dudan de que los servicios de ISP ofrecidos sean positivos para las personas inmigrantes en estos casos. Igualmente, se muestran sorprendidos frente a casos en los que el usuario parece comprender toda la visita médica y, posteriormente, exige los servicios de ISP para volver a la consulta. Frente a este tipo de situaciones, Isabel advierte una posible dependencia de la ISP de algunos usuarios y muestra su opinión acerca de la necesidad de prestar este tipo de servicios:

*En un principio cuando vienen llegando, sí me parece muy correcto y muy importante de que faciliten la comunicación, pero que ya con el tiempo debería... no debería... se necesitaría como que ellos hicieran el esfuerzo también de integrarse. Porque también es importante para a la larga eso.*

2:31 ( 0:21:53.72 [0:00:55.19]

Los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés suelen ser miembros de la comunidad inmigrante a la que pertenecen. Así, afirman contar con mediadores interculturales procedentes de Marruecos, Argelia, Rumania, etc. Los entrevistados resaltan los beneficios de contar con una persona de los mismos orígenes que el usuario inmigrante. Pilar anuncia a este respecto:

*La cara de cuando está ella, es la cara de decir “bueno, tengo alguien, me siento identificado con alguien. No sólo que entienden las cosas, es que hay alguien que ya, de base, por ser de la misma cultura, ya me va a entender”.*

6:16 ( 0:08:19.13 [0:00:40.79]

Los entrevistados destacan que en ocasiones se dan leves problemas cuando el mediador y el usuario de una misma cultura son de sexos diferentes, dado que en algunas culturas no se suelen tratar ciertos temas con personas del otro sexo. Esto lleva a menudo a la negación por parte del paciente a recurrir a los servicios de ISP. Catalina explica:

*Los hombres, como todos los mediadores que hemos tenido han sido mujeres, algunos no... Pues hay temas que no pueden tratar delante de una mujer, y menos de su país. Delante de la doctora, aún, pero... Algunos les he ofrecido el servicio y han dicho “que no, que no”.*

51:23 ( 0:09:45.72 [0:00:26.97]

### 4.3.2. Multiplicidad de denominaciones

Existen dos figuras profesionales que prestan servicios de ISP en el ámbito sanitario: mediadores interculturales y agentes de salud comunitarios. Si bien trataremos en mayor profundidad las funciones de los profesionales de la ISP más adelante, aquí describo las diferencias destacadas por los profesionales de la salud entre ambas figuras:

#### 4.3.2.1. Mediador intercultural

El mediador intercultural actúa de canal de comunicación entre el profesional de la salud y el usuario, interviniendo como nexo transmisor de los diferentes códigos culturales. Los entrevistados insisten en distinguir el perfil de mediador intercultural del intérprete, afirmando que la mediación intercultural supone un valor añadido a la interpretación. En este sentido, Miguel enfatiza:

*No son intérpretes, ¿eh? Como te oiga un mediador que les llamas intérpretes... Porque no son intérpretes. Porque intérprete... Hay servicio de interpretación. Hay servicio de traducción. En Sanidad Responde, se utiliza y funciona bien. Se traduce. Pero los mediadores culturales es... yo eh... de hecho, de ellos, espero mucho más que una traducción. Yo, en mi consulta, tengo pacientes que hablan inglés, francés. Y yo sé hablar inglés y francés, yo no necesito traductores. No necesito. Pero muchas veces sí que necesito intérpretes. De hecho, también lo necesitaría con pacientes que son de Sud América, hablando el mismo idioma. Entonces, la función que hacen los mediadores, que no los intérpretes, eh... es una función... es una, es una función compleja, es una función de puente, que ni mucho menos resta protagonismo al médico, ni ellos adquieren el protagonismo que ellos han... que no, o sea, no adquieren protagonismo dentro de la entrevista clínica, sino al contrario, hacen de intermediarios, hacen de, hacen de un puente. Hacen de un nexo entre el sistema de salud y el paciente. Facilitando, ayudando a la comprensión... y pues a veces traduciendo, obviamente, ¿no? Pero no, es eso lo fundamental.*

43:7 ( 0:06:41.38 [0:01:10.22] )

Si bien la mayor parte del tiempo realizan interpretaciones lingüísticas, es decir, traducciones orales, la principal función de los mediadores interculturales es la de procurar interpretaciones culturales, es decir, facilitar la comunicación entre las partes ofreciendo la información cultural necesaria en el momento de interpretar. Miguel opina al respecto:

*La figura del mediador es importante, pero no es imprescindible. No es imprescindible. O sea, lo que es imprescindible es cuando tienes un paciente con el que no te entiendes cero, cero. Entonces necesitas un traductor, que no un mediador. En algunas situaciones puntuales, si que se hace imprescindible el mediador. (...) Pero si tuviese un mediador cultural, lo usaría siempre. Siempre.*

*Porque aunque no es imprescindible, sí que da un toque de calidad importantísimo. ¿Imprescindible? Pocas veces. Pocas veces. Pero en el hecho de tenerlo... Yo lo usaría en el 100 %.*

44:6 ( 0:04:50.29 [0:00:49.00] )

#### 4.3.2.2. Agente de salud comunitario

Además de actuar de nexo comunicador entre los profesionales sanitarios y el usuario, el agente de salud comunitario participa activamente en actividades de salud comunitaria. Javier explica los añadidos de este perfil respecto al del mediador intercultural de la siguiente manera:

*Hombre, para mí es una riqueza. Ya no sólo servicio de interpretación, sino un servicio complementario que es interpretación y también agente sanitario de salud, que intenta entender también la problemática del usuario y te puede ayudar más, ¿no?*

64:6 ( 0:03:54.86 [0:00:22.97] )

#### 4.3.2.3. Conflicto de roles

Por lo que respecta al rol del profesional de la ISP, cabe sumar a las diferencias entre el mediador intercultural y el agente de salud comunitario, la diferencia actitudinal existente entre profesionales de estos servicios. En este sentido, Isabel apunta que algunos han tendido a posicionarse como defensores del usuario:

*Al principio sí. Ahora ya no, no, con estas últimas que están aquí, sobre todo la señora me parece más... más que quiere que ir como más rápido, más ágil y creo que un poco más de entereza para agilizar... trata de agilizarlo más. Las primeras que vinieron alguna hacía este tipo de comentarios "sí pobrecitos, es que ella allí acostumbra esto" "pobrecita...", ah, porque pasa mucho que algunos con poca cosa van a urgencias.*

2:23 ( 0:14:08.14 [0:00:35.67] )

En otro orden de cosas, algunos profesionales de la salud advierten que ciertos profesionales de la ISP intentan realizar tareas que se escapan de sus funciones, lo que llega a suponer un problema para la práctica sanitaria. Cristina menciona:

*A ver, yo creo que le gustaría hacer más. Creo, ¿eh?, en principio. (...) En que no solamente poder hacer más que solamente la traducción, creo. Algunos, porque que les gustaría hacer más y porque intentan, a veces. Y entonces, bueno, a veces nos es muy útil, y a veces tenemos que decirles no. Recordarles los límites de la mediación. Pero, en general, yo creo que bien. Yo creo que bien.*

42:27 ( 0:23:17.28 [0:00:38.00] )

### 4.3.3. Formación en ISP

Los profesionales de la salud entrevistados reconocen la importancia de la formación de las personas que se dediquen a la ISP. Consideran importante que la formación de los profesionales de la ISP trabaje su competencia interpersonal, de manera que se trabajen las habilidades sociales de comunicación interpersonal. Igualmente, se considera necesario trabajar la competencia temática, de manera que los profesionales de la ISP hayan adquirido conocimientos tanto del campo de la medicina como referentes a los servicios públicos del país en el que trabajan. Por norma general, los profesionales entrevistados consideran, en base a la práctica del día a día, que la formación recibida por los profesionales de la ISP resulta suficiente. Algunos de los entrevistados han participado activamente en la formación en ISP, con lo que conocen los programas formativos y los consideran de calidad. Sin embargo, la mayoría desconoce con qué formación previa cuentan los profesionales de la ISP. Aun así, gran parte de los entrevistados consideraría conveniente que estos continuaran su formación, profundizando en temas concretos relacionados con la medicina. Además, el hecho observable de que la ISP alarga las visitas médicas es interpretado por algunos profesionales de la salud como una posible falta de asimilación de conceptos en la formación de los profesionales de estos servicios.

Sea como fuere, se constata que antes de evaluar la formación de los profesionales de la ISP, se debería decidir qué papel debe tener dicho profesional, con tal de poder actuar en consecuencia.

### 4.3.4. Funciones del profesional de la ISP

De acuerdo con los entrevistados, las funciones del profesional de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés incluyen:

- Interpretación

La función compartida por todos los perfiles profesionales de la ISP es la de la interpretación, esto es, la traducción oral de un mensaje producido también de manera oral. De este modo, el profesional de la ISP actúa de herramienta de apoyo en la comunicación del profesional de la salud con el usuario y *viceversa*. Javier, explica:

*Para mí, el concepto sería trabajar con un intérprete, es tener una persona de soporte para el personal sanitario, médico o enfermera que está en la consulta, pues en un momento dado que tenga una dificultad idiomática, pues éste intérprete, pues le ayude a, pues entender en conceptos de... O transmitir mensajes a la persona... Al usuario, ¿no? O sea, para mí es esto, una persona que da este soporte a nivel de lengua. Para mí, ¿eh?*

Ésta, a pesar de ser la función principal de los profesionales de la ISP, así como la común entre los diferentes perfiles profesionales, no es la única. De acuerdo con Miguel, los profesionales de la ISP:

*Hacen de un nexo entre el sistema de salud y el paciente. Facilitando, ayudando a la comprensión... y pues a veces traduciendo, obviamente, ¿no? Pero no es eso lo fundamental.*

43:7 ( 0:06:41.38 [0:01:10.22] )

- Mediación en caso de posible malentendido cultural

Los entrevistados consideran necesario aclarar que el trabajo de estos mediadores no implica una mediación en conflicto, sino una mediación entre distintas formas de vida. No obstante, su trabajo puede llegar a evitar conflictos causados por malentendidos originados por una diferencia cultural no aclarada. Dicho esto, insisten en que el trabajo de los mediadores interculturales y los agentes de salud comunitarios no se limitan a la traducción de mensajes orales, sino que van más allá. En sus intervenciones, estos profesionales prestan aclaraciones culturales, de manera que los profesionales de la salud puedan entender la realidad de sus usuarios y adaptar su tratamiento a sus costumbres y maneras de proceder. Dichas explicaciones proporcionan información sobre estilos de vida, creencias religiosas, hábitos y costumbres, etc. Con ellas, el profesional de la salud se familiariza con el bagaje cultural de sus usuarios y, gracias a ello, presta un servicio más acorde a sus necesidades. A este respecto, Teresa explica:

*Hay como un intercambio, o también un intercambio de creencias, o de algunas actitudes que nosotros igual pues no llegamos a comprender, cuando dices algo y el agente de salud te dice bueno es que esto lo, esta persona se ha comportado así o a dicho esto así, o la reacción es así pues por esto. Y ya está. Por ejemplo, en la cuestión de ramadán, nosotros ahora ya sabemos que cuando damos un tratamiento que tenemos que decir que no lo tienen, o sea, no podemos decir que lo va a tomar por el día, tenemos que pensar que lo va a tomar por la noche, ya decírselo porque si no, no lo toma y... y... y eso.*

41:9 ( 0:09:43.98 [0:01:35.44] )

La información proporcionada por los profesionales de la ISP pasa por informar a los profesionales de la salud de las formalidades de la cultura del usuario, de manera que el profesional pueda seguir los protocolos establecidos por ella en el momento de comunicar información de transcendencia. De este modo, se consigue que la información que se transmite no cause un impacto mayor en el usuario extranjero de lo que sería para un autóctono. A este tenor, Cristina clarifica:

*¿Sus funciones? Lo que hemos dicho antes, sobre todo es intérprete de la lengua y de la cultura, ¿no? A nosotros nos asesoran, también en muchas cosas, les preguntamos en esa cultura. Por ejemplo, en el tema, que yo lo encuentro importantísimo, con el tema del diagnóstico. Nosotros preguntamos en esta cultura determinada, ¿el enfermo quiere saber?, ¿puede saber?, según que diagnóstico, ¿no?, ¿el enfermo preguntará?, ¿cómo es en vuestra cultura?, ¿cómo funciona?, ¿tenemos que ayudar?, porque hay culturas que necesita que alguien venga y se lo diga sin preguntar, no preguntarán jamás. Y nosotros, aquí por sistema, se entiende, o los médicos entienden que cuando el enfermo está preparado para saber, sobre todo en unidades, en diagnósticos importantes, como una lesión medular, que es una de las plantas que llevo yo, que es un diagnóstico muy importante para... Una información que le va a afectar muchísimo en su vida. Supongo que en oncología igual. Pues, el enfermo, cuando está preparado para saber, pregunta. Cuando vemos que, en nuestra cultura occidental, cuando vemos que tarda mucho, o lo que sea, pues ya intentamos empezar a ayudarlo, a estimularle para que pregunte. Pero hay culturas que jamás lo van a preguntar, o cuando no sabemos, pues preguntamos si el mediador intercultural accede a esto, ¿no? Nos asesora, con la alimentación, con la religión, con...*

42:2 ( 0:03:00.90 [0:01:37.88] )

Finalmente, destacaremos que las aclaraciones culturales realizadas por los profesionales de la ISP permiten que los usuarios lleguen a comprender las prácticas médicas de la cultura de acogida que les resultan novedosas. De este modo se logran eliminar los posibles prejuicios de los usuarios al respecto. En este sentido, Teresa explica:

*Algunas, también algunos pacientes pues no se quieren hacer según que pruebas, entonces el agente sanitario le explica, bueno pues que es bueno para su salud hacérsela no porque algunos también tienen, pueden pensar interpretar creemos que podrían inten o nos lo han dicho a veces ¿no? igual pues hay esos mitos de que se utiliza la sangre pues para otras cosas o así. En un, hubo unos años o una temporada que pasaba eso, que no querían y que encontraban; bueno, si les decíamos que tenían que hacerse análisis de sangre o así, eso u algún... nos encontramos con algunos africanos que no quieren, muchos análisis en otras unidades ¿no? Bueno pues el agente de salud pues dice... bueno lo que hace es favorecer la tarea esta, ¿eh?*

40:1 ( 0:00:43.76 [0:04:12.50] )

#### - Acompañamiento

Los mediadores interculturales y agentes de salud comunitarios acompañan a los usuarios desde su llegada al centro. Dicho acompañamiento comienza ya durante el periodo de espera previo a la consulta. En la visita médica, el profesional de la

ISP está presente, ejerciendo sus labores de interpretación y mediación en los posibles malentendidos culturales. Tras ella, en función de la carga de trabajo que tenga, dicho profesional acompaña al usuario no solo en la programación, sino también a la hora de explicaciones más profundas. Dichas explicaciones hacen referencia tanto a la información tratada en la consulta, como a la organización y modo de explotar los recursos sanitarios.

En ocasiones estos profesionales llegan a realizar acompañamientos en el exterior de la institución sanitaria en la que trabajan. De acuerdo con Teresa:

*En algunos casos de de África pues de de sea han llegado incluso a acompañar al hospital a la a la consulta de infecciosas, a la primera consulta, vamos, porque igual se veía que, que era mejor que fuera acompañado si la persona aceptaba.*

40:1 ( 0:00:43.76 [0:04:12.50] )

Aún así, algunos profesionales consideran que se debería ofrecer un mayor acompañamiento al usuario de origen extranjero. En este sentido, Miguel relata lo que considera una de sus mejores experiencias en ISP:

*Yo tenía, tuve la suerte, la... la oportunidad de tener en la consulta de forma fija, un día a la semana, una chica de Senegal. Y era espectacular. Porque no solamente, como tú dices, se dedicaba a hacer la traducción, que era a veces necesaria, sino si el paciente ingresaba, iba a verle, si el paciente tenía que hacerse alguna prueba, le acompañaba porque no se enteraba de dónde estaban las cosas, si el paciente no venía a la consulta, lo llamaba para ver por qué no venía, si... bueno... se implicaba, se implicaba totalmente en el proceso médico del, del chico o de la chica, totalmente. Que es lo que hace un mediador cultural.*

44:1 ( 0:00:08.95 [0:01:29.11] )

#### - Orientación cultural en el sistema sanitario

De acuerdo con los profesionales de la salud entrevistados, los mediadores interculturales y agentes de salud comunitarios suelen aprovechar el tiempo de espera previo a la visita médica para explicar las peculiaridades del sistema sanitario a sus usuarios. Esta orientación sirve a los usuarios para entender las normativas, los protocolos y el funcionamiento de los servicios. Teresa insiste en la mejora que tal orientación ha supuesto en la atención a usuarios alófonos:

*A la hora de pedirles pruebas y así. Muchas veces son eran personas que de un medio rurales, no estaban acostumbradas a hacerse análisis, radiografías, ni nada y entonces pues para ellos era algo nuevo y... y si no había nadie que se lo explicara; uno, por ejemplo, me acuerdo que que se le pidió bueno se piden radiografías ¿no? Se le pidió la radiografía pero entonces se entregaba en mano, se entregaba en mano la radiografía y el la tenía que traer y paso el médico, no era yo era un compañero ¿no? y y bueno, y la radiografía y no traía la radiografía*

*dice “¿pero te has hecho la radiografía?” en un poco inglés, que esta persona era de Gana y dice “sí, sí, ya me la hice” dice “y... ah, y donde está”. Dice “bueno, ya me la hice y ya la tiré a la basura”. Claro, se creía que era como un tratamiento, como era pero no sabía que tenía que guardarlo y esto o sea y bueno como estos casos montones ¿no?”*

41:4 ( 0:03:30.43 [0:02:22.22] )

Dados los beneficios que suponen estas orientaciones culturales, María considera que cuando llega un usuario nuevo:

*Lo ideal sería que concertara una primera visita con mediadora para explicarle todo el sistema, cómo funciona. Creo que no se está haciendo, quizás podría ser una cosa buena.*

1:18 ( 0:07:57.84 [0:00:43.59] )

- Traducción y adaptación de material

Los profesionales de la ISP dedican parte de su tiempo de trabajo a traducir y adaptar material médico escrito a los usuarios a quienes van destinados. Los materiales traducidos son bastante variados: documentos informativos, folletos, normativas, horarios, etc.

- Tareas de difusión de los servicios

Los profesionales de la ISP se encargan de liderar actividades de difusión de sus servicios entre los miembros del personal sanitario.

- Funciones más allá de su perfil

A menudo los profesionales de la ISP asumen funciones que no les son propias, tales como:

- Apoyo personalizado al usuario de origen extranjero que no domina las lenguas del país de acogida.
- Labores comunitarias: Los agentes de salud comunitarios destinan parte de su tiempo a la realización de labores con la comunidad.
- Localización y seguimiento de pacientes: Los profesionales de la ISP también se ocupan de localizar a aquellos usuarios cuya presencia es requerida por el personal sanitario, ya sea porque han faltado a una cita programada o porque su situación de salud exige que acudan de urgencia al centro sanitario. A este respecto Teresa explica:

*En caso de que... de que no de que no se presente ya va haya un resultado importante que se le haya que comunicar o se le tiene, que se le tiene que, que se*

*le tiene que tratar pues la posibilidad de de luego, luego localizar a la persona, pues es es eso te da una seguridad que no siempre se logra localizar a todo el mundo, pero con bastante facili... que se, o sea, un porcentaje alto sí, que pedimos que localizar y y van a las mezquitas, van a van a los sitios que, donde trabaja o, o sea, se consigue. El otro día, precisamente había que localizar a un africano, era muy importante que hiciera un tratamiento, y bueno, lo di al agente de salud y a las 24 ó 48 horas ya estaba localizado. Y lo localizó, bueno fue a buscarlo, no lo encontró y después se lo encontró en el metro, o sea que, que bueno y ya está ¿no?*

41:15 ( 0:16:52.49 [0:01:38.73] )

- Explicaciones médicas y consejos sanitarios

Pilar aclara:

*Como el campo es la diabetes, más o menos, el inicio de las primeras visitas es bastante parecido, entre todo tipo de pacientes, con lo cual, en la primera vez que trabajamos juntas, fue más pequeñas frases mías, de profesional y ella iba traduciendo. Y luego ya, era iniciativa suya porque ya tenía los conocimientos.*

6:4 ( 0:02:47.98 [0:00:25.04] )

Teresa afirma que los agentes de salud comunitarios realizan:

*Entrevistas personales pues de de educación, por ejemplo para el tema de, por ejemplo de Chagas pues eh... eh... las, el agente de salud encargado de Latinoamérica, pues también explica también un poco la enfermedad o les explica pues todo un, aunque ya conocen, pero aspectos que no conocen, o que también que hay una asociación, etc. Les eh... bueno, hace como un seguimiento de... con ellos de la enfermedad. Luego también en el caso de tuberculosis, también sobre todo es en caso de de enfermedad de Chagas, tuberculosis, enfermedad de transmisión sexual, sobre todo de VIH.*

40:1 ( 0:00:43.76 [0:04:12.50] )

### 4.3.5. Características de la situación comunicativa

Habitualmente el profesional de la ISP se encarga de la gestión del turno de palabra de la visita médica triangular. A lo largo de la intervención, éste solicita pausas para la intervención cuando lo considera necesario. No obstante, esto no es del agrado de todos los profesionales de la salud. Cristina, por ejemplo, prefiere tomar las riendas del intercambio conversacional:

*Siempre intentamos que no sea ni muy largo ni... ¿sabes? Que lo que tenemos que parar, pararle y que nos explique qué está diciendo, qué está diciendo, qué está preguntando. Intentamos dirigirlo mucho, para que no se pierda información*

*para que no se tergiverse nada. Porque a veces, empiezan ellos interpretando lo que nosotros queremos decir y escuchando lo que el enfermo dice, o la familia, pero luego por el camino surgen otras cosas que pueden... Entonces intentamos que eso no pase, paramos o le pedimos que pare que nos diga qué está preguntando en todo momento, ¿vale?*

42:1 ( 0:00:35.54 [0:02:10.52] )

La comunicación a través de un profesional de la ISP en ámbito sanitario no siempre se desarrolla del mismo modo. A menudo, los profesionales de la salud y los usuarios se dirigen la mirada en sus intervenciones, aunque no entiendan la lengua del otro, a esperas de escuchar el mensaje en su propia lengua a posteriori. Esto sirve para observar todo lo que acompaña a la palabra, de manera que se analicen aspectos como las expresiones faciales, el lenguaje no verbal, etc. No obstante, parece difícil afirmar si la comunicación entre el profesional de la salud y el usuario mediante el uso de servicios de ISP suele ser directa o indirecta, pues algunos profesionales afirman dirigir su mirada tanto al usuario como al profesional de la ISP. Teresa explica:

*Sí, bueno pues entonces yo yo explico a a al media... bueno mirando a los dos, al med... bueno a la persona le explico al paciente le explico...*

41:1 ( 0:00:24.73 [0:01:03.93] )

De igual manera, encontramos profesionales de la salud que se dirigen directamente al profesional de la ISP, obviando la presencia del usuario, de manera que se genera una comunicación directa entre el profesional de la ISP y ambas partes, aunque una indirecta entre el profesional de la salud y el usuario. Marta narra su experiencia de la siguiente manera:

*Primero, en mi caso particular, le explico lo que quiero, ¿sabe?, y entonces después, la mediadora, una vez que yo finalizo, pues habla directamente con la persona.*

5:4 ( 0:02:06.66 [0:00:14.97] )

Algunos profesionales prefieren observar cuál es el nivel de comprensión del usuario, para trabajar de acuerdo a las posibilidades del mismo. Así, en la medida de lo posible, algunos intentan hablar directamente con el usuario, recurriendo al profesional de la ISP como “muleta” para el apoyo del intercambio informativo. Miguel explica:

*O sea, yo hablo con el paciente. Le explico. O sea, si él me dice que no entiende nada, pues nada, pues vamos traduciendo y punto, ¿no? Pero no, la mayoría de las veces no es ese el caso, la mayoría de las veces es que el paciente chapurrea español, chapurrea uno de los idiomas más conocidos, inglés, francés, pero, a pesar de eso, normalmente haces el punto “¿te ha quedado claro?”, “¿lo has entendido?”. Entonces, a pesar de que me diga que sí, entonces en algunos casos muy concretos le digo “mira”, digo, “explícale que lo importante es tal cosa”,*

*entonces, yo le explico al mediador la importancia de lo que sea en concreto, yo me callo, y él... ella... o ella, o él, suelen ser chicas, eh... bueno, pues explica y profundiza más y le pregunta más dudas, entonces me las transmite a mí, o lo que sea.*

43:8 ( 0:08:05.39 [0:00:45.53] )

El uso de la primera o la tercera persona en las intervenciones en ISP parece ser intrínseco a la manera de trabajar de cada profesional. Si bien algunos se han esforzado por utilizar la primera persona, generalmente, las intervenciones del profesional de la ISP se hacen en tercera persona. Algunos profesionales de la salud son más partidarios de la tercera persona, alegando que el uso de la primera persona por parte del profesional de la ISP para comunicar el mensaje expresado por el usuario no les resultaría natural. Además, agradecen este tipo de intervención, pues les resulta menos intrusiva, dado que el uso de la primera persona parece hacerles pensar que el profesional de la ISP se intenta inmiscuir en la comunicación. Marta explicita:

*Claro, habla siempre en tercera persona, en el sentido de que ellos no están haciendo la intervención directa, la intervención siempre es porque hay otro profesional sanitario que necesita de su intervención.*

5:3 ( 0:01:25.83 [0:00:33.30] )

### 4.3.6. Características de los servicios de ISP

#### 4.3.6.1. Necesidades que fundamentan los servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés

La necesidad de servicios de ISP se encuentra directamente relacionada con la magnitud de los flujos migratorios, pues estos traen consigo personas que no dominan las lenguas autóctonas y necesitan acceder a los servicios de salud. Teresa explica cómo se percibió dicha necesidad en su centro comentando:

*¡Uy! Eso fue ya hace muchos años en el 94 me parece que fue y bueno, que se vio eso porque la dificultad de entonces a sobre todo eran inmigrantes africanos y pues se veía eso ¿no? que la dificultad de comunicación porque algunos no sabían inglés, sólo sabían su la lengua local, la lengua del tribal ¿eh? y entonces, pues se vio que que eso que se necesitaba a alguien que, que, que supiese, que supiese ese idioma y luego también pues para cómo se empezó a hacer también, o se quería hacer el tratamiento preventivo de la tuberculosis en personas que estaban infectadas, pues se vio que si no existía un agente de salud que era más próximo que se lo explicaba bien, no lo iban a entender o no iban a... a continuar el tratamiento y esto bueno.*

41:4 ( 0:03:30.43 [0:02:22.22] )

Cuando los profesionales de la salud observan la presencia de barreras lingüísticas y culturales que entorpecen la comunicación y no disponen de servicios de ISP presenciales, la mayoría recurren a Sanitat Respon. Esto les proporciona servicios de interpretación telefónica que para muchos profesionales de la salud resultan suficientes, aunque otros consideran que supone una pérdida en comparación con la ISP presencial.

La mayoría de entrevistados reconocen la conveniencia de un grupo de intérpretes en plantilla las 24 horas del día para garantizar una óptima disponibilidad de lenguas y horarios en aquellos centros hospitalarios que reciben más cantidad de pacientes inmigrantes alófonos. No obstante, no les parece tan adecuado en los CAP, dado que la necesidad de ISP es menor, pues los servicios sanitarios ofertados son menos que los que se ofertan en un hospital y su horario también es más reducido. Aun así, consideran que sería absolutamente necesario ampliar el horario de disponibilidad de este servicio. Los entrevistados sugieren que lo ideal sería que hubiera servicios de ISP disponibles en las horas de visita de los CAP. Del mismo modo subrayan la conveniencia de poder contactar con profesionales de la ISP en cualquier momento en caso de urgencia. No obstante, algunos profesionales de la salud insisten en que dicha situación les parece utópica en los tiempos que corren, dado los recortes presupuestarios que se han sufrido en el ámbito sanitario. Resaltan que muchos usuarios extranjeros acuden a los centros de salud acompañados de alguien que domina la lengua autóctona, con lo que en estos casos no consideran esencial la intervención de un profesional de la ISP. Partiendo de esta base, se sugiere la realización de un estudio previo a la decisión de implantación o no implantación de unos servicios de ISP en el seno de cada centro. Carlota argumenta:

*No sé. Esto es una empresa... Hombre, como ideal, pues sí, ¿no? Pero bueno, esto es una empresa. Supongo que ahí, alguien tendría que valorar, realmente, el número de pacientes que tenemos inmigrantes, ¿no? Cuantos, realmente, tienen una barrera idiomática... Porque vamos, tenemos muchos inmigrantes, a ver, no somos la ciudad de Barcelona la que tenemos más inmigrantes, pero bueno, tenemos inmigrantes. Pero bueno, si son sudamericanos no hay ningún problema, hablan todos el mismo idioma que nosotros. Supongo que habría que valorar, un poco, la cantidad de inmigrantes que tenemos, la barrera idiomática que tenemos, porque también tenemos muchos inmigrantes del este, pero, no sé porqué, normalmente la gente del este acostumbra a venir hablando un buen castellano, o se expresan realmente muy bien, o tienen más facilidad para aprender el castellano, y en función de eso, pues valorar si la necesitas veinticuatro horas o no. Si no la han puesto veinticuatro horas, pues será porque no han pensado "igual con esta teníamos bastante".*

57:33 ( 0:18:06.69 [0:00:57.57] )

Si bien reconocen la necesidad obvia de estos servicios dados los problemas de comunicación que se viven diariamente en el ámbito sanitario barcelonés, los entrevistados insisten en que la solución a estos problemas no supone una prioridad hoy en día, dadas las restricciones económicas actuales. Frente a ello, se propone la idea de

contar con un grupo de profesionales de la ISP compartidos entre varios centros. Mercedes sugiere:

*A ver, compartido entre varios centros, tal vez. Nosotros tenemos población inmigrante, pero 24 horas al día, creo que tal vez no es necesario. Pero sí que compartido entre varios centros, para que si en un momento determinado, tuviera que consultarlos tuviéramos disposición, no solamente un único centro, si no pues de un área que estuvieran veinticuatro horas, pues sí.*

66:26 ( 0:10:54.26 [0:00:32.13] )

De acuerdo con los entrevistados, los servicios médicos que más recurren a los servicios de ISP son oncología, pediatría, ginecología, enfermedades infecciosas y urgencias. En algunos servicios, como es el de traumatología, se ha visto decrecer la demanda, tal y como revela Cristina:

*La verdad es que han descendido bastante, al menos en traumatología ha descendido muchísimo el número de usuarios extranjeros, de culturas diferentes que necesiten el trabajo de los mediadores interculturales.*

42:7 ( 0:08:25.62 [0:00:24.35] )

No obstante, sigue habiendo servicios muy frecuentados por la población inmigrante alófono que muestran una clara necesidad de ISP. Miguel explica:

*Yo lo comprendo, por ejemplo, en oftalmología no sé cuántos inmigrantes deben de haber, pero deben de ser, la proporción debe ser poca. Por lo que te decía, por ejemplo está muy especializada y no tienen acceso. Pero en mi consulta, el 90 % son inmigrantes. Claro. A mí, por ejemplo, tengo un mediador, bueno, pues será necesario, claro. Para él, su prioridad será otra, pero para mí, que el 90 % son inmigrantes, 90 y me quedo corto, ¿eh? Para mí es una prioridad. Yo lo necesito.*

44:26 ( 0:16:29.89 [0:00:44.02] )

#### **4.3.6.2. Disponibilidad de los servicios de ISP**

Los horarios de los servicios de ISP ofertados se han visto reducidos. Esto ha provocado que el acceso por parte de algunos profesionales de la salud a los servicios de un mediador intercultural o un agente de salud comunitario sea en ocasiones muy complicado. Margarita narra su situación de la siguiente manera:

*Está el miércoles, que llega a la una y yo termino la visita a las dos. O sea, de una a dos, solamente los miércoles, que... Cuando la mitad de mis pacientes son paquistanís, o son de fuera. Entonces claro, una hora a la semana es escaso, pero por lo... Me gustaría que tuviesen más tiempo.*

51:22 ( 0:08:59.32 [0:00:30.91] )

No son pocos los profesionales que lamentan este problema horario. Estos afirman que aunque algunos casos pueden esperar 24 horas (hasta disponer de los servicios de ISP), otros requieren cierta inmediatez, lo que supone una traba para el ejercicio de su trabajo. Por dicha razón afirman que les sería muy ventajoso disponer de un horario más amplio, dado que actualmente la demanda es mucho mayor de la oferta. Según su opinión, los horarios son muy poco flexibles y los servicios resultan insuficientes. Isabel comenta:

*Igual puede ser menos horas pero más días, por varias de las cosas que ya he expuesto antes, el tiempo para unos sería mejor tenerlo, qué se yo... sólo un chino al día, no cinco en un solo día. Para ellos también porque no se tiene que enfermar un solo día. No sé, no puede ser eso, igual que fuese tener más posibilidades de que pudiesen venir más días, igual fuese mejor. (...) Si se llegan a enfermar o qué fuera de esos... sabes es complicado, si pudiese haber acceso a más días o aunque fuesen menos horas, yo creo que para los pacientes y para los médicos igual sería interesante.*

2:32 ( 0:23:08.06 [0:01:21.29] )

Los idiomas cubiertos por los servicios de ISP ofertados no se corresponden con los principales idiomas hablados por la población inmigrada de la zona. De acuerdo con Miguel, la implantación de estos servicios:

*Responde a, bueno, a una buena intención. Pero se han quedado simplemente en la buena intención. Se han quedado en la buena intención. Es decir, si tú tienes que diseñar un servicio de mediación intercultural, tienes que poner mediadores culturales de las comunidades que más se atienden en el hospital. Bueno, pues, actualmente, el que hay es de árabe, rumano y chino. ¿Vale? Los chinos vienen muy poco al hospital. Vienen muy poco. Pero sí que es verdad que cuando vienen, más que un mediador, hace falta un traductor, que no es lo mismo. ¿Vale? Los rumanos sí que vienen, ¿vale?, pero los rumanos, los rumanos que vienen a España tienen mucha facilidad para aprender el idioma, mucha facilidad. Y la mayoría de pacientes rumanos que yo he visto en la consulta vienen hablando castellano perfectamente. Por lo tanto, el mediador de rumano no es, ni mucho menos, una necesidad. Si está, ganga, perfecto. Y el árabe, pues vale, perfecto. El árabe sí que puede ser interesante. ¿Pero cuántos mediadores hay de África Subsahariana? ¡Cero! ¿Cuántos de Paquistán? ¡Cero! Es decir, responde a una buena intención, pero se han quedado en eso, porque no dan el servicio que respondería a la demanda del hospital realmente.*

43:4 ( 0:02:22.51 [0:01:14.42] )

De manera generalizada, los profesionales de la salud entrevistados observan una falta de cobertura lingüística en los servicios a su disposición y afirman que convendría ampliar la oferta. Esta rigidez de la variedad ofertada podría implicar, en opinión de Teresa, que se cierren las puertas a ciertos núcleos de población que acudirían a los centros sanitarios de disponer de un servicio en su lengua:

*Hay comunidades que no vienen aquí no sabemos que si, no sabemos por qué no vienen aquí, no viene aquí porque, por ejemplo la comunidad china, que tienen sus propios médicos o porque todos saben, saben español que creo que por lo que sea se mueven en un círculo cerrado pero les gustaría venir aquí, o o necesitaría quieren venir aquí, eso no lo sabemos. Y claro, quizá una persona especializada en o bueno mediadora o un agente de salud eh chino, pues igual si lo tuviéramos pues sí que se podría trabajar con la comunidad y veríamos más personas o así; o en el caso que empezaran a venir eh chinos a visitas sí que veríamos que veríamos también la necesidad y lo mismo, pues con la, con la comunidad filipina.*

41:27 ( 0:26:56.18 [0:02:19.83] )

#### **4.3.6.3. Evolución de los servicios de ISP**

De acuerdo con la información obtenida, la demanda de servicios de ISP es mucho mayor que la oferta existente. Los entrevistados afirman que la demanda se ha incrementado con el crecimiento de la inmigración. No obstante, la situación se ha estancado hasta ver la demanda decrecer en ciertas unidades sanitarias en los últimos tiempos. Cristina, comenta:

*Han descendido bastante, al menos en traumatología ha descendido muchísimo el número de usuarios extranjeros, de culturas diferentes que necesiten el trabajo de los mediadores interculturales. (...) Muchas personas han vuelto a su país. Hay menos, hay menos usuarios. Al menos en traumatología. Puede ser que materno-infantil no haya disminuido. Esto que sea más o menos., esté igual o sea muy poca la diferencia. Pero yo creo que sobre todo por esto.*

42:21 ( 0:18:33.77 [0:00:30.53] )

No obstante, Beatriz opina que el recurso a este servicio se encuentra directamente relacionado con el conocimiento del mismo, de manera que cuanto más se dé a conocer, mejor se valorará y más usuarios lo solicitarán:

*Es lento, es lento, al menos en lo que he visto yo aquí en el hospital, pero cada vez será más. Cada vez será más porque... Bueno, también ellos tienen menos miedo a ir a los sitios, sienten que se les comprende, y se comunican, y entonces, evidentemente esto va a ser a la orden del día.*

45:22 ( 0:23:15.29 [0:00:26.28] )

Los entrevistados valoran el paso que se ha dado al pasar de disponer únicamente de los servicios de interpretación telefónica de Sanitat Respon a contar con la interpretación presencial de mediadores interculturales y agentes de salud comunitarios.

En cuanto a la evolución de estos servicios de ISP presenciales, afirman que ha sido bastante irregular. Dicha irregularidad se debe a que los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés han ido cambiando periódicamente. Además, los horarios se han visto alterados en repetidas ocasiones. En algunos centros, se han ido ampliando los servicios prestados, ofreciendo una mayor diversidad lingüística aunque en otros los servicios son cada vez más escasos, llegando algunos incluso a desaparecer. Además, dado que la gran mayoría de los profesionales de la ISP han estado prestando sus servicios con contratos de prácticas, se han vivido varios periodos de tiempo en los que los centros no han tenido acceso a ISP entre promoción y promoción. Isabel revela:

*Siempre he escuchado que vienen como de pasantía, siempre venían como de pasantía y están un tiempo y después no, venía otra e iban cambiando y después hubo un tiempo en que no hubo nadie porque al parecer ya no se iba a prestar más el servicio y hasta ahora que volvieron nuevamente e incluso esta misma que ya se había ido y volvió. Pero sí estuvimos un tiempo en que no había mediadora.*

2:39 ( 0:20:07.02 [0:00:32.35] )

Se ha observado que la implantación de los servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés se ha realizado sin una organización establecida. Beatriz insiste:

*Tampoco ha sido una cosa, digamos, establecida, formalmente fija, organizada con unos... No con unos poderes, sino con unos recursos para poder trabajar. Entonces claro, ha sido light. Es como si hubiésemos ido haciendo sobre la marcha, un poco con buena intención pero tapando agujeros. No es la forma, porque el paciente lo nota.*

45:16 ( 0:16:49.37 [0:00:46.02] )

Si bien la mayoría de entrevistados dice tener interés en que estos servicios prosperen, afirman que el haberlos mantenido ya les parece un logro.

#### **4.3.6.4. El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés**

Los profesionales de la salud afirman que, en los horarios en los que los servicios están disponibles, estos resultan de fácil acceso. Igualmente insisten en el fácil acceso que existe a Sanitat Respon en aquellos momentos de falta de servicios presenciales. Aun así, Antonio comenta:

*Muy bien. La verdad, es que nosotros aquí tenemos muy buena disponibilidad del personal que tenemos, al responsable de mediador cultural, la respuesta es prácticamente inmediata. Si está en el hospital, a la que solicitamos su intervención, en cinco minutos sube y no hay ningún problema.*

25:2 ( 0:01:44.51 [0:00:52.34] )

Aunque por norma general son los profesionales de la salud los encargados de solicitar los servicios de ISP, a continuación expongo las diferentes maneras de acceder a este servicio:

- Oferta por parte del personal sanitario

El personal sanitario suele solicitar los servicios de ISP llamando por teléfono. Clara explica:

*Primero lo avisamos, y hay un teléfono al que yo llamo, y ya se intenta programar la hora de la visita, que la otra persona pueda, claro. Porque, si me viene a las ocho un enfermo y el traductor hasta las doce no está. Ahora se intenta ya, que... Solapar esas dos horas, ¿no?*

48:3 ( 0:02:15.16 [0:00:43.56] )

- Oferta por parte de otro miembro del personal del centro sanitario

En ocasiones es el personal auxiliar del centro sanitario quien se encarga de solicitar los servicios de ISP cuando advierten que un usuario presenta problemas de comunicación en lengua autóctona. A este respecto, Carlota expone:

*Por ejemplo, yo esta semana pasada que tuve una, el chico llega y se sienta en la sala de espera, ¿vale?, porque yo tengo el nombre aquí, pues... Entonces, normalmente llaman de abajo, las administrativas y dicen, "ahora viene la mediadora china", entonces yo me espero a que venga la mediadora china, más que nada, porque si no, aunque lo llames no... Entonces, cuando ya llega la mediadora china, pues ya entran los dos. (...) Bueno es que la verdad es que, normalmente, yo no lo solicito, ¿eh? Normalmente, cuando el paciente pide la visita con el médico, las chicas de abajo si ven que tal, ya la avisan a la mediadora.*

57:2 ( 0:01:26.29 [0:00:41.33] )

- Solicitud por parte del usuario

Algunos centros anuncian los servicios de ISP, así como sus horarios, con tal de que el usuario los pueda solicitar.

- Oferta por parte del propio profesional de la ISP

En ocasiones son los propios profesionales de la ISP quienes tras localizar a aquellos pacientes que pueden presentar barreras de comprensión (ya sea en las listas de intervenciones médicas programadas o preguntándoles directamente a los profesionales de la salud), se presentan con tal de ofrecer sus servicios.

Cabe destacar que sea cual sea el procedimiento de solicitud de los servicios, es el usuario quien tiene la última palabra respecto a su utilización, de modo que se prescinde de ellos en el caso de que el usuario así lo desee.

Los servicios de ISP actúan en todo tipo de actividades médicas. De entre las actividades más comunes en las que se requiere una interpretación en el ámbito sanitario destacan:

- Conversaciones con el personal administrativo

El personal administrativo recurre a los servicios de ISP en aquellos casos en que no pueden comunicarse con un paciente debido a una barrera lingüística. Suelen ser actuaciones en las que se proporcionan explicaciones sobre los requisitos exigidos para una prueba, direcciones acerca de los pasos a seguir, visitas a las que tiene que acudir, etc.

- Visitas médicas

Patricia explica, acerca de las visitas pediátricas, que necesita del profesional de la ISP en todas las actividades que realiza:

*Tanto necesitamos el mediador para hacer la historia clínica, para explicarle al paciente si es suficientemente grande, pues que lo vamos a explorar, o lo que le vamos a hacer, para explicarle a los padres qué es lo que tiene el paciente. Y después, también cuando se van, para explicarles bien el tratamiento y las siguientes visitas que tienen que hacer. (...) Lo necesitamos para todo, porque claro, en un niño siempre la interacción con el padre es importante. Nos ha de explicar toda la historia del niño, los síntomas. Todo nos lo explican los padres, no nos lo explica el niño. Entonces necesitamos al mediador en todos los pasos de la visita.*

67:1 ( 0:00:26.85 [0:00:53.64] )

- Visitas a los trabajadores sociales

Los trabajadores sociales suelen recurrir a la ISP para actividades como las que enumera Cristina:

*En situaciones sociales importantes que necesitamos conocer, saber, datos importantes (...) cómo está viviendo el enfermo la situación, la familia, cuál es su situación social en ese momento, ¿no?*

42:16 ( 0:15:11.73 [0:01:03.12] )

- Consultas de enfermería

El personal de enfermería recurre a la ISP para realizar todo tipo de actividades con usuarios desconocedores de su lengua. Paula, por ejemplo, relata:

*Explicar un poquito la alimentación, explicarle la prevención de riesgos. Es traducir un poquito, pues cuando un niño también... Bueno, en enfermería, básicamente es esto, cuando hacemos el control de peso, la talla, explicarle un poquito (...) básicamente hago consultas, básicamente. Se pueden hacer*

*solamente conmigo, con enfermería, controles de peso, etc. Pero yo, de momento, las que más he hecho son las revisiones, ¿vale? Tanto, revisiones desde el lactante hasta más mayorcitos, de revisión del inmigrante. Que, bueno, pues se entra, se quita la ropa, pesamos, medimos (...) Que se ponga en el peso, que se ponga en la talla, que... Bueno, el test de Tume, que le voy a tomar la tensión, le explico, pues si le tengo que hacer la prueba de la tuberculosis, ¿vale? Un poquito, le explico el proceso, de qué se trata, se explica siempre todo de qué se trata, para que, pues sobre todo el niño no se asuste, antes explicarle los pasos que se va a dar antes de realizarlos, así que sepan de que van, ¿no?*

56:2 ( 0:01:42.51 [0:00:21.92] )

- Pruebas médicas

Los profesionales de la ISP tienen un papel crucial a la hora de realizar pruebas médicas a usuarios extranjeros alófonos, pues sus intervenciones garantizan la comprensión del procedimiento a seguir. Cristina reconoce:

*Hay situaciones importantísimas, como que han tenido que entrar para hacerle alguna prueba a algún enfermo que no habla el idioma, y con el que colaborar “estire el brazo”, “le van a pinchar ahora esto”, “entra en una máquina, no se angustie”, y seguir las órdenes.*

42:16 ( 0:15:11.73 [0:01:03.12] )

- Comunicación de información que puede resultar traumática

Tal y como se ha comentado en el apartado 4.3.4., cuando hablábamos de la mediación en caso de posible malentendido cultural, el profesional de la ISP colabora con el profesional de la salud informándole del protocolo aceptado por la cultura del paciente para comunicar información con una elevada carga emocional. Además, interviene de nexo comunicador en el momento de la transmisión de dicho mensaje.

- Educación sanitaria

En las actuaciones de educación sanitaria, los profesionales de la ISP intervienen tanto para pasar el mensaje de una lengua a otra como para adaptarlo a la cultura del usuario, para garantizar su completa comprensión. Sonia asevera:

*Sobre todo, en el ámbito de la diabetes, la figura del mediador es muy importante, pues no solamente por barrera idiomática, sino por los hábitos culturales, adaptación de la dieta, eh... Todo lo que es, los cambios en el estilo de vida, que tiene que comportar una diabetes, y entonces, todo eso, si no se incorpora y no se hace bien, es la base del tratamiento. Entonces es el pilar fundamental, la educación diabetológica y los cambios en el estilo de vida. Y eso, muchas veces,*

*tropezamos con esa barrera cultural, y por eso, la mediación y demás, pues ayuda mucho en este sentido.*

62:1 ( 0:00:24.99 [0:00:54.53] )

- Concesión de permisos

Resulta imprescindible la intervención de un profesional de la ISP para la comprensión de ciertos documentos oficiales relacionados con los tratamientos aplicados a los usuarios, como el consentimiento informado.

- Casos de hospitalización

Se recurre a la ISP para la comunicación con aquellos pacientes ingresados en los centros hospitalarios que lo necesiten, en cualquier momento de su estancia.

- Altas médicas

En el momento del alta, el profesional de la ISP interviene entre el profesional de la salud y el usuario alófono transformando de una lengua a otra la información relativa a los procedimientos exigidos (cuidados posteriores, tratamientos, etc.) y las visitas médicas programadas.

A menudo, previamente a la visita médica, en la agenda de visitas programadas aparece la cita del profesional de la salud con el usuario y el profesional de la ISP. En un primer momento (y fuera de la consulta), el profesional de la ISP suele recibir al usuario y esperar con él a ser llamados a consulta. Durante este tiempo de espera, el profesional de la ISP puede ofrecer explicaciones al usuario acerca del funcionamiento del sistema sanitario, aunque dado que los profesionales de la salud no están presentes en ese momento, no han especificado los temas que se tratan. Igualmente, a veces se informan del caso en una pequeña entrevista informal con el usuario, de manera que se familiarizan con la información que se va a tratar en la consulta. Posteriormente, en la consulta, se realizan las presentaciones pertinentes. Inicialmente, el profesional de la ISP se presenta a las partes, tras lo que procede a presentar a las partes. Tras ello, empieza la intervención en ISP propiamente dicha. En ella se presta la atención sanitaria pertinente mediante las intervenciones del profesional de la ISP, que garantizan el intercambio comunicativo. A medida que se va exponiendo la información pertinente, el profesional de la ISP la traduce oralmente. De igual manera, presta, cuando lo considera conveniente, información que permite ajustar los tratamientos al estilo de vida del usuario.

En las visitas con un trabajador social, el proceso parece ser un tanto diferente. Inicialmente se presentan los profesionales. Tras ello, realizan un pequeño *briefing*, con tal de contextualizar al profesional de la ISP y hacerlo conocedor del caso. Posteriormente, el trabajador social expone la información que desea transmitir, con la mediación del profesional de la ISP, tras lo que éste solicita al usuario que exponga su punto de vista, que le es transmitido al profesional en su lengua. Margarita explica:

*Intentamos siempre primero, presentarnos los profesionales, para que puedan encuadrar un poco la situación. Y si suelo tener yo, ya más información a nivel general, o médico, social o familiar, y planteo un poco la situación, para que el mediador sepa de quién estamos hablando. Si es la Madre, pues que... saber que... encuadrar que vamos a hablar de un hijo... (...) Un poco encuadrar... Importante, para poder saber de quién hablamos, del tipo de paciente, si es la madre, si es el hijo, si es otro pariente, con quien convive... Cosas básicas, un mini-esquema o gelograma. Algo para encuadrar y saber de quién hablamos, los nombres de las personas y poder entender luego el diálogo. Entonces, a partir de ahí, eh... Sí, bueno, la mediadora yo creo que le preguntó más ... Igual que yo le expliqué mi versión, le pregunta a ella un poco la versión de cuál es el problema o la situación ¿eh?. Para poder tener las dos informaciones.*

52:4 ( 0:03:05.55 [0:00:24.90] )

Carlota describe las etapas de la visita médica mediada de la siguiente manera:

*Su función básicamente es traducir o intentarme explicar a mí qué es lo que le pasa al paciente... Porque claro, ya no es decir: “me duele arriba” o “me duele un pié”, porque luego yo pregunto qué tipo de dolor, si es un dolor que pincha, es un dolor que oprime, es un dolor que tal... Ella va traduciendo y luego, cuando yo ya, más o menos... Bueno, ya me ha explicado todo lo que yo quiero saber de lo que le pasa al paciente, yo me lo exploro y luego tiene un segundo trabajo, que es explicar todo lo que quiero yo que haga, al paciente, incluso tratamientos médicos, la receta, con lo que tiene que ir a la farmacia, y todo.*

57:3 ( 0:02:18.16 [0:00:37.72] )

Los agentes de salud comunitarios intervienen de manera diferente a los mediadores interculturales, en tanto y en cuanto ofrecen explicaciones sanitarias propias, guiados por los profesionales de la salud, dejando de lado la tarea de interpretación propiamente dicha en algunos momentos. De este modo, toman parte activa en la conversación. Teresa explica:

*Como están formados en lo que nosotros en nuestro ámbito, todo lo que nosotros tratamos pues le le explicamos al agente de salud y le decimos mira pues explica esto, pues que será, que es bueno que se haga este reconocimiento o que le ha salido esto alterado y que entonces ellos ya saben. Decimos bueno, pues ahora tenemos que continuar el estudio por aquí que esto puede debido a parásitos o lo que sea y ella se lo explica y esto les explica pues, pues todo lo que hacemos ¿no? porque esto y bueno también a nivel de exploración, pues que le vamos a hacer, la vamos a explorar o que le vamos a pedir estas pruebas y luego, pues según que pruebas, pues que tienen que hacer una preparación especial, pues también se lo explica, y se les explica después el tratamiento, el tratamiento de pastillas o también, si aconsejamos una, un tratamiento preventivo, como puede*

*ser para tuberculosis, o como puede ser vacunación de hepatitis B, pues ellos, pues toman parte ¿no? parte activa.*

40:2 ( 0:05:06.76 [0:01:59.83] )

Finalmente, destacaremos que los profesionales de la salud afirman contar con material traducido por los profesionales de la ISP (como normas de alimentación, etc.) que se entregan a los usuarios a modo de material de apoyo con tal de acelerar el proceso, asegurando la comprensión del mensaje.

La mayoría de profesionales de la salud afirman reunirse con los mediadores interculturales tanto de manera previa como posterior, cuando lo consideran necesario. No obstante, la reunión previa, parece ser más frecuente que la posterior. En estas reuniones previas, el profesional de la salud comparte con el profesional de la ISP información sobre el caso en el que van a trabajar de manera conjunta, así como el mensaje que se quiere transmitir (en casos ya conocidos). Esto permite que la entrada del profesional de la ISP en la conversación no sea tan brusca, dado que ya es conocedor de la información básica. No obstante, no todos los profesionales de la salud celebran este tipo de reuniones. Isabel justifica la falta de una reunión previa con el siguiente argumento:

*El día que nosotros sabemos que están los pacientes, es el mismo día que en la consulta. O sea, por ejemplo, es hoy, si hoy hay, entonces yo puedo ver si tengo chinos y dice si vienen con la mediadora, no lo sé antes.*

2:20 ( 0:11:42.75 [0:00:47.44] )

En esta línea, algunos profesionales de la salud afirman realizar las consultas “sobre la marcha”, es decir, sin reuniones previas, para contribuir a la fluidez que requiere el trabajo en contexto sanitario. No obstante, en casos complejos se realizan reuniones puntuales. Igualmente, los entrevistados afirman que este tipo de reuniones son más frecuentes cuando el profesional de la ISP empieza a trabajar en el centro y van disminuyendo a medida que va adquiriendo experiencia. Paula, a pesar de no realizar nunca este tipo de reuniones, subraya su importancia resaltando que desearía ver en los mediadores interculturales un mayor interés:

*... en lo que es pediatría, en este caso. O preguntase, interesarse en lo que vamos a hacer antes, o las fases en que vamos a hacerlo, o cómo vamos a hacerlo. Comentar un poquito más, digamos. Mejor, comentar mejor, para que no se alarguen tanto estas visitas. Bueno, a veces hay un poco de... Se alarga mucho, no te acabas de aclarar, un poquito de...*

56:15 ( 0:06:21.31 [0:00:48.66] )

En el trabajo de los agentes de salud comunitarios, las reuniones previas a la visita médica van un poco más allá. A parte de recibir un resumen del caso, estos profesionales pueden proporcionar (si procede) información de la cual el usuario les ha hecho

concedores, en beneficio de su asistencia sanitaria. Igualmente, se da mucha importancia en estas reuniones al intercambio de información cultural, con tal de adaptar el servicio proporcionado para que éste respete las costumbres y creencias del usuario. Teresa anuncia:

*A veces pues... intercambiamos y conocimientos pues o yo le explico un poco lo que quiero. Sobre todo, es casos de de seguimiento, de de SIDA, bueno de SIDA, de en persona infectadas por el VIH o de tuberculosis o así o a veces es al revés, que que ellos han captado a la persona que en la comunidad y dicen esta persona está o está preocupada por esto o... O está, o piensa que puede tener tuberculosis, o más que tener puede sobre la tuberculosis porque ellos les dan charlas de tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual, son ellos que que nos lo comunican y entonces no se, o sea, hay como un intercambio, o también un intercambio de creencias, o de algunas actitudes que nosotros igual pues no llegamos a comprender, cuando dices algo y el agente de salud te dice bueno es que esto lo, esta persona se ha comportado así o a dicho esto así, o la reacción es así pues por esto. Y ya está. Por ejemplo, en la cuestión de ramadán, nosotros ahora ya sabemos que cuando damos un tratamiento que tenemos que decir que no lo tienen, o sea, no podemos decir que lo va a tomar por el día, tenemos que pensar que lo va a tomar por la noche, ya decírselo porque si no, no lo toma y... y... y eso.*

41:9 ( 0:09:43.98 [0:01:35.44] )

Las reuniones posteriores sirven para extraer conclusiones a raíz de las opiniones de los actores de la conversación en ISP. En ella, el profesional de la ISP, si se lo solicitan, comparte sus impresiones con el profesional de la salud, comentando, en base a lo observado en la interacción y sus conocimientos de la cultura del usuario, el motivo de ciertos comportamientos o actitudes. De este modo, el profesional de la ISP y el profesional sanitario intentan aclarar aquellas ambigüedades que se hayan podido vivir en la interacción y, si es necesario, acuerdan volver a citar al usuario para una nueva visita que le sirva de refuerzo de lo tratado. Una vez más, cabe subrayar que no son todos los profesionales de la salud los que celebran reuniones de este tipo y tampoco en todos los casos. Esto se debe, al igual que en las reuniones previas, al cúmulo de trabajo existente en periodos de tiempo muy reducidos.

Tal y como comentábamos en el apartado 4.3.4., los entrevistados afirman que los profesionales de la ISP se reúnen con los usuarios de manera previa a la consulta (en la sala de espera), lo que les sirve de acogida. Igualmente, aseveran que, tras la consulta y si la carga de trabajo se lo permite, los profesionales de la ISP acompañan a los usuarios no solo en la programación, sino también a la hora de recibir explicaciones acerca de la consulta o el sistema sanitario.

#### 4.3.6.5. Cooperación con los profesionales sanitarios

Por lo general, los profesionales de la salud afirman tener una relación cordial y comedida con los profesionales de la ISP. Garantizan la ausencia de problemas y fricciones, así como la existencia de un buen ambiente. Sin embargo, se dan casos en los que los profesionales de la salud afirman que tal relación es inexistente, dado que los profesionales de la ISP no dan lugar a un intercambio a nivel personal.

Los entrevistados afirman que el trabajo con los profesionales de la ISP se va naturalizando con el tiempo. Esto resulta normal, pues los integrantes de todo equipo consiguen un trabajo óptimo a medida que se van conociendo y adaptando los unos al trabajo de los otros. La mayoría asegura que los profesionales de la ISP se sienten integrados en el equipo asistencial, aunque se dan excepciones. Por norma general, los profesionales de la salud reconocen la amplia disposición de los profesionales de la ISP y la inmediatez en la que responden a sus solicitudes. Además, aseguran que los profesionales de la ISP suelen contar con un nivel de empatía que favorece mucho su trabajo. Sea como fuere, como ocurre en todas las profesiones, se encuentran profesionales de la ISP que no muestran tanto interés en su trabajo.

Por lo general, los encuestados parecen sentirse cómodos trabajando con profesionales de la ISP. Afirman que resulta muy enriquecedor trabajar con sus servicios. Además, supone un alivio, dado que trabajar sin servicios de ISP implica un gran desgaste del profesional de la salud. Y en la mayoría de ocasiones, se realiza grandes esfuerzos en vano por entender a algunos usuarios. Sin embargo, algunos entrevistados insisten en que el nivel de comodidad también depende de la persona con quien trabajen. Paula comenta:

*Más cómoda con una persona que con otro, pero en general, bien. (...) Depende quien es, es un poquito caos, ¿eh?, todo hay que decirlo. Leen, a veces dan la impresión de que es algo corto y están ahí “bla, bla, bla...”, después no hay nada que se traduzca, nosotros a nuestro idioma. A veces muy bien, otras veces no tanto, depende. Es lo que hay aquí.*

56:5 ( 0:03:10.49 [0:00:29.46] )

Los profesionales de la salud insisten en resaltar que las visitas médicas mediadas son el doble de largas que las no mediadas (que suelen tener una duración aproximada de 8 minutos). Defienden que esto se tendría que tener en cuenta para ofrecer otro tipo de visita, de manera que el tiempo acordado fuera mayor, con tal de evitar aglomeraciones.

Lo único que parece incomodar al personal sanitario es la intromisión de algunos profesionales de la ISP en el intercambio conversacional. Esto ocurre cuando éste se involucra demasiado con el usuario y se posiciona a su favor, abogando por los intereses del mismo, lo cual se sale de sus fronteras profesionales. Cristina comenta:

*Depende de la persona, depende de cómo sea el mediador. Tenemos mediadores, de todo tipo hemos tenido, ¿vale? Y una de las dificultades que hemos tenido, es cuando el mediador se afecta, se queda muy afectado con la situación del enfermo por su cultura. Y entonces toma partido, y eso nos cuesta mucho, pero bueno, normalmente si el intérprete, hemos preparado bien la entrevista, y luego hemos... Luego la comentamos también, ¿eh?, después de eso. Y más o menos, y nos conocemos, trabajando y todo eso, normalmente bien, correcto. Controlamos. Lo malo es eso, cuando a veces, no todos, no todos realizan su trabajo muy bien. Y entonces, a mi me ha pasado, ¿eh?, de tener alguno que se ha identificado tanto con la situación, que ha tomado partido y ha querido ir más allá pidiendo cosas y hemos tenido que decir “bueno, alto, que tu función no es esa”.*

42:5 ( 0:05:40.26 [0:01:09.52] )

La frecuencia de uso de los servicios de ISP depende del perfil de usuario que acude al centro sanitario en cada momento. De este modo, cuanto mayor es la afluencia de usuarios alófonos, mayor es el uso de los servicios de ISP. La mayoría afirma recurrir a este tipo de servicios siempre que lo consideran necesario. Aun así, se observan ciertas reticencias, por parte de algunos profesionales de la salud, a recurrir a la ISP, causados por la extensión del tiempo de visita, así como por los tiempos de espera necesarios para acceder a dichos servicios. Laura argumenta:

*En realidad, alarga mucho las visitas. O sea, cada vez que viene, piensas “en vez de siete minutos necesitaré treinta, casi que es mejor que no venga”. No sé, en casos puntuales me ha sido útil, pero muchas veces es muy pesado, porque hay pocos recursos. Cuando venga la mediadora tendríamos que tener una visita más larga, y como no es así, se hace casi más pesado que venga.*

3:7 ( 0:03:25.63 [0:00:38.13] )

Además, explican que el horario de disponibilidad de los servicios de ISP influye en la frecuencia de uso de los mismos, de manera que cuanto mayor es la disponibilidad horaria de los mismos, mayor es su uso. Igualmente, dado que no siempre es el profesional de la salud el único que puede solicitar servicios de ISP, los entrevistados consideran que promocionar estos servicios ayudaría a que se utilizaran más. Consideran que hay un amplio sector poblacional que puede necesitar de los servicios del ISP pero, dado el desconocimiento de su disponibilidad, no lo solicitan.

Ante la pregunta sobre el número de veces que solían recurrir a servicios de ISP por término medio al mes, las respuestas más comunes fueron entre 2 y 3 veces (6 entrevistados) y entre 4 y 5 veces al mes (5 entrevistados), seguidas por entre 10 y 15 veces al mes y 1 vez al mes (3 entrevistados). Igualmente, 2 de los entrevistados dieron una respuesta de entre 10 y 15 veces al mes y otros 2 se decantaron por entre 10 y 15. Otras respuestas que sólo aparecieron una vez fueron 0 veces, entre 7 y 8 veces al mes, entre 0 y 2 y una vez cada tres meses.

Si bien en las entrevistas a este perfil no estaba previsto el tema de la necesidad de concienciación de los profesionales de la salud respecto a la ISP, Antonio propone la realización de actividades de concienciación cultural para los profesionales de la salud:

*Yo esto lo desconozco, pero creo que sea muy útil que hiciera algún tipo de charla informativa, para explicar un poco aspectos culturales que nosotros podemos no entender, cuando la actitud de determinadas madres, alguna etnia social o ideas culturales que hay, que a nosotros nos pueden parecer que no son las normales en una madre de nuestro entorno, pero creo que serán muy importantes tenerlas en cuenta, para valorar un poco la actitud de estos padres con respecto a su hijo. Pero en la práctica no hay en mucho tipo de estas charlas explicativas, o informativas, al personal. Creo que serían muy útiles.*

25:9 ( 0:06:17.22 [0:00:57.74] )

#### **4.3.6.6. Relación existente entre diversos servicios de ISP**

Aunque no se llega a profundizar en este aspecto, algunos entrevistados han dejado constancia en sus intervenciones de la relación que los servicios de ISP a su alcance tienen con otros servicios de ISP. En las entrevistas se comenta que en algunos centros sanitarios que tienen una relación institucional (por ejemplo, los que forman parte de un mismo consorcio) se dispone de un mismo profesional de la ISP, que presta sus servicios en varios puntos de asistencia. Igualmente, ante la falta de disponibilidad de servicios en una lengua concreta, algunos gestores de servicios de ISP contactan con profesionales de la ISP externos para poder atender a los usuarios que acuden al centro. Teresa expone:

*Nosotros por ejemplo agente de salud chino no tenemos, pero porque no vemos población china, alguna vez sí que ha venido algún chino y a a y [la gestora de estos servicios], ha contactado, me acuerdo un caso porque hemos tenido prácticamente poquísimos pacientes chinos, y que no y... y gracias a a [la gestora de estos servicios] que contactó con con mediador chino y eso pues pues conseguimos solucionar el problema, pero en principio no queda excluido no lo tenemos si nosotros no tenemos a nadie eso pues que hable, que hable chino pero... podemos contactar con con personas que hablen sí que son eso mediadores mediadores de de chino y también filipinos, con la comunidad filipina tampoco tenemos pero porque tampoco nos vienen, no hemos visto la necesidad, que no vienen personas. Pacientes filipinos vienen pocos, y los que vienen saben hablar castellano, pero sino también... encontraríamos la manera de, bueno, de contactar con alguien que nos pudiera servir de, al menos de mediador.*

41:10 ( 0:11:32.98 [0:01:22.01] )

#### 4.3.6.7. Procedimiento de evaluación

Existe un desconocimiento generalizado acerca de si se sigue algún procedimiento para evaluar los servicios de ISP, aunque la mayoría de entrevistados afirman que dicha evaluación es inexistente. También aseguran que los gestores de estos servicios llevan un seguimiento de los mismos, así como, en ocasiones, los trabajadores sociales, quienes tienen, habitualmente, una relación más estrecha con los profesionales de la ISP. Cristina asegura:

*Nosotros, las trabajadoras sociales sí. Lo que pasa que cuando, sobre todo antes que éramos las tutoras, evidentemente eso quedaba muy claro, ¿vale?, porque estábamos calificando todos los aspectos. Ahora solamente cuando nos la piden. En estos momentos no nos la han pedido. No nos han pedido esa evaluación, lo cual no quiere decir que nosotros no dejemos de manifestar lo que vemos. Bueno y malo.*

42:23 ( 0:20:06.81 [0:00:30.78] )

En algunos centros se han llegado a realizar encuestas de satisfacción de los servicios de ISP, tanto a profesionales de la salud como a usuarios. Mercedes expone:

*Yo creo que en nuestro centro, sí. Porque depende de los trabajadores sociales, y creo que sí, que hay unas encuestas. A mí no me la han dado para pasarla. Nunca me ha tocado hacer la encuesta, pero supongo que es al azar, y sí que hay unas encuestas que miden realmente, si es necesario y cuál es la calidad de este servicio.*

66:21 ( 0:10:01.17 [0:00:22.39] )

#### 4.3.7. Beneficios obtenidos con los servicios de ISP

De acuerdo con los entrevistados, la ISP ha beneficiado la relación entre el personal y el usuario al posibilitar:

- Éxito en la comunicación

Los entrevistados atribuyen muchísima importancia a este beneficio de la ISP, pues afirman que las trabas en la comunicación impiden que se presten unos servicios de salud adecuados.

- Acercamiento

Gracias a la ISP, el personal sanitario puede entablar una relación con sus usuarios, de manera que se aumenta el vínculo entre ambas partes. Igualmente, se eliminan los prejuicios causados por el miedo a lo desconocido, incorporando a las personas de origen extranjero a la normalidad del país. A este respecto, María explica:

*Quizás el rechazo a lo desconocido. Además que sigue siendo desconocido por todas las barreras culturales, pero sobre todo idiomáticas, hace que haya pues eso, este rechazo mantenido ¿no? Cuando empiezas a conocer un poquito más, cuando te empiezan a explicar “no, no, es que esto lo hacen así porque es su manera de hacer, es su cultura ¿no?”, pues entiendes que, bueno, no es una manera única, vienen de otro sitio, ya se adaptarán aquí, pero quizás les tiene que explicar que aquí somos distintos y si no hay esta posibilidad de comunicación, pues ni unos ni otros no nos vamos a aceptar.*

1:28 ( 0:12:04.04 [0:00:41.59] )

- Comprensión y adaptación a las diferencias culturales

El alcanzar un éxito en la comunicación implica una comprensión del usuario. Esto favorece la empatía del profesional de la salud y, por ende, la adaptación de los servicios sanitarios al estilo de vida del usuario.

- Confianza entre los interlocutores

El mero hecho de conseguir comprender el mensaje sanitario hace que aumente la confianza del usuario para con el profesional de la salud. A esto cabe añadir que la prestación de servicios que facilitan la comunicación sirve de prueba para los usuarios alófonos de la voluntad manifiesta de comprensión por parte del centro sanitario. Rosa expone:

*Todo resulta de la mejor comunicación, ¿no? Hay más confianza del paciente hacia el médico, ¿no? Porque se ve el esfuerzo de entender lo que él dice, y lo que le preocupa y lo que le duele. (...) Son pacientes que antes entraban como, un poco con respeto y con miedo, y ahora, ¿no? Se sienten que esto es un centro de salud y que los atendemos bien y... No sé, hay más confianza, yo diría.*

4:21 ( 0:15:36.68 [0:00:40.70] )

- Mayor seguridad de los interlocutores

Con ISP, los usuarios se sienten mejor entendidos. Esto hace que incrementen su tranquilidad y seguridad vis a vis de los servicios de salud. Asimismo, los profesionales de la salud consiguen alcanzar una mayor calidad en su trabajo, lo que les reconforta en el transcurso de las prácticas médicas. Mercedes explica:

*También, al ser un facilitador, pues nos ayuda a poder hacer, con más agilidad nuestra faena y no estar nerviosos pensando que no se entiende, que no se puede empezar a hacer nada porque la persona no entiende lo que le quieres hacer, ni la técnica, ni por ejemplo, cuando uno tiene que ir al quirófano, poder entender que se le ha explicado, que está firmando un consentimiento y que entiende lo que firma, pues todo esto nos facilitan muchísimo.*

66:20 ( 0:09:22.04 [0:00:30.33] )

- Comodidad de la visita médica a tres

De acuerdo con los entrevistados, al alcanzar un buen grado de comunicación, el trato es más agradable. En esta línea, Antonio argumenta:

*Bueno, yo creo que cuando tenemos un paciente con el que es difícil comunicarse, tiende a haber cierto rechazo, o quizás desidia, a la hora de dirigirte a él, o de... Entonces intentamos hacer las mínimas intervenciones necesarias. Cuando tienes acceso a un mediador cultural, la comunicación es más fluida, se puede repetir en varias ocasiones, puedes hacer un seguimiento de la percepción del paciente, de cómo... Yo creo que es fundamental tener un mediador cultural.*

25:18 ( 0:12:05.65 [0:00:49.79] )

De acuerdo con los profesionales de la salud entrevistados, los principales beneficios que obtienen los centros sanitarios de los servicios de ISP son:

- Mayor éxito en la comunicación

La ISP hace que el personal sanitario consiga una mejor comprensión de las necesidades del usuario.

- Mayor accesibilidad a servicios sanitarios y, por ende, una mayor afluencia de usuarios

De acuerdo con Rosa, gracias a la ISP los centros sanitarios se adaptan a la sociedad:

*El centro se ha de adecuar a la población que tiene. Esto yo creo que... ¿No? No podemos atender solo a los castellanoparlantes y la... ¿No? 25 % yo que sé qué tanto por ciento son, que... ¿No? pacientes que quizás hablan mejor otro idioma.*

4:17 ( 0:12:34.28 [0:01:01.40] )

- Mayor eficacia en los diagnósticos, tratamientos y pruebas médicas, así como una considerable disminución de los riesgos y errores médicos

Gracias a la comprensión del mensaje médico, se consigue conocer con exactitud las necesidades del usuario, llegando prestar servicios sanitarios óptimos para tratar su dolencia. Rosa explica:

*Cuanto mejor sé la sintomatología del paciente, pues mejor adecuado está el tratamiento y la prueba que le he pedido. Y quizás, ¿no? Disminuyen los riesgos del mismo tratamiento y de la prueba, esto también es indirecto, también para el centro.*

4:17 ( 0:12:34.28 [0:01:01.40] )

- Mejor uso de los recursos sanitarios, con el consecuente decrecimiento de pérdidas de visitas médicas

Rosa asegura que con la ISP, el usuario:

*Está mejor orientado, no pierde visitas porque ha entendido la hora y el día que tiene que volver a venir, ¿eh? Las pruebas que le pedimos y cuándo serán, ¿no? Lo primero que yo pienso es que se ahorran visitas, porque he visto, que los que no tenemos mediador, no se enteran, vuelven a venir, ¿no? “Hombre, que no me he enterado donde tenía que ir”.*

4:17 ( 0:12:34.28 [0:01:01.40] )

- Ahorro considerable de tiempo y dinero

El éxito en la comunicación que garantiza la ISP hace que se eviten esfuerzos y visitas innecesarios, ahorrando considerablemente el tiempo y el dinero destinado a tratar a un paciente con quien es imposible entenderse de otro modo. Antonio mantiene que la ISP:

*Facilita la tarea del profesional, con lo cual libera de tiempo y dedicación para poder ocuparse de otras tareas, más a lo mejor asistenciales. La información que puedes transmitir en cinco minutos, se puede convertir en cincuenta en un paciente con el que no te... Entonces, el tiempo que no te dediques informar, puedes dedicarlo a otras tareas.*

25:14 ( 0:10:01.65 [0:00:33.93] )

- Aumento de la confianza del usuario inmigrante en el sistema sanitario.

Elena subraya:

*Para determinadas culturas, a lo mejor, o personas que hace poco que están aquí, que no acaban de entender el seguimiento sanitario, lo que se puede hacer aquí y encontrarse con alguien que de lo expone, explica, te ayuda a afrontar las visitas con los médicos, o con nosotras, o... Yo creo que es muy importante, y que a ellos les da mucha más confianza.*

39:18 ( 0:09:27.17 [0:00:28.29] )

- Tolerancia ante la diversidad cultural

La instauración de este tipo de servicios ha supuesto un acercamiento a un sector poblacional que se encontraba distanciado por sus divergencias culturales con la población mayoritaria. Beatriz argumenta:

*Hombre, yo creo que esto nos da, a ver, apertura, ¿no? Y también conocimiento de otras culturas, que se conocen, conocemos en forma light, pero que nos hemos abierto un poco de miras porque el mundo ha cambiado en este aspecto,*

*¿no? Hemos de incorporar estas personas a nuestro mundo y nosotros nos hemos de incorporar al suyo. Lo que pasa es que ellos van a tener que hacer mayor esfuerzo porque están en otro... No están en su país. Entonces, es un poco abrirse.*

45:19 ( 0:21:34.01 [0:00:37.63] )

- Mejora de la calidad asistencial

Los entrevistados consideran la ISP como un servicio que aporta al centro sanitario un “valor añadido”. Tales servicios contribuyen a mejorar la calidad de la atención al usuario. Con ellos se ha logrado ofrecer una atención más adecuada a los usuarios alófonos, lo que ha posibilitado que se les atiendan con más eficiencia. Patricia razona:

*Si te comunicas mejor, pues tu trabajo lo puedes hacer mejor. Claramente. (...) Pues una mejor asistencia de... A una población inmigrante que acaba de llegar. Porque normalmente, la gente que lleva aquí tiempo, algo te puedes comunicar. El problema son los recién llegados, claro.*

67:13 ( 0:06:30.16 [0:00:31.34] )

Los beneficios que los profesionales consideran haber obtenido de estos servicios son:

- Mayor éxito en la comunicación: La ISP vence el obstáculo lingüístico que impedía ofrecer una asistencia sanitaria correcta.
- Incremento de la satisfacción profesional del personal sanitario motivada por la mejora de la calidad asistencial

Según María, la ISP ha supuesto:

*Una ganancia en cuanto a calidad asistencial y es una ganancia de cara a la satisfacción del personal, que ves que bueno, que tu trabajo no tiene... llega, llega a su destino.*

1:22 ( 0:09:49.71 [0:00:37.45] )

- Incremento del sentimiento de seguridad del profesional de la salud frente a situaciones de comunicación multicultural y multilingüística

Consuelo asegura que los servicios que estudiamos aportan al personal sanitario:

*Tranquilidad y saber que... O sea, quitar un poco esa incertidumbre de salir por la puerta, y pensar “no me han entendido nada de lo que les estoy diciendo, o de lo que creo que deberían, ¿no? Entender de salir de concepto, de la visita”.*

65:13 ( 0:06:32.48 [0:00:31.94] )

- Mayor eficacia de los pronósticos, tratamientos y pruebas médicas

Los profesionales de la salud afirman que la ISP es esencial para conseguir un buen diagnóstico y un correcto seguimiento del paciente. Rosa explica:

*Cuando no te puedes relacionar y comunicar con el paciente, más riesgo, ¿no? Cualquier fármaco que prescribes, o cualquier prueba que recomiendas, o... ¿No? Entonces tienes como... Siendo... Teniendo alguien al lado que te lo traduzca bien, y que te haga entender exactamente lo que tiene el paciente, claro, facilita el diagnóstico, facilita orientar la terapia para la enfermedad que diagnósticas. Claro, a mí me ayuda muchísimo, ¿no? En los casos que la necesitamos, es que la necesitamos de verdad.*

4:15 ( 0:11:13.38 [0:00:36.46] )

- Mayor concienciación multicultural, que supone un acercamiento del profesional y el usuario inmigrante alófono

De acuerdo con Pilar, los servicios de ISP han ayudado:

*Al personal sanitario, en concreto a mí, a entender muchas cosas que no entendía del paciente, sus costumbres, o su cultura.*

6:15 ( 0:08:00.75 [0:00:08.97] )

- Ahorro considerable de esfuerzos por parte del personal sanitario

En este sentido, Beatriz explica:

*Se agiliza nuestro trabajo porque no nos quedamos entrabancados con un paciente que lo tiene delante, que si le estas explicando una cosa y como no te puedes comunicar, no puedes comunicarle aquello que le va a ayudar a ir a los sitios y a que sepa dónde están las cosas, ¿no?*

45:17 ( 0:17:49.57 [0:02:08.80] )

De acuerdo con los profesionales de la salud entrevistados, los beneficios que la sociedad ha extraído de la implantación de servicios de ISP en el ámbito sanitario son:

- Favorecimiento de la integración

Isabel afirma que estos servicios han permitido que las personas inmigrantes alófonas:

*Se sientan mejor acogidas, más que a integrarse, porque ya te digo que yo creo que igual para la integración... Un poco que ellos tuvieran que hacer el esfuerzo, no sé hasta qué punto depende de quienes, me parece que al principio sería muy bien, pero después yo creo que deberían plantearse, no sé que en un principio cuando vienen llegando, sí me parece muy correcto y muy importante de que*

*faciliten la comunicación, pero que ya con el tiempo debería... no debería... se necesitaría como que ellos hicieran el esfuerzo también de integrarse. Porque también es importante para a la larga eso.*

2:31 ( 0:21:53.72 [0:00:55.19] )

- Eliminación de prejuicios
- Mayor prevención de enfermedades

Rosa expone:

*Si viene un inmigrante de un país que tiene riesgo de... O hay más prevalencia de tuberculosis, por ejemplo, ¿no? Teniendo una mediadora que te lo traduzca bien, le puedes explicar que tenemos que hacer un screening y tal, ¿no? Y despistar problemas de salud, ¿no? Infecciones que son endémicas en otros países y lo que nosotros acostumbramos a hacer, es screening, y quizás con una mediadora al lado, tienes más eficacia del screening.*

4:18 ( 0:13:55.59 [0:00:36.57] )

- Acercamiento cultural y aprendizaje mutuo

La ISP consigue una normalización de la situación poblacional actual. Beatriz manifiesta:

*Es abrirse para dejar entrar, ellos nos aportaran cosas, evidentemente nuestra cultura es la que tiene la fuerza... O sea, ellos se tienen que insertar en nuestro barco para ir navegando aquí, igual como a nosotros nos pasaría allí, nos tendríamos que insertar en la suya, entonces claro, nuestra aportación es más pequeña, porque lo que predomina aquí es la nuestra, de cultura. Y es lo de siempre, es abrirse y, bueno, dar y recibir, de alguna manera, ¿no?*

45:20 ( 0:22:20.14 [0:00:37.81] )

- Acceso igualitario a los servicios de salud, lo cual implica el cumplimiento de un derecho fundamental

Teresa opina:

*Yo creo que la función clave, para la sociedad en general, es que es un elemento de equiparación, de igualdad. ¿No?, que el usuario, sea de la lengua que sea, va a tener una atención en igualdad de condiciones. Porque va a ser informado igual, porque va a ser atendido según su situación.*

42:19 ( 0:17:01.04 [0:00:36.38] )

Los beneficios que, de acuerdo con los profesionales de la salud, han obtenido los usuarios de los servicios de ISP son:

- Mayor éxito en la comunicación en ámbito sanitario

Según Consuelo, la ISP asegura a los usuarios:

*El saber de que les comprendemos un poquito más, que entendemos lo que nos quieren decir. Y al menos, salir con la sensación esta, ¿no? Que: “he ido a la visita, me han entendido, y he salido...”*

65:14 ( 0:07:10.81 [0:00:25.98] )

- Decrecimiento de las preocupaciones y de los sentimientos de intranquilidad e inseguridad en el usuario alófono en contexto sanitario

La ISP rompe con el aislamiento que supone la existencia de una barrera lingüística. Miguel asegura:

*El simple hecho de tener un mediador cultural, por ejemplo, al lado, hace que el paciente se relaje mucho más. (...) simplemente el hecho de estar en la consulta contigo el mediador cultural (...) hace que la cosa se relaje mucho más, el paciente esté mucho más distendido, esté mucho más accesible, hace que el paciente entienda mucho más la enfermedad y, por tanto, hace que el paciente comprenda lo que tiene que hacer y haga bien las cosas.*

43:6 ( 0:05:10.45 [0:01:23.60] )

- Mayor sentimiento de acogida entre los inmigrantes alófonos.

De acuerdo con Cristina, con la ISP, los usuarios:

*Se sienten como más acompañados. Hablar con alguien de su cultura, en un momento dado, en un entorno que les es completamente extraño, que todo el mundo habla otra cosa... Que... Pues eso, yo creo que es muy importante, el acompañamiento que les hace sentir muy arropados.*

42:17 ( 0:16:21.84 [0:00:19.95] )

- Mejor conocimiento de los servicios que la sociedad de acogida pone a su disposición: Con los servicios de ISP se consigue un mejor entendimiento del sistema sanitario y de la medicina practicada en el país de acogida.

- Mayor confianza en el proceso médico

El profesional de la ISP ayuda a que el usuario procedente de una cultura sanitaria diferente comprenda las prácticas sanitarias autóctonas, las asimile y confíe más en ellas. Esto favorece que el usuario deposite una mayor confianza en el centro médico. Teresa afirma:

*El ver a alguien de tu misma cultura que está trabajando aquí, pues hace que se sientan más seguros de que de que lo que se les está, de que el tratamiento, o lo que se les está indicando pues que sí que está bien, que no es una cosa de los blancos o de los europeos o que se está; porque algunos habían llegado a cuestionar si se estaba haciendo estudios con ellos o así.*

41:16 ( 0:18:37.79 [0:01:09.81] )

### 4.3.8. Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados

A continuación presento un listado de aquellos aspectos que, según los entrevistados, cabría mejorar:

- Trato más individualizado del usuario extranjero alófono

Tal y como se ha comentado, la ISP permite que el trato al usuario extranjero sea más apropiado a sus necesidades. No obstante, María propone:

*Quizás un poquito más de acompañamiento a la usuaria, porque ya está bien desde el mismo momento que una usuaria, se puede dirigir en chino ¿no?, como son las mediadoras que tenemos aquí. Acude al sistema sanitario, yo entiendo que lo ideal sería que concertara una primera visita con mediadora para explicarle todo el sistema, cómo funciona. Creo que no se está haciendo, quizás podría ser una cosa buena, pero en general yo estoy satisfecha con el funcionamiento.*

1:18 ( 0:07:57.84 [0:00:43.59] )

- Ampliación de la disponibilidad horaria de los servicios de ISP

Dada la limitación horaria de los servicios de ISP, en ocasiones los profesionales tienden a reprogramar las citas de determinados pacientes, de manera que se puedan realizar dentro de las franjas de disponibilidad de estos servicios. Aún así, destacan que ciertas intervenciones no pueden esperar, lo que supone un hándicap importante. Por esta razón insisten en la necesidad de incrementar las horas de prestación de este servicio. Sara plantea:

*No sé si en plantilla, o las veinticuatro horas del día, pero más horas sí. Por lo menos que estuvieran, por ejemplo, yo que sé... Tres días o cuatro a la semana, y horario por la mañana y horario por la tarde. Entonces ya adresas al usuario, o “ven mañana a tal hora”, o... ¿Entiendes? Considero que sí, que en este ambulatorio sería necesario.*

47:25 ( 0:16:09.36 [0:00:35.20] )

- Mayor cobertura lingüística

Los entrevistados observan una necesidad de ampliar las lenguas disponibles en los servicios de ISP a su alcance. Según afirman, precisan servicios que

respondan a las necesidades de los grupos culturales más predominantes en cada centro, de manera que se puedan atender a personas árabes, asiáticas e indoasiáticas y subsaharianas. La prestación de tales servicios podría desembocar en una mayor afluencia de personas de ciertos orígenes que no acuden a determinados centros sanitarios a causa de las barreras lingüísticas y culturales. Miguel argumenta:

*Si tú tienes que diseñar un servicio de mediación intercultural, tienes que poner mediadores culturales de las comunidades que más se atienden en el hospital. Bueno, pues, actualmente, el que hay es de árabe, rumano y chino. ¿Vale? Los chinos vienen muy poco al hospital. Vienen muy poco. Pero sí que es verdad que cuando vienen, más que un mediador, hace falta un traductor, que no es lo mismo. ¿Vale? Los rumanos sí que vienen, ¿vale?, pero los rumanos, los rumanos que vienen a España tienen mucha facilidad para aprender el idioma, mucha facilidad. Y la mayoría de pacientes rumanos que yo he visto en la consulta vienen hablando castellano perfectamente. Por lo tanto, el mediador de rumano no es, ni mucho menos, una necesidad. Si está, ganga, perfecto. Y el árabe, pues vale, perfecto. El árabe sí que puede ser interesante. ¿Pero cuántos mediadores hay de África Subsahariana? ¡Cero! ¿Cuántos de Paquistán? ¡Cero! Es decir, responde a una buena intención, pero se han quedado en eso, porque no dan el servicio que respondería a la demanda del hospital realmente.*

43:4 ( 0:02:22.51 [0:01:14.42] )

- Mayor trabajo de concienciación multicultural

En este sentido, Antonio comenta:

*Faltaría completar un poco más, la vertiente de mediador cultural en el sentido más amplio de la palabra.*

25:23 ( 0:13:22.61 [0:00:32.33] )

- Elaboración de una estructura sólida para los servicios de ISP ofertados

Se observa una falta de una estructura organizada en los servicios de ISP disponibles. Es por ello que algunos profesionales de la ISP carecen de sentimiento profesional, desatendiendo aspectos como la puntualidad y el respeto hacia el horario de trabajo. Esto se ve impulsado por la falta de una persona que ocupe un cargo superior a ellos en los centros de salud, así como de unos protocolos de actuación, que hace que estos profesionales no sientan un elevado compromiso para con el centro.

En este sentido, Beatriz profundiza:

*Tampoco ha sido una cosa, digamos, establecida, formalmente fija, organizada con unos... No con unos poderes, sino con unos recursos para poder trabajar.*

*Entonces claro, ha sido light. Es como si hubiésemos ido haciendo sobre la marcha, un poco con buena intención pero tapando agujeros. No es la forma, porque el paciente lo nota.*

45:16 ( 0:16:49.37 [0:00:46.02] )

- Mayor cooperación del profesional de la ISP con el resto de profesionales del centro sanitario

Si bien la mayoría de profesionales de la ISP tienen mucha predisposición hacia su trabajo, en algunos centros se advierte la necesidad de reconducir la situación, con tal de que estos interactuaran de una manera más activa, ofreciendo sus servicios al equipo médico por iniciativa propia. Sara menciona su experiencia como auxiliar administrativo que necesita de la ISP en su trabajo del día a día argumentando:

*Yo pienso que la mediadora no tendría que estar detrás, tendría que estar donde estamos nosotras, y actuar o interactuar en el momento que viene una persona, que ellas ven que no hablan bien la lengua, no... Yo creo que no la tendríamos que llamar. O sea, ella está detrás, está el internet, o estudiando catalán, haciendo sus cosas, ¿no? Yo pienso que no, que tendría que estar delante. Delante, sentada en una silla, o hacien... No sé, delante. Entonces, cuando hay un usuario, no... Que no haya el esfuerzo, de tanto “que no te entiendo, que no te entiendo, que no se qué”. No, no, ya sin llegar a ese punto, que ellas dijeran “oye, que ¿qué es lo que le queréis decir?”, esto pues ya lo transmitirían y ya está. No sé si me explico muy bien. Pero es que tampoco, no viene, no está mucho. Y cuando está, pues está detrás, ¿entiendes? Y la tienes que llamar, y a veces la tienes que llamar varias veces.*

47:6 ( 0:04:37.42 [0:01:28.99] )

- Mayor conocimiento de los procesos de salud en pro de la agilidad de las visitas

Los entrevistados considerarían beneficioso una mayor formación de los profesionales de la ISP en temáticas de índole sanitario con tal de alcanzar una prestación óptima de sus servicios. Paula apreciaría:

*... que tuviesen un poquito, o de formación más en... Sí, en lo que es pediatría, en este caso. O preguntase, interesarse en lo que vamos a hacer antes, o las fases en que vamos a hacerlo, o cómo vamos a hacerlo. Comentar un poquito más, digamos. Mejor, comentar mejor, para que no se alarguen tanto estas visitas. Bueno, a veces hay un poco de... Se alarga mucho, no te acabas de aclarar, un poquito de...*

56:15 ( 0:06:21.31 [0:00:48.66] )

- Mayor difusión de los servicios de ISP

En la opinión de Carlota:

*Habría más pacientes que los podrían usar. Creo que ellos, por ejemplo, el señor este que vino la semana pasada, no sabía que teníamos mediadora china. Por las chicas de abajo, que ya la llamaron, porque vieron que... Luego fue a pedir hora y aquello debió ser un show. Entonces, ellas, lo detectaron ellas. Pero creo que debe haber mucha población que igual la necesita y que no es consciente de que tienen esta posibilidad. Creo que igual se debería publicitar un poco más. En las pantallas, o...*

57:24 ( 0:14:45.60 [0:00:36.06] )

### 4.3.9. Comunicación con usuarios alófonos en ausencia de ISP

Las diversas formas en las que los entrevistados afirman comunicarse con usuarios alófonos cuando no cuentan con un servicio de ISP a su disposición incluyen:

- Interpretación telefónica

Pilar describe la progresión de las soluciones aportadas a las barreras lingüísticas en el ámbito de la siguiente manera:

*Bueno, teniendo en cuenta que antes sólo tenías Sanitat Respon y ahora tenemos una persona presencial, ¡ha cambiado muchísimo! Y antes teníamos un dibujo en la pared para que cada uno señalase dónde le dolía, en urgencias. La noche y el día. ¿Qué queda por avanzar?, supongo que muchísimo, pero eso ya... Tener una persona, aunque sea un día a la semana o dos...*

6:14 ( 0:07:16.50 [0:00:35.18] )

Aun contando con servicios de ISP presenciales, los profesionales de la salud afirman recurrir al servicio de interpretación telefónica del Departament de Salut, conocido como Sanitat Respon, ante la falta de disponibilidad de servicios presenciales. Dado que, como se ha estado comentando, los horarios de los servicios de ISP y la cobertura lingüística de los mismos suelen ser bastante limitados, se acaba recurriendo a Sanitat Respon, aunque algunos entrevistados consideran más cómodos (y en ocasiones más efectivos) los servicios presenciales. Beatriz explica:

*Durante unos meses no hemos tenido, llamaba al CatSalud, para que a través del teléfono pudiesen, como yo decirle al mediador lo que fuese, que se lo comunicase al paciente por teléfono, lo cual era muy complicado, por eso ¿he?, pero... Porque por teléfono también cuesta, al mediador le cuesta por teléfono, entender el idioma. O sea, lo entienden mejor así que por teléfono, el otro idioma.*

*Y entonces era muy difícil explicarle al mediador por teléfono y que él se lo explicase al paciente. Hasta ahora era así, o telefónicamente...*

45:8 ( 0:07:53.82 [0:00:47.72] )

- Profesional bilingüe

En ocasiones, los profesionales de la salud recurren a su conocimiento de otros idiomas con tal de comunicarse con ciertos usuarios, ya sea el idioma del usuario o un tercer idioma común. No obstante, a menudo, dichos conocimientos lingüísticos son bastante limitados. Rosa explica:

*Hay veces que utilizo mi inglés, porque hay muchos que entienden inglés. Y lo que utilizo es el traductor de Google, a veces, que por pequeñas palabras, entre una y la otra, nos entendemos, ¿no? Lo básico, cuando no está la mediadora, me aseguro de transmitir unas cosas muy básicas, porque si intento más cosas, es casi medio imposible...*

4:7 ( 0:06:31.62 [0:00:26.23] )

- Material lingüístico en varios idiomas

Por lo general, los profesionales de la salud tienen a su disposición material sanitario disponible en varios idiomas. Dicho material es, a menudo, fruto del trabajo de los profesionales de la ISP o de personal médico bilingüe que se presta a prepararlo. Igualmente algunos laboratorios farmacéuticos e incluso el Departament de Salut ponen a su disposición material lingüístico que favorece la comunicación cuando se dan barreras lingüísticas. Aún así, no todos lo utilizan, dado que lo consideran pesado. Miguel desvela:

*No, sirve para mucho, sí que sirve, pero la gente no lo usa. Primero porque no sabe que existe, segundo porque los médicos no tienen paciencia para hacerlo, porque tienen listas muy grandes y no tienen paciencia y tercero porque, desgraciadamente, muchos médicos siguen pensando que los pacientes tienen la obligación de aprender el idioma para venir al médico, si no, no.*

44:5 ( 0:03:52.36 [0:00:24.46] )

Habitualmente recurren a dicho material únicamente cuando no se dispone del profesional de la ISP. Este material se puede clasificar según sus características en:

- Guías de conversación en el ámbito sanitario

Cristina explica:

*Tenemos un libro de traducción (...) Léxico básico de conversación sanitaria. Bueno, esto lo editó el Institut Català de la Salut. Pero bueno, realmente, muy, muy operativo, no es. Porque es un poco complicado, pero bueno, se hizo con*

*buena idea, ¿eh? (...) Yo diría que [se usa] poco. Nosotras no, ¿vale? Los médicos y enfermeras, puede que en algún momento, sobre todo al principio cuando que ya les editaron.*

42:6 ( 0:07:01.06 [0:01:19.24] )

- Listas de vocabulario

María comenta:

*Tenemos alguna hoja traducido lo básico y disponemos de unas láminas también, anatómicas.*

1:10 ( 0:04:43.56 [0:00:20.28] )

- Formularios multilingües

Javier menciona:

*Sí que hacen materiales [los profesionales de la ISP]. Por ejemplo, nosotros, a veces les hemos pedido algunas instrucciones de laboratorio, que necesitamos pues traducirlo en algún idioma, sí que hemos requerido la ayuda de los intérpretes, para poderlo traducir y adaptar culturalmente al mensaje. Hemos hecho algún trabajito de esto. Poquito, pero algo sí. Muy poco, ¿eh?*

64:10 ( 0:05:29.07 [0:00:27.07] )

- Anuncios y carteles con información acerca del centro sanitario

Los profesionales de la ISP traducen información de carácter general.  
Cristina afirma que:

*En cada planta, en las plantas hay unas reglas, una de lo que tienen que hacer las familias, los horarios, ¿vale? La normativa de la planta. Entonces esto, por ejemplo, sí que lo hemos pedido.*

42:13 ( 0:11:18.69 [0:00:27.49] )

- Manuales de acogida

Los integrantes de los servicios de ISP se encargan también de la traducción de manuales que los profesionales de la salud elaboran para la comunidad inmigrante. Margarita comenta:

*Sí pedimos, en un... En concreto, nosotros hicimos un trabajo de tener un hijo, un documento de... Cuando un inmigrante llega, qué normas o qué pasos tiene que seguir. Pues, donde empadronar, o como dar de alta aquí en el ambulatorio, o como... Cosas... Un documento básico de... Y de algún tipo de ayudas económicas o servicios que se tenían que tener en cuenta. Sobre todo, con los*

*bebés, “que si roba..., tenir un fill”, o tener un hijo. Entonces quisimos traducirlo también en chino y en algún otro idioma, pues por tener... Y después, ya que teníamos la mediadora, dijimos: mira, ¿qué te parece? Pues es un producto nuevo, y le interesó y nos lo facilitó traducido.*

53:3 ( 0:01:35.00 [0:00:42.46] )

- Programas multimedia

Algunos miembros del personal sanitario afirman recurrir a herramientas como Google Translate para encontrar la traducción de las palabras más importantes que quieren transmitir al usuario de origen extranjero en ausencia de servicios de ISP. Asimismo, tienen acceso a programas multimedia a través de la Intranet que sirven para facilitar la comunicación en ámbito sanitario con personas que no dominan las lenguas autóctonas, como el Universal Doctor. Sin embargo, afirman que su uso es muy remoto. Esto es debido a que la comodidad que ofrece este tipo de material a los profesionales de la salud no es muy elevada. Miguel explica:

*Hay un programa que se hizo desde la Asociación de Medicina y Familia, que es el Universal Doctor, que ese está integrado dentro de... del programa informático del hospital. Entonces yo creo que lo debe usar el... el 0,1 % de los médicos.*

44:4 ( 0:03:16.29 [0:00:32.72] )

- Acompañantes

A menudo, cuando el paciente inmigrante acude a un centro sanitario acompañado por una persona que parece hablar la lengua autóctona, los profesionales tienden a no solicitar los servicios de ISP. En estos casos confían en que sea el acompañante quien actúe de canal comunicador del mensaje sanitario. En ocasiones son los mismos miembros del personal sanitario quienes aconsejan a los usuarios acudir acompañados al centro sanitario para subsanar el posible problema de comunicación, sobre todo en horarios en los que la ISP no está disponible. Algunos profesionales de la salud llegan a considerar esta una solución más cómoda que la ISP. Isabel menciona acerca de los profesionales de la ISP:

*Algunas cosas parece que ya las han traducido a su idioma y se lo puedes dar por escrito, pero igualmente uno ve, que cosas que ellos vienen, están viniendo a las revisiones con uno que igual ya deben saber ¿no?, de que... de que es así, porque tiene que ser así, porque tiene que tomar, porque si trae algo sencillito, medio litro de leche al día. Entonces, tardan tanto en decir eso, o en que lo entiendan, que no, no sé, no sé si es que es su cultura, si es que... no sé. Porque cuando vienen con familiares no se tarda tanto.*

2:12 ( 0:07:28.79 [0:00:34.81] )

En ocasiones, se llega a solicitar la intervención de menores de edad cercanos al usuario quienes, dado que se encuentran escolarizados en el país, tienen un dominio lingüístico superior al del resto de personas cercanas al usuario. Carlota explica:

*Los hijos son unos grandes mediadores también, sobre todo los que son nacidos aquí, o han venido aquí desde pequeños y están escolarizados aquí, es un mediador estupendo. Pero si no vienen con hijos... Para mí la mediadora, vamos, es fantástica.*

57:7 ( 0:04:42.87 [0:00:25.61] )

Diversos profesionales de la salud afirman que no siempre el acompañante es capaz de transmitir el mensaje sanitario en condiciones. Esto es debido a que, aunque tengan un dominio lingüístico superior al del usuario, a menudo éste es insuficiente para mantener una conversación de especialidad. Es por ello que generalmente la intervención de un profesional de la ISP aporta mayor seguridad al personal sanitario, puesto que está formado en la materia.

- Gestos

En ausencia de servicios de ISP, algunos profesionales afirman recurrir a la comunicación mediante gestos para visitar a un usuario que no domina la lengua autóctona. Carlota comenta:

*Tienes que estar aquí haciendo gestos, gesticulando, popurreando medio en inglés, medio en no sé qué... Que tampoco entiendo un nivel de inglés, y aquí haciendo la gallina y tal...*

57:19 ( 0:12:05.34 [0:00:33.49] )

- Dibujos

En casos extremos, en ausencia de servicios de ISP, los profesionales de la salud han llegado a recurrir al esbozo de dibujos, así como a señalar en pósteres colgados en la pared la zona afectada en el paciente, con tal de poder acabar ofreciendo un diagnóstico.

#### **4.3.10. Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP**

Por lo general, los entrevistados parecen satisfechos con los servicios de ISP a su alcance. Consideran dichos servicios cómodos y de una elevada utilidad, aunque insisten en subrayar sus limitaciones horarias. No obstante, destacan el contratiempo temporal que les supone el uso de estos servicios a los miembros del personal sanitario. Dada la relación de aspectos mejorables de los servicios de ISP, es de esperar que no todos los profesionales se muestren satisfechos ante los servicios ofertados. Laura puntúa su satisfacción de la siguiente manera:

*Con de 0 a 10, pues un 6. Es poco, es poco útil porque es poco tiempo. Y en realidad, alarga mucho las visitas.*

3:7 ( 0:03:25.63 [0:00:38.13] )

Los profesionales de la salud que trabajan con mediadores interculturales suelen apreciar sus servicios a pesar de los inconvenientes citados. Aquellos que trabajan en contacto con agentes de salud comunitarios consideran dicho perfil profesional un modelo a implantar en otros centros de salud, dadas las funciones añadidas que le son propias.

En otro orden de cosas, los entrevistados creen que los usuarios se encuentran satisfechos con los servicios de ISP. La ISP proporciona la información sanitaria que el usuario desea transmitir, así como la que precisa conocer, de manera que ambas partes llegan a entender el 100 % del mensaje médico. Rosa explica:

*¿Los usuarios? ¿No? Tienen, ellos, de lo que yo veo, ¿no? Están contentos de tener a alguien que les puede traducir lo que quieren comunicar, porque muchas veces, cuando hay una mala comunicación entre médico y paciente, casi siempre resumen lo que son síntomas. Y cuando está ella lado, siempre pueden decir detalles, y “me preocupa esto y lo otro”, ¿no? A cambio de dolor, cabeza, ¿no? Y eso, más cosas, “me duele por la mañana”, “por la tarde”, “tantas veces”, ¿no? Es otra cosa, es diferente, yo creo que yo, y ellos, lo notamos bastante.*

4:16 ( 0:11:54.16 [0:00:36.68] )

Por último, por lo que concierne a la satisfacción de los propios profesionales de la ISP, ésta es muy elevada observando los resultados. Estos profesionales parecen ser, por lo general, muy trabajadores y estar siempre dispuestos a colaborar con el personal sanitario. Aunque los datos recogidos en las entrevistas también revelan que en ocasiones se observa cómo algunos profesionales de la ISP intentan realizar tareas que no les corresponden. Sea como fuere, con tal de solucionar este problema y potenciar la satisfacción general de los profesionales de la ISP, se debería confeccionar una estructura de servicios de ISP organizados. Beatriz argumenta:

*Las propias mediadoras, yo creo que como no tienen una estructura organizada, que les haga sentir que son útiles, ¿vale? Yo creo que... En el sentido de la puntualidad, no se toman un interés, de decir: “llego a tiempo”, “llego a mi hora”, ¿vale? Un poco, no sé, no se sienten útiles. Cuando están aquí y tal y cual, vale, ponen de ellas y tal, pero en ciertos aspectos, como ven que no hay una estructura organizada, ellas tampoco tienen dónde agarrarse. No tienen un jefe definido, que digan: “oye, esto aquí, allá”, “vamos a organizar esto”, “vamos a hacer esto”. Nos dice: “vendrán dos días a la semana, una este y una el otro, ya está la organización hecha”, y tú: “¡ah!, bueno pues cuando me cuente con la cosa, con el paciente, pues ya veremos qué es lo que hacemos”. Un poco, tiene que haber una definición, tiene que haber unos protocolos, tiene que haber una estructura, para que ellas están también moverse y a partir de ahí... Bueno, e improvisar si es necesario, pero escolta, una estructura porque si no ellas*

*también, ¿eh?, van pérdidas también. En parte, no sé sienten que están firmemente asentadas en un grupo de gente, se sienten como... Sí, están trabajando como un subgrupo dentro de un grupo muy grande. Están allí solas también.*

45:28 ( 0:28:46.42 [0:01:43.41] )

Si bien los entrevistados no pueden asegurar el punto de vista de la dirección de los diferentes centros respecto de la ISP, muestran sus impresiones al respecto. Estas desvelan que la dirección de los centros sanitarios suelen encontrarse bastante distantes de estos servicios, con lo que no se plantean demasiado su necesidad o sus beneficios. Sea como fuere, los entrevistados consideran que el equipo de dirección de los centros debe considerar la ISP un servicio necesario, desde el momento en que lo ofrecen y no cambian las pautas de actuación del mismo. Asimismo, mencionan que estos servicios deben proporcionar seguridad a la dirección de los centros, en tanto y en cuanto se evitan problemas originados por la barrera lingüística y, en caso de haber algún error, estos servicios los pueden subsanar. Aun así, los datos recogidos en las entrevistas apuntan hacia un desinterés por parte de los centros sanitarios en invertir en servicios de este tipo. Miguel argumenta:

*Saber lo que piensan siempre es muy difícil. Yo creo, sinceramente, porque soy optimista, yo creo que ellos saben que es importante. Yo creo que lo saben. Pero ni mucho menos es una prioridad para ellos, está clarísimo, que no es la prioridad, sus prioridades serán otras... Les gusta disfrazarse de que uno de los lemas del hospital es eso... (...) <sup>25</sup> Que se quiten las medallas, por el amor de Dios. O sea, es decir, no es una prioridad para el hospital. (...) Yo creo que ellos saben que es importante, no es ni mucho menos para ellos una prioridad, en absoluto, no lo es, y aunque lo fuera no hay recursos económicos para poder... para poder satisfacerla. Pero quisiera entender, quisiera comprender y quisiera saber... eh... quisiera saber que para ellos es una cosa que es importante. Pero no es, ni mucho menos, prioritaria.*

44:23 ( 0:14:55.17 [0:01:05.18] )

En esta línea, se menciona que las prioridades de los centros sanitarios se reducen a aquello que conlleva mejores resultados económicos. Los entrevistados sugieren que, mientras estos servicios sean asequibles, se mantendrán. No obstante, afirman que estos desaparecerán en el momento en que los centros de salud consideren más rentable actuar de otro modo. Catalina manifiesta:

*Yo no lo sé, yo creo que la deben percibir buena, claro. Ya de mí para arriba, no sé cómo... No sé si es de departamento, de calidad, yo qué sé los departamentos*

---

<sup>25</sup> Se ha eliminado de la cita el lema del hospital, con tal de salvaguardar la confidencialidad de datos.

*que... Imagino que si ellos cada vez que se hablan, ven “pa”, “pa”, pues valorarán que es buena. Si no es buena, la quitarán, y si no nos entra bien el aspecto económico... Total, como todo. Como todo se mueve a raíz del dinero... De momento es buena, el costo yo no sé cuál es, ni entro. A lo mejor resulta que el año que viene, valoran que es caro, pues no hay mediadores, porque al final, se mueve todo por eso. Da igual si se enteran o no se enteran, de todo lo hablado, lo ideal es, para que él, ¿no?, el enfermo venga más tranquilo, es seguridad. Yo lo creo así, y yo más tranquila de que... Pero como todos vamos siempre a lo mismo, pues igual se valora el año que viene “¡huy!, este servicio se quita, y ya está, y no hay estudios que valgan, si son buenos o malos, sólo prima el dinero. Yo creo que lo valorarán como... O sea, lo tienen que valorar como bueno, seguro. La finalidad, ya lo otro no lo sé, me lo tendrás que contactar con los cargos superiores.*

50:11 ( 0:06:13.28 [0:01:13.96] )

Los profesionales de la ISP parecen considerar de calidad los servicios prestados. Según se comenta, estos están contentos con el trabajo que realizan. Los entrevistados afirman que a los profesionales de la ISP les gusta su trabajo y se encuentran muy motivados y dispuestos a realizarlo de la manera más eficaz posible.

El personal sanitario reconoce la calidad de los servicios de ISP a su alcance, aunque muchos insisten, una vez más, en la escasez de su disponibilidad. Asimismo, insisten en que no todos los miembros del personal sanitario recurren a ellos, dado que no todos tienen (u observan) la misma necesidad de este tipo de servicio. En este sentido, Elena asevera:

*Yo creo que hasta el momento, todo el mundo ha estado muy contento con el servicio. (...) El personal en general, el que ha tratado más directamente casos con las mediadoras, es que es de una utilidad importantísima para nosotros.*

39:24 ( 0:11:42.90 [0:00:18.99] )

Según los entrevistados, los usuarios reconocen la calidad de los servicios de ISP prestados. Estos están muy agradecidos de tener a su disposición a una persona que domine su idioma y les facilite la comunicación con los miembros del personal sanitario. Los profesionales de la salud afirman que no ha habido quejas de los servicios prestados y que incluso se ha incrementado el número de usuarios que los utilizan. María comenta:

*Por parte de los usuarios que utilizan el servicio, una valoración altísima, muchas usuarias (...) que vienen y no... por casualidad no es un miércoles que es un día de mediación, se encuentran un poquito perdidas, un poco desvalidas y siempre te piden “no, no, miércoles, miércoles” que tienen la mica de llenguatge.*

1:31 ( 0:13:23.68 [0:00:27.33] )

## **4.4. Informe de análisis de los cuestionarios realizados a usuarios de los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés**

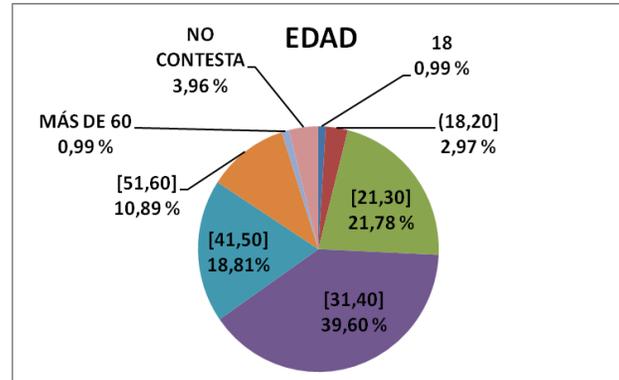
En este informe, he recopilado las respuestas de los 101 cuestionarios cumplimentados por usuarios de los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés. Tras exponer el perfil de los usuarios que han respondido a estos cuestionarios, muestro cómo estos describen los servicios recibidos. Así, gracias a los datos obtenidos a través de estos cuestionarios, vemos las maneras como los usuarios alófonos de los servicios de salud pública se comunican con los profesionales de los mismos, incidiendo en sus preferencias, su nivel de satisfacción en la comunicación, etc. A continuación, presento cuál es su opinión sobre el perfil ideal del profesional de la ISP. Finalmente, describo de manera sucinta la práctica de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés desde el punto de vista de los usuarios.

### **4.4.1. Perfil de los respondientes**

A partir del análisis de las variables demográficas recogidas, expongo el perfil de los usuarios que han respondido a los cuestionarios. Para ello, trato características personales de los mismos, como son el sexo, la edad, la lengua materna o el nivel de estudios.

El porcentaje de mujeres encuestadas es de un 32,67 %, casi la mitad que la de hombres, que ha resultado ser un 60,40 %. Por otra parte, el porcentaje de personas que no han querido revelar su sexo ha sido de un 6,93 %. De estos datos se podría extraer que es mucho mayor el número de hombres que acuden a estos servicios que el de mujeres.

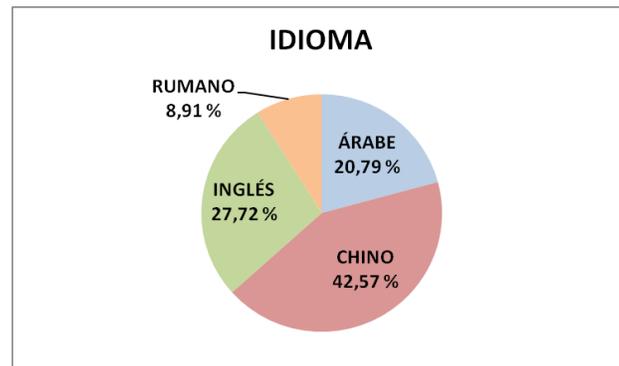
Para la variable edad se sugirieron múltiples respuestas presentadas a modo de rangos de edad, tal y como muestra el siguiente gráfico. Como vemos, la respuesta más recurrente entre los encuestados fue la del intervalo [31-40]. De la información obtenida se infiere que las edades de los usuarios de estos servicios, está comprendida entre los 21 y 60 años, ya que el resto tan solo representa el 4,95 % del total.



**Gráfico 7. Rangos de edades de los usuarios.**

Tal y como muestra el gráfico, los usuarios que más recurren a estos servicios son los de edades comprendidas entre los 31 y los 41 años, con un 39,60 %. A estos les siguen los usuarios de 21 a 30 años de edad, con un 21,78 %. Tras ellos se encuentran los de edades comprendidas entre los 41 y 50 años, con un 18,81 %, seguidos por los de 51 a 60 años, con un 10,89 % y los de 18 a 20 años, con un 3,96 %. Por último, se encuentran los usuarios de 18 años y los de más de 60 años equiparados, con un 0,99 %. Un 3,96 % de los encuestados no ha revelado su edad.

En el gráfico siguiente, vemos la distribución de los usuarios encuestados según el idioma utilizado en la interpretación. En él se observa que el idioma más utilizado es el chino, con una frecuencia de 43 individuos de los 101 encuestados, lo que representa el 42,57 % del total. El segundo lugar lo ocupa el inglés, con un 27,72 %, seguido del árabe, con un 20,79 %, y el rumano, con un 8,91 %.



**Gráfico 8. Lenguas utilizadas.**

El nivel de estudios es una variable cualitativa, que se ha agrupado por rangos, tal y como muestra el gráfico siguiente. Vemos como el valor más frecuente se encuentra en los estudios de ciclo medio, con un 52,48 %. El siguiente nivel de estudios por prevalencia de sujetos es el nivel avanzado, con un 30,69 %, seguido de los usuarios sin estudios, que representan el 9,90 %. Cabe destacar que ha habido un 5,94 % de personas que no han respondido a esta pregunta y un 0,99 % de encuestas en las que se ha respondido incorrectamente a esta pregunta.

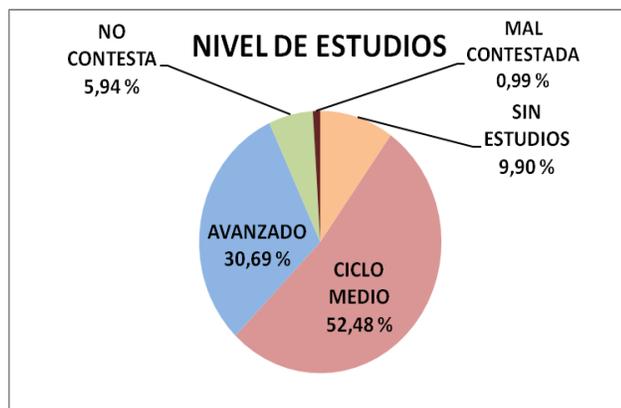


Gráfico 9. Nivel de estudios de los usuarios.

#### 4.4.2. La comunicación entre los usuarios alófonos y los miembros del personal sanitario

Como podemos observar en el gráfico siguiente, una gran mayoría de los respondientes (concretamente un 69,31 %) se siente más cómodo cuando en su comunicación con el personal sanitario recibe el apoyo un intérprete. Mientras tanto, un 20,79 % se siente más cómodo cuando recibe la ayuda de un familiar o un intérprete indistintamente. Por otra parte, un 3,96 % prefiere afrontar solo la situación comunicativa en ámbito sanitario, a pesar de las dificultades encontradas, mientras que otro 3,96 % se siente más cómodo con la intervención de un familiar. En cambio, el 0,99 % restante prefiere afrontar la situación comunicativa en el ámbito sanitario sólo o con un profesional de la ISP. Un 0,99 % de los encuestados no responde a esta pregunta.

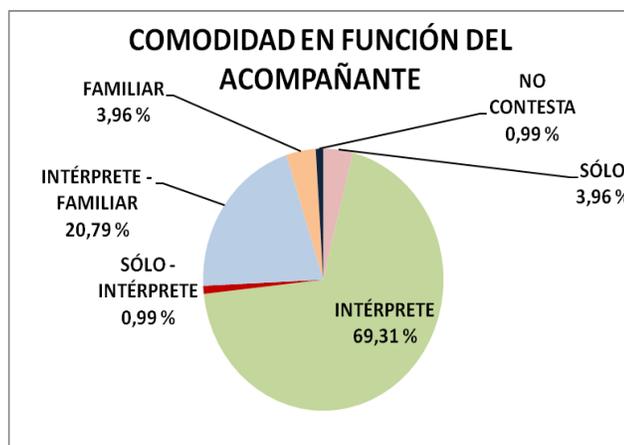


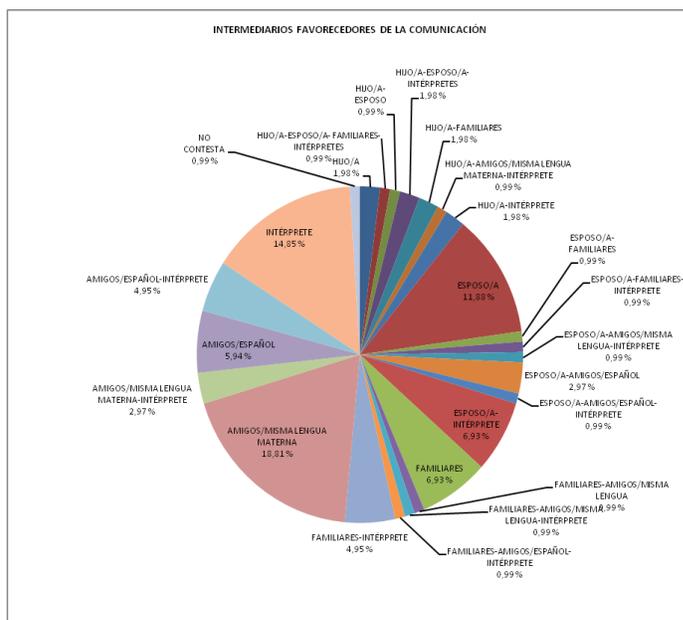
Gráfico 10. Nivel de comodidad en presencia o ausencia del intérprete.

Cuando los encuestados acuden a una visita médica acompañados por una tercera persona, ésta no suele ser un profesional de la ISP. Únicamente un 14,85 % de los encuestados afirma acudir frecuentemente a sus visitas médicas acompañado de un

intérprete. En cambio, un 53,47 % confiesa personarse en los centros de salud habitualmente acompañado por algún familiar o amigo. Además, un 30,69 % asegura asistir a sus citas con un profesional de la salud ya sea acompañado de un profesional de la ISP o de un familiar o amigo, según el día.

De los que recurren a una persona no profesional de la ISP, un 35,29 % suele servirse de algún amigo, mientras que un 54,12 % dice recurrir siempre a la ayuda de un familiar. El 10,59 % restante afirma acudir con un perfil u otro según el día. La mayor parte de los familiares acompañantes no profesionales de la ISP lo representan los cónyuges de los usuarios (en un 23,53 % de los casos analizados en este estudio). A este perfil le siguen otros familiares (en un 13,72 %). Por último encontramos los hijos del propio usuario, quien interviene haciendo las veces de un intérprete para un 3,92 % de los encuestados. El 58,83 % restante afirma acudir a sus visitas médicas con un familiar u otro, en función de la situación de cada momento.

Por lo que respecta a los usuarios que prefieren que sean amigos los que hagan las veces de intérprete en sus visitas médicas, cabe destacar que la mayoría (un 61,90 %) suele recurrir a personas de su misma lengua materna, con conocimientos de español y/o catalán. El resto de encuestados (un 38,1 %) acude con amigos cuya lengua materna es el español y/o catalán y, además, hablan la lengua materna de los usuarios. Por último, cabe mencionar que un 0,99 % no contesta a esta pregunta.



**Gráfico 11. Intermediarios favorecedores de la comunicación en los servicios públicos del ámbito sanitario.**

La mayoría de los encuestados, un 38,61 %, afirma que en sus visitas médicas no se le facilitan documentos informativos sobre el problema tratado traducidos a su idioma. A este porcentaje le sigue desde muy cerca un 32,67 % que afirma recibirlos a veces,

mientras que un 25,74 % afirma recibirlos. Cabe destacar que un 2,97 % no se pronuncia acerca de este tema.

Tan sólo 62 de las 101 personas encuestadas (el 61,39 %) han contestado a esta pregunta. Cuando se pregunta a los usuarios sobre si los acompañantes traducen o no todo lo que se dice en las visitas médicas, los encuestados responden de la siguiente manera:

- Un 29,70 % de los usuarios afirma que cuando cuentan con los servicios de un intérprete, éste traduce la totalidad de la información compartida a lo largo de las visitas médicas.
- Un 11,88 % opina que cuando acude ayudado por otra persona, sea o no profesional, éste traduce toda la información.
- Un 10,89 % afirma que cuando va acompañado por un intérprete éste traduce toda la conversación, mientras que si su acompañante no es un profesional de la ISP no se traduce todo.
- Un 5,94 % afirma que los familiares que les acompañan a las visitas traducen todo lo que se dice.
- Un 1,98 % asevera que los familiares no traducen la totalidad de la conversación.

Igualmente, de entre los encuestados que aseguran que los intérpretes y personas no profesionales traducen la totalidad de la información compartida, un 66,67 % cerciora que los familiares también lo hacen. De entre los que opinan que los intérpretes sí que lo traducen todo pero las personas no profesionales no lo hacen, un 54,55 % afirma que ni los familiares ni los amigos consiguen traducir la totalidad del intercambio conversacional.

No incido en el resto de porcentajes extraídos dado que, por su escasa recurrencia, resultan insignificantes a los efectos de este estudio.

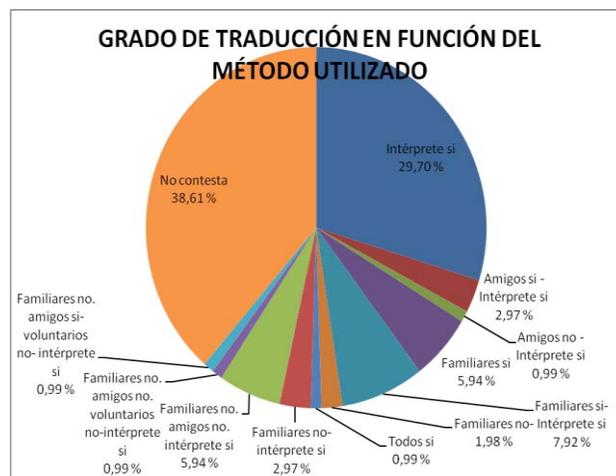


Gráfico 12. Grado de traducción en función del método utilizado.

La mayoría de los encuestados, el 53,47 %, se muestran satisfechos tanto con la intervención de sus familiares como por la de intérpretes o mediadores interculturales, el 19,80 % muestra su satisfacción hacia el trabajo de un profesional de la ISP, frente a un 4,95 % que están satisfechos con la intervención de familiares o amigos.

Cabe destacar que un 14,85 % queda insatisfecho cuando su acompañante es un familiar o un amigo. Un porcentaje insignificante (0,99 %) se muestra insatisfecho ante la ayuda recibida por amigos y profesionales y otro 0,99 % con los familiares. Igualmente, un 4,95 % no contesta a esta pregunta.

#### 4.4.3.El perfil del profesional de la ISP según las preferencias de los usuarios

La mayoría de los encuestados, el 31,68 %, prefiere que el profesional de la ISP sea una persona no autóctona, sin importarles la edad ni el sexo del mismo.

En cuanto a su origen, edad y sexo, un 65,35 % de los encuestados afirma no tener preferencias acerca de la edad del profesional de la ISP, frente a un 8,91 % que prefiere que el profesional de la ISP sea menor de 25 años y un 14,85 % que lo prefiere mayor de 25 años. Un 57,42 % de los encuestados prefieren que el profesional de la ISP comparta su lengua materna y tenga conocimientos de la lengua del país de acogida, frente a un 32,67 % que se muestra más partidario de un profesional de la ISP autóctono con conocimientos de la lengua del usuario. La mayoría de los encuestados (un 50,49 %) se muestra indiferente ante el sexo del profesional de la ISP. No obstante, un 27,72 % prefiere un profesional de la ISP de sexo femenino, frente a un 1,98 % que lo prefiere de sexo masculino. Cabe destacar que un 4,98 % no contesta a esta pregunta y otro 0,99 % lo hace erróneamente.

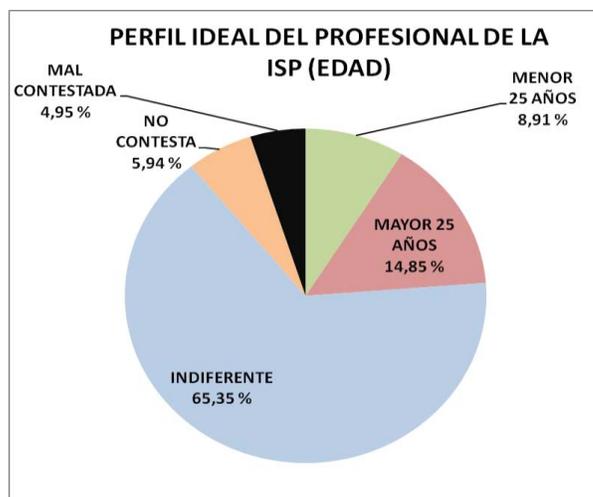


Gráfico 13. Perfil ideal del profesional de la ISP (edad) según los usuarios.

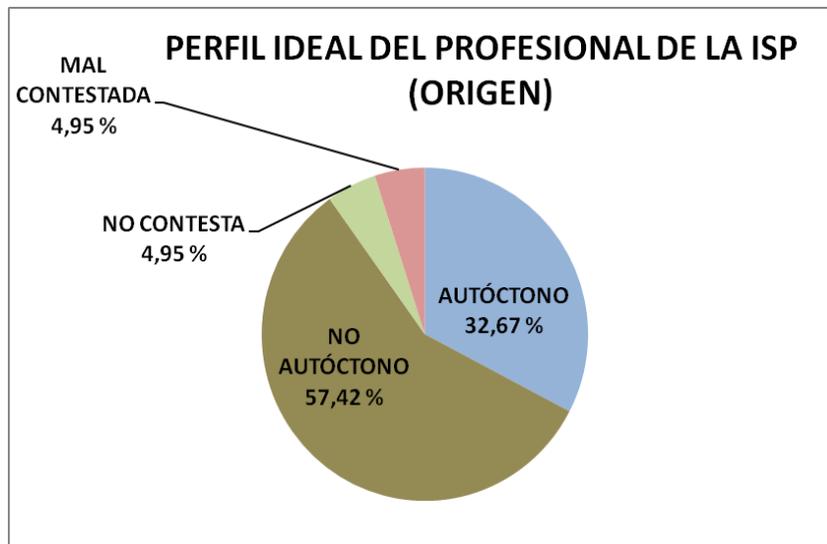


Gráfico 14. Perfil ideal del profesional de la ISP (origen) según los usuarios.

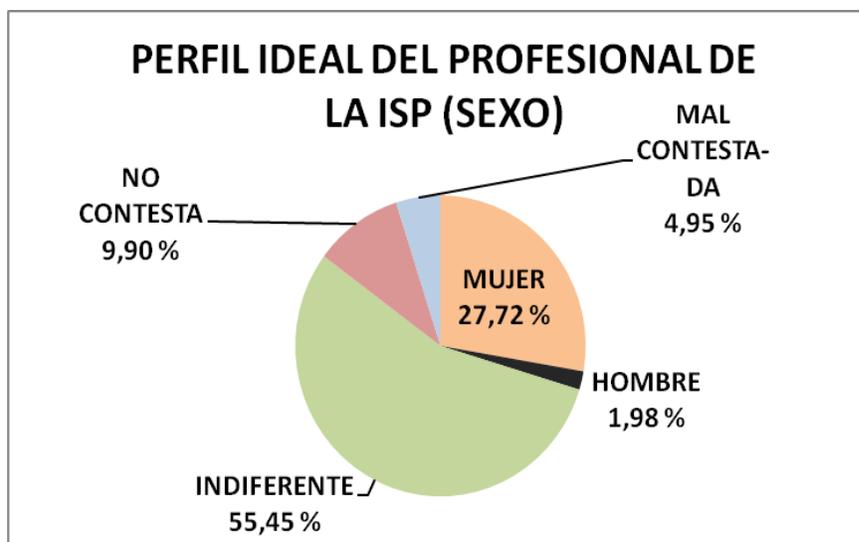


Gráfico 15. Perfil ideal del profesional de la isp (sexo) según los usuarios.

A la pregunta acerca de qué aptitudes valoran más en un profesional de la ISP, tan sólo han respondido 22 de las 101 personas encuestadas (lo que corresponde con el 21,78 % del total), el resto o no ha opinado o ha contestado de manera errónea.

El gráfico que presento a continuación recoge las aptitudes de los profesionales de la ISP más valoradas por los usuarios, según su importancia. Como podemos observar, con un porcentaje del 15,06 %, la aptitud que los usuarios consideran más importante en un profesional de la ISP es el dominio de la lengua materna de los usuarios. En segunda posición, nos encontramos con el dominio del catalán y/o español con un 12,87 %. En tercer lugar encontramos el conocimiento de ambas culturas, con un 12,39 %. A continuación hallamos la confidencialidad, con un 12,26 %. En quinto lugar, los usuarios

han valorado la neutralidad, con un 9,23 %. La sexta aptitud más valorada por los usuarios es la solidaridad del profesional de la ISP con la causa del paciente (9,07 %). La séptima posición la ocupa la seriedad del profesional de la ISP (8,99 %). En octava posición, nos encontramos con un 7,77 % con la simpatía. Ocupando la novena posición, con un 6,88 %, se encuentra la paciencia del profesional de la ISP y, por último, en décima posición, la predisposición del mismo.



Gráfico 16. Aptitudes del profesional de la ISP en función de la valoración de los usuarios.

#### 4.4.4. Descripción de los servicios de ISP ofertados en el ámbito sanitario barcelonés

En los siguientes apartados presento una breve descripción de los servicios de ISP ofertados en el ámbito sanitario barcelonés. Para ello, detallo cuáles son los servicios en los que los profesionales de la ISP atienden a los usuarios, así como la manera en la que se prestan dichos servicios (realización de reuniones entre los usuarios y los profesionales de la ISP, solicitud de aclaraciones cuando el mensaje no queda totalmente claro, etc.).

El 72,27 % de los encuestados asegura haber sido asistido por profesionales de la ISP en tareas distintas a la interpretación, como la facilitación de información acerca del sistema sanitario<sup>26</sup>. Concretamente, un 36,63 % afirma rotundamente que los profesionales de la ISP les asisten en otras tareas a parte de la de interpretación. Un 35,64 % asegura que en ocasiones los profesionales de la ISP les asisten en otras tareas, mientras que un 22,77 % niega haber recibido otros servicios de estos profesionales.

<sup>26</sup> La información relativa a las tareas concretas en las que los profesionales de la ISP han asistido a los usuarios se solicitaba en el cuestionario en preguntas abiertas. Dada la escasez de respuestas válidas a las preguntas de este tipo no se pueden proporcionar más datos respecto de las mismas.

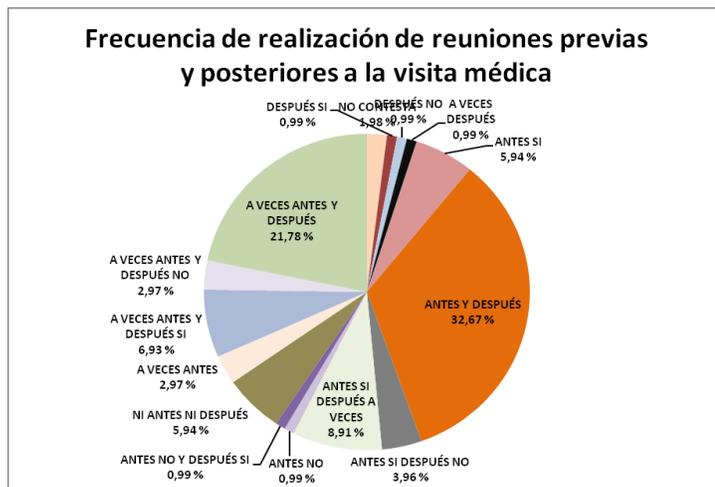
Un 1,98 % de los encuestados no responden a esta pregunta y un 3,96 % lo hace incorrectamente.

Una gran mayoría de encuestados (el 43,56 %) afirma recibir en ocasiones explicaciones del profesional de la ISP acerca de la cultura mayoritaria. Un 26,73 % asegura recibir este tipo de explicaciones con asiduidad y un 25,74 % responde que no se le presta ningún tipo de explicación cultural.

Cabe destacar que un 2,97 % no contesta a esta pregunta y un 0,99 % ha contestado mal.

Un 33,66 % de los encuestados afirma tener reuniones con el profesional de la ISP tanto de manera previa como posterior a la visita médica mediada. Un 21,78 % afirma mantener este tipo de reuniones (tanto previas como posteriores) sólo en algunas ocasiones, un 8,91 % asevera tener reuniones previas con el profesional de la ISP aunque nunca con posterioridad y un 6,93 % se reúne siempre con el profesional de la ISP tras la visita médica, aunque sólo se reúne con él de manera previa ocasionalmente. Un 5,94 % niega realizar reuniones de este tipo y otro 5,94 % afirma realizar únicamente reuniones previas a la consulta.

Cabe destacar que un 1,98 % no contesta a esta pregunta.



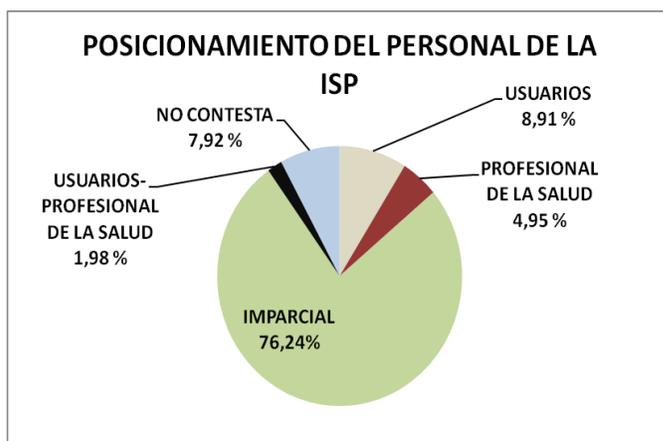
**Gráfico 17. Frecuencia de realización de reuniones previas y posteriores a la visita médica trialógica.**

#### 4.4.5. Características de la situación comunicativa

Un 78,22 % de los encuestados asegura dirigirse al profesional de la ISP en la comunicación trialógica en el contexto sanitario, mientras que un 15,84 % afirma dirigirse al profesional de la salud y un 0,99 % garantiza dirigirse a ambos indistintamente. Cabe señalar que un 4,95 % no contesta.

El 97,03 % de los encuestados afirma solicitar aclaraciones si no entiende el mensaje que recibe por parte del profesional de la ISP, frente a un 2,97 % que no responde a esta pregunta.

Por norma general, la mayoría de los encuestados (un 76,24 %) opina que los profesionales de la ISP han sido siempre imparciales. No obstante, un 8,91 % creen que los intérpretes suelen defender más los intereses de los usuarios, mientras un 4,95 % opina que los intérpretes han defendido más los intereses de los profesionales de la salud. Un 1,98 % considera que los profesionales de la ISP suelen defender tanto los intereses de los profesionales de la salud como los de los de los usuarios. Cabe destacar que un 7,92 % no contesta a esta pregunta.



**Gráfico 18. Posicionamiento de los profesionales de la ISP.**

En otro orden de cosas, del análisis se extrae que un 42,57 % de los encuestados no ha recibido ningún consejo por parte de los profesionales de la ISP acerca de cómo responder las preguntas del personal sanitario. Sin embargo, un 29,70 % afirma haber sido aconsejado en ocasiones y otro 23,76 % afirma ser aconsejado por los profesionales de la ISP. Cabe resaltar que un 3,96 % de los encuestados no ha contestado a esta pregunta.

#### **4.4.6. Nivel de satisfacción de los usuarios**

Con tal de hacernos una idea del nivel de satisfacción de los usuarios respecto de los servicios de ISP recibidos, detallo a continuación tanto el nivel de satisfacción en referencia al acceso a los mismos como el nivel de satisfacción hacia los servicios propiamente dichos.

El 95,05 % de los usuarios que han respondido al cuestionario, considera satisfactorio el acceso a los servicios de ISP del centro al que acuden. El 4,95 % restante no ha respondido a esta pregunta.

En lo que concierne a la cobertura lingüística de los servicios ofertados, una gran mayoría (el 75,25 %) confiesa no haberse encontrado nunca con un intérprete que no hablase su misma lengua o dialecto. No obstante, un 20,79 % afirma haber experimentado dicho problema. Cabe resaltar que un 3,96 % no contesta a esta pregunta.

Por lo general, se observa un elevado grado de satisfacción respecto a los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés. Concretamente los usuarios satisfechos representan el 92,08 % del total. Así, vemos que un 45,54 % de los usuarios se encuentra muy satisfecho, un 28,71 % está satisfecho y un 17,82 % afirma estar bastante satisfecho, frente a un 2,97 % de personas que están insatisfechas con los servicios recibidos. Cabe destacar que un 2,97 % no contesta a esta pregunta y un 1,98 % contesta erróneamente.



Gráfico 19. Grado de satisfacción con los servicios de ISP.

Una gran mayoría de los encuestados (el 73,27 %) asegura que cuando se comunica con el personal sanitario a través de un profesional de la ISP comprenden y se hacen comprender perfectamente. Sin embargo, un 13,86 % afirma tener deficiencias en la comprensión y un 3,96 % asegura no siempre llegar a comprender el mensaje recibido. En este caso, un 8,91 % no responde.

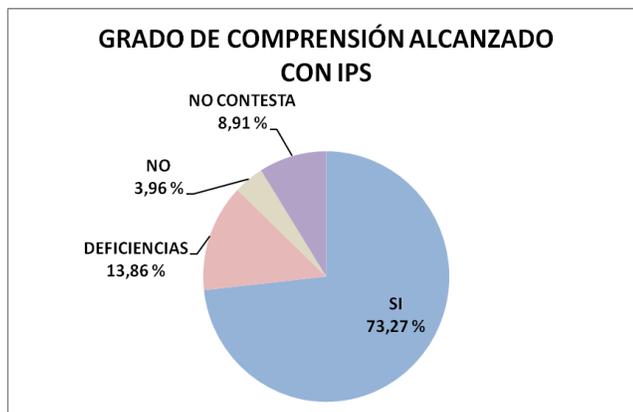


Gráfico 20. Grado de comprensión alcanzado con IPS.

Una abrumadora mayoría de los encuestados (el 94,06 %) considera que el servicio de interpretación ha mejorado la relación del personal sanitario con los pacientes, aunque un 1,98 % opina que no ha sido así. El 3,96 % restante no ha respondido a esta pregunta.

#### **4.4.7. Aspectos mejorables de los servicios de ISP**

Esta es la única pregunta abierta del cuestionario a la que unos pocos usuarios respondieron aportando un mínimo de información. En ella, los usuarios encuestados proponen algunas vías de mejora a los servicios de ISP recibidos en el ámbito sanitario barcelonés. Veamos las diferentes sugerencias realizadas:

- Facilitar un despacho al profesional de la ISP en donde poder tratar temas personales.
- Aumentar la disponibilidad horaria de los servicios de ISP, de manera que se encuentren disponibles a diario.
- Regularizar el servicio de la ISP.

### **4.5. Informe de análisis de las entrevistas a los gestores de los servicios de ISP del ámbito sanitario de Montreal**

En la ciudad de Montreal, el Banco Interregional de Intérpretes de Montreal (BII) presta servicios de interpretación a todos los centros sanitarios de la región. No obstante, el Montreal Children Hospital ha tomado una iniciativa propia, consistente en un Servicio de Asesoramiento Sociocultural e Interpretación (Sociocultural Consultation and Interpretation Services, SCIS), que aboga por la igualdad de acceso a los servicios del hospital.

Este informe surge de las entrevistas a la Directora del BII y la, Coordinadora del SCIS, de las cuales se extraen los puntos en común y las divergencias que expongo en los apartados que siguen. Con estos datos, llego a esbozar la descripción de los servicios de interpretación ofertados en el ámbito sanitario montrealés, desde el punto de vista de sus gestores.

#### **4.5.1. Los participantes de la situación comunicativa**

La Coordinadora del SCIS afirma que los intérpretes sociosanitarios cooperan con todo tipo de profesionales de la salud, de todas las áreas del Hospital.

En lo que respecta a los usuarios, dada la confidencialidad que prima en los servicios sanitarios, el BII no tiene información acerca de su perfil, tal y como afirma su Directora en la entrevista. La Coordinadora del SCIS, en cambio, afirma que la variedad de

usuarios del mismo es bastante amplia. El MCH es, como su nombre indica, un hospital pediátrico. De acuerdo con la entrevistada, los niños que acuden a él suelen tener problemas de salud complejos, por lo que estas familias acuden al hospital con asiduidad y tratan con diversos profesionales. Igualmente, la entrevistada apunta que a menudo los padres no hablan inglés ni francés, con lo que se ven bastante aislados. Además, están afrontando un proceso de inmigración, con lo que no suelen estar del todo instalados y muchos tienen situaciones económicas precarias. Asimismo, destaca que en ocasiones no tienen un nivel de estudios avanzados, lo que interfiere en la comunicación:

*They are quite diverse, but, eh... because the children have complex illnesses, for the most part. So, that means they have many hospital visits and they see different clinical specialists. Usually... obviously the parents are not speaking English or French, so they are a bit isolated in the community... and they are handling immigration or settlement issues, they are still getting established... and socio-economic situations is usually eh... a bit of an issue... and some of them have literacy issues, so they have trouble understanding information in their own language, as well as English or French.*

4:7 (0:08:08.36 [0:01:10.95])

En cuanto al perfil del profesional de la ISP, la Directora del BII recuerda que, en el momento en que se conformó el Banco, no se pensaba en los profesionales que lo integraban como intérpretes que se ganaban la vida como tales. Con el tiempo, a partir de una serie de intercambios de buenas prácticas con diferentes instituciones que trabajaban con intérpretes (entre las cuales destacan el Palacio de Justicia o la Comisión de Inmigración del Estatuto de Refugiado), se vio que muchos de estos profesionales trabajaban en varias de estas instituciones, cosa que se desconocía hasta entonces:

*À l'époque, il y avait peu... d'abord ils n'avaient pas de perception d'eux comme étant des interprètes qui gagnaient leur vie avec ça. Ce que le temps m'a appris... Et on se fait des échanges de bons procédés, par exemple avec le Palais de Justice, la Commission d'Immigration et Statut de Réfugié... ce sont les mêmes qui travaillent dans le droit. Tout à l'heure je vous ai parlé d'Adriana, et puis il y avait un temps où elle ne travaillait du tout à la Commission d'Immigration et Statut de Réfugié, donc elle donnait à peu près tout son temps à la Banque d'Interprètes, maintenant, comme les demandes d'asile hispanophone ont augmenté, alors elle travaille beaucoup plus là-bas... Tu sais, mais eh... c'est ça! Avant, peut-être que c'est les mêmes qui faisaient la navette entre les différents ministères, nous on ne savait pas. C'est ça! Puis certains disent « moi, je ne veux pas aller au Palais de Justice », c'est correct!*

1:6 (0:21:20.68 [0:01:17.70])

Por otra parte, la Coordinadora del SCIS, comenta que, inicialmente, los intérpretes que integraron el SCIS fueron voluntarios, familiares y algunos intérpretes con formación, aunque no titulados:

*It was a little bit of both [translation and interpreting professionals and accidental interpreters]. There was some volunteers that we used, some family members, obviously, and... yeah, a small number of paraprofessionals.*

4:4 (0:05:15.11 [0:00:22.45])

#### 4.5.2. Condiciones laborales de los profesionales de la ISP

Según afirma su Directora, los intérpretes del BII son trabajadores autónomos que, inscritos al Banco, prestan sus servicios en los diferentes centros sanitarios. Por lo tanto, no son empleados de la salud:

*Je ne dirais pas. Je... Les interprètes, bon... comme ils ont un statut pigiste, de travailleur autonome, ce ne sont pas des employés de la santé, mais... entre interprètes, oui, il y a de réseaux à Montréal, oui... (...) Mais pour l'instant il y a pas vraiment de réseau avec des objectifs ou...*

2:7 (0:08:08.28 [0:00:48.02])

De acuerdo con la entrevistada, la selección de los intérpretes que entran a formar parte del BII se basa en una entrevista personal, así como en el estudio de su formación y su disponibilidad. La entrevistada afirma que el BII acepta a profesionales que presenten fragmentos temporales de indisponibilidad, aunque se requiere que estén disponibles un mínimo de tres días a la semana durante las horas laborales. Asimismo, señala que únicamente los candidatos que así lo deseen reciben solicitudes de servicios de ISP fuera de horario laboral (es decir, por las noches y durante los fines de semana). Aun así, destaca que fuera del horario laboral, el BII tiende a prestar los servicios de interpretación telefónicamente con sus propios intérpretes.

Por lo que respecta a la remuneración de estos profesionales, la Directora del BII explica que en un inicio éstos se encontraban al límite de la ayuda social. De hecho, si los intérpretes con los que contaba el BII en un primer momento solicitaban asistencia social o se encontraban en el paro, eran penalizados por ello, ya que, evidentemente, no tenían derecho a trabajar. Ahora, sin embargo, la entrevistada asegura que hay una decena de intérpretes cuyos ingresos ascienden a unos treinta a cuarenta mil dólares canadienses al año. Si bien las cifras se tendrían que consultar, asegura que, desde los inicios del BII, la remuneración de sus intérpretes ha aumentado desde una media de mil dólares canadienses anuales, a diez mil dólares canadienses:

*Il faudrait que je fasse... Disons, il y en avait... pas cinquante au débout ! Parce que... quand même il y avait à peu près les mêmes langues, les mêmes emplois... (...) C'est pour ça que je dis que (...) les revenus et les horaires auraient augmenté avec les années... Il n'y avait pas grand-chose les premières années... C'était vraiment à la limite de l'aide sociale. Donc, s'ils étaient assistés sociaux où s'ils étaient au chômage, en plus ça leur pénalisait... (...) Et maintenant... il y avait qui... peut-être une dizaine qui gagnent plus de trente*

*quarante mil par an. C'est ça. Il faudrait que je regarde les chiffres, mais j'ai vue augmenter... Avant la médiane était de mil dollars, maintenant la médiane c'est dis-mil, quelque chose comme ça...*

1:7 (0:22:54.62) [0:01:16.88])

Aun así, la entrevistada asegura que sería interesante tener una imagen del total de los honorarios que reciben los intérpretes en los tres grandes ministerios, pues a veces, cuando se miran los ingresos de un trabajador en función de lo que gana en el ámbito de la salud, puede parecer que los ingresos sean muy escasos cuando, en realidad, cuenta con unos ingresos elevados procedentes de los servicios de ISP de otro ministerio.

Por su parte, los intérpretes del SCIS no tienen categoría profesional dentro del MCH, dado que no están empleados directamente por el MCH, aunque se está trabajando para cambiar dicha situación. Sin embargo, asegura que estos profesionales de la ISP forman parte del personal del centro, pues se encuentran contratados por el SCIS y cobran directamente por las horas que trabajan. No obstante, recuerda que en ocasiones el MCH también recurre a intérpretes del BII:

*They are contracted by us, so... so they are considered MCH contracted staff. So they are contracted. So that means we pay them by the hour, for the hours they work. There are some that come from the Ministry from the Agence... They are also contracted, but it is the Agence who is responsible for them. So, they are both...*

5:2 [(0:02:25.45 [0:00:31.43])

A diferencia de lo que comentaba la Directora del BII, la gestora de los servicios de ISP del MCH afirma que éste es un trabajo bastante precario a lo largo y ancho del mundo, porque depende de contratos, con lo que es difícil llegar a ganarse la vida con esta profesión y esto es algo que, de acuerdo con la entrevistada, los intérpretes tienen presente:

*The situation of interpreters is a bit precarious everywhere in every country, because this is contracted work, usually... or it's... yeah, it's contracted, most of the time, so it's a balancing act... to find a good standard of living with this kind of work, so this is eh... a hazard of the profession. So, I think this is something that interpreters have on their minds about their economic situations.*

6:13 ( 0:16:39.71 [0:03:05.69] )

### 4.5.3. Formación de los profesionales de la ISP

Según afirma la representante del BII, en 2009, se hizo un estudio para conocer cuál era la formación de los intérpretes que trabajaban para dicha institución, con la participación de 175 intérpretes. La información obtenida demuestra que 40 de estos intérpretes tenían

estudios universitarios en traducción e interpretación. La entrevistada afirma que los profesionales del BII habían sido elegidos uno a uno y algunos trabajaban desde 1993, con lo que se habían vivido reformas en la oferta de estudios de especialidad disponible. El BII elegía personas con estudios en traducción o en idiomas, así como algunos profesionales de la salud, aunque destaca que los primeros años fueron de prueba. La Directora del BII manifiesta que en la actualidad, el número de candidatos a intérprete del BII es superior a la necesidad de interpretación. Hoy en día se insta a que los trabajadores del BII desarrollen una conciencia profesional, con lo que se prefiere tener pocas personas en los servicios. De acuerdo con la Directora, lo ideal es que el BII cuente con tres personas por lengua: un hombre, una mujer y un tercero. De este modo, se consigue que, con un trabajo constante, los profesionales del BII evolucionen, mejoren y desarrollen aptitudes, su memoria, etc.

Desde 1993 hasta más o menos el año 2000, era la ASSS quien escogía y formaba a los intérpretes del BII. Alrededor del año 2000, la entrevistada propuso a la Facultad de Educación Permanente de la Université de Montréal la inserción en el programa de *Certificat en Traduction* de un curso en ISP, presentando un borrador del mismo. En ese momento se conformó en la Université de Montréal un comité en el cual se incluyeron, entre otros miembros de la comunidad universitaria y del ámbito de la traducción y la interpretación, un representante de la OTTIAQ, un profesor de la facultad de traducción e interpretación y la entrevistada en representación del BII. Dicho comité elaboró en el programa de la propuesta formativa, consensuando aspectos como el perfil de estudiante que podía acceder a dicha formación, el contenido formativo, etc. Esto, indudablemente, hizo, tal y como apunta la entrevistada, que la ISP fuera ganando reconocimiento dentro de la profesión de traductor e intérprete:

*Si on parle de crédibilité de reconnaissance par les paires, par exemple, de 1993 à 2000, à peu près, la formation, c'est l'Agence de Santé qui choisissait les interprètes, qui le formait. Autour de 2000, j'étais voire l'Université de Montréal, la Faculté d'Éducation Permanente, le Certificat de Traduction, et j'ai fait une proposition pour développer un cours, donc on a mis, c'est surtout l'Université, a mis sur pied un comité, mais bon, j'en faisais partie... Il y avait... je pense que c'était un conseiller cadre ou le directeur, bonlàje me souviens pas exacte a ce moment là, de l'Ordre des Traducteurs qui était là, un professeur de la faculté de traduction... Quatre, cinq, oui personnes autour de la table...*

2:9 (0:14:39.00 [0:03:34.40])

No obstante, de acuerdo con la representante del BII, surgieron puntos de fricción, puesto que la Universidad pretendía que los candidatos a esta formación pasaran una prueba de acceso que evaluara sus conocimientos de inglés y francés. No obstante, la entrevistada mostró sus reticencias al respecto, alegando que no consideraba necesario (y restringía el acceso a posibles profesionales de la ISP) evaluar el nivel de inglés escrito en una persona que se iba a dedicar a la interpretación del francés al español, por ejemplo:

*On s'est entendu sur quel devrait être le cours. Comment on doit le choisir. Maintenant, par exemple...là il y a un peu de friction, il faut pas se mélanger. Le cours est donné par la faculté, ici. Je dis pour quoi qu'il avait des frictions et il fallait pas se mélanger, c'est qu'ils devaient réussir l'examen de français-anglais, pour devenir des traducteurs de français vers l'anglais ou vice versa, mais j'ai dit « attends un peu, moi c'est pas ça que je leur demande, alors si ils écrivent pas parfaitement le français et l'anglais je m'en fous ! Parce qu'on fait du français dans l'espagnol, pour quoi est-ce qu'il aurait besoin de savoir écrire en anglais parfaitement ? », « Oui, c'est vrai... », « Oui, mais si il reste au département... », « Ben si il reste au département, à ce moment là tu t'en occuperas, mais en attendant qu'il pousse le suivre » Puis tu sais, ça a passe, ça passera...*

2:9 (0:14:39.00 [0:03:34.40])

Los intérpretes del SCIS tienen experiencia en ISP, aunque la mayoría no tienen formación cuando llegan. Sin embargo, se les ofrece una orientación antes de empezar a trabajar como intérpretes, así como unas sesiones formativas en el MCH. En el momento de la recogida de datos, la coordinadora del SCIS se encontraba trabajando en la organización de un programa de formación en ISP en el Dawson College, lo que será un requisito para los interesados en trabajar de intérpretes en el SCIS en un futuro cercano:

*They certainly have experience of this kind of thing, but official training... eh... most of them don't have it when they come, but they have an orientation before they start: they have a screening and a testing and orientation about how things work and usually we do offer some development sessions here and then, obviously, our big steps to set up the interpreter training at Dawson College, so that... they will have the potential to get that... And once that is established, and starts to be recognized, we will ask newcomers to have that training and we will expect them to come with their certificate... or we will expect them to come and say "well, I'm registered and I'm taking the courses, I haven't finished...", but in that case we will give them the opportunity to get some experience here.*

5:11 (0:13:37.30 [0:01:04.22])

Sea como fuere, actualmente se requiere a los intérpretes potenciales unos estudios universitarios (preferiblemente en materias relacionadas con la ISP), así como experiencia en interpretación. Destaca que, a pesar de todo, algunos trabajadores del servicio tienen estudios en interpretación. No obstante, la Coordinación del SCIS considera imprescindible ofrecer formación en ISP, con tal de conseguir una acreditación.

*At this stage, a university degree and some background in interpretation. If the university degree is in a related field, that is more helpful to us, and there is a small number of people who actually have a degree in interpretation. That's why we want to set up this training, this Attestation d'Études Collégiales, because eventually... eh... it's not too expensive, it's affordable, and eventually people can*

*take these courses in the evening or on the weekend and work towards an accreditation.*

5:3 (0:03:01.97 [0:00:43.33])

#### 4.5.4. Funciones del profesional de la ISP

De acuerdo con la Directora del BII, las funciones de los intérpretes del Banco se limitan a interpretar. La entrevistada señala que los profesionales del BII no son educadores sanitarios y, en las situaciones en las que actúan como tales, su trabajo está encuadrado y dirigido por un profesional de la salud, de manera que el intérprete se limita a transmitir el mensaje del profesional a la lengua del usuario. Esto se da en el momento de transmitir información acerca de una enfermedad determinada (como podría ser la diabetes), en los grupos de apoyo, etc. También se puede dar el caso de que el profesional solicite al intérprete contactar con el usuario por vía telefónica para recordarle una cita. Además, el intérprete actúa de mediador cultural, aunque la entrevistada reconoce que esto es un aspecto muy delicado del trabajo de este profesional, dado que es difícil establecer unos límites de cuándo se media entre culturas y cuando no, cuántas veces se hace, etc.

*Interpréter. Ce ne sont pas des éducateurs à la santé, eh... et quand ils le... quand ils le sont... c'est claire, c'est net, c'est précis, c'est encadré. Comme, par exemple... eh... Il y a... Il y a quelques uns qui font l'interprétation de groupe. (...) Par exemple, il y a de la formation pour les diabétiques, des groupes de support, de la nutrition... Il y en a qui se donnent... Il y a une nutritionniste, et il y a l'interprète espagnol, donc... mais là c'est claire, c'est net. Il y a la présence quand même d'un nutritionniste, qui est toujours là. C'est pas « la nutritionniste sort de la salle puis toi, tu parles... ». Non. On a eh... par exemple... Il y avait des groupes de discussion sur la violence conjugale, pour les hommes, et là donc l'interprète rappelait chacun des participants, donc a ce moment là c'est une confirmation de rendez-vous... « On te rappelle qu'il y a un groupe lundi soir à 7 heures... Samedi soir, 22. » Dans certains cas, le professionnel va demander à l'interprète de confirmer le rendez-vous. (...) La médiation aussi, eh... c'est toujours c'est délicat, parce que... « À partir de quand qu'on fait une médiation que on prend partie pour l'un ou pour l'autre ? » « Si là je le fais aujourd'hui et que le travailleur social en est conscient, est-ce que le client en est conscient? La semaine prochaine, est-ce que le client en sera toujours d'accord?! » Peut-être pas parce que ça sera une situation différente (...) « Comme interprète, comment est-ce que je le sais? » Donc, il faut que ça soit très très claire, la distinction entre les deux.*

3:5 (0:10:14.91 [0:02:39.37])

Los intérpretes del SCIS interpretan entre los profesionales de la salud y los usuarios alófonos y sus familias, dado que los usuarios del MCH son niños, que acuden al centro acompañados por sus padres. Así, los intérpretes transmiten información en contextos muy diversos dentro del ámbito sanitario: instrucciones pre y postoperatorias, pruebas, medicaciones, educación sanitaria impartida por los profesionales de la salud, etc. En ocasiones, ayudan a los profesionales de la salud a identificar problemas relacionados con la salud del paciente que puede que no estén muy claros inicialmente. Del mismo modo, llegan a derivar a los usuarios a los servicios sociales, grupos comunitarios, etc. Igualmente, asisten al usuario rellenando formularios, etc. La entrevistada destaca que, con tal de ahorrar tiempo en la consulta, los intérpretes del SCIS se encargan de plantear preguntas clínicas al usuario presentes en un formulario, el cual rellenan con las respuestas recibidas. Este formulario sustituye toda la conversación que antes mantenían los profesionales de la salud con los usuarios al principio de la consulta mediante el trabajo del intérprete. La entrevistada defiende esta función del intérprete como de suma importancia, alegando que el intérprete es la persona más indicada para recoger la información médica del usuario, pues es quien entiende los dos idiomas y conoce las dos culturas, de manera que será la persona más capacitada para dar una respuesta coherente a las preguntas del cuestionario:

*They interpret between clinicians and patients, and in that case it is between clinicians and patients and families, because they are children and they come often with their parents. And they transmit information about pretty well anything, you know, preoperative instructions, postoperative instructions, tests, procedures for tests, postprocedures for tests, taking medication, how to take the medication, health education given by the healthcare professionals, sometimes just helping the healthcare professional to identify some related issues that may be not clear at the beginning, helping the patient to link up for the family, link up with community services, housing, clothing, community groups to break isolation, filling up forms for day camps, filling up forms for special medications, special services, it's very very broad... Filling up questionnaires for the clinicians, so now because of, to save time, previously the patient would go in and talk to the clinician and the clinician would have so many questions to ask about the patient's history or the parent, so they would ask those questions and the interpreter would get to interpret. Now, all of that is done prior, in the waiting room, while they are waiting. (...) The interpreter must be the one to fill the form, because the interpreter speaks the main stream languages. (...) They have to get answers that are coherent, they have to make sense. And you know how it is when you interpret from one language into another, the meaning changes, we all understand the information differently, so the kind of responses they get may need to be negotiated in order to write something on the paper that fits with the expectation. So their work is much more involved now.*

Además, los intérpretes del SCIS se encargan de la traducción de material de educación sanitaria y de explicaciones médicas, como las de los servicios genéticos. No obstante, según la entrevistada, dada la complejidad de este tipo de documentos, los intérpretes se encargan de dichas traducciones únicamente cuando están capacitados para ello:

*They do do some translation of health education material or medical explanation, for example genetic services. (...) If they have the capacity to do that, because the genetic letters are very complex.*

5:10 (0:12:39.88 [0:00:49.11])

#### **4.5.5. Características de los servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés**

El BII presta servicios a instituciones del ámbito de la salud, los servicios sociales y la educación. La mayor parte de las actuaciones realizadas en el ámbito de salud son servicios de primera línea. La Directora del BII distingue entre los servicios sanitarios de primera línea para todo el mundo y los servicios sanitarios de primera línea para solicitantes de asilo. El BII presta también servicios a los diferentes hospitales. Estas actuaciones son de lo más variopinto e incluyen desde la interpretación de la información que se proporciona al usuario cuando recibe el alta a la preparación de cara a una operación. La entrevistada asegura que los servicios en Urgencias son bastante escasos, pues habitualmente las personas que acuden a Urgencias van acompañadas por una persona que domina el francés o el inglés. Además, destaca que en caso de necesidad en el servicio de urgencias se suele realizar la intervención del intérprete por vía telefónica. De lo contrario, se informa al centro de que el intérprete tardaría un par de horas en llegar, dado que se tiene que desplazar. El BII sirve también a todos los Centros de Protección de la Infancia y la Juventud. En este contexto las intervenciones tienen que ver con la protección del menor, la relación con sus padres, el plan de educación, los castigos de los niños, etc. La entrevistada constata que este tipo de intervenciones representan la mayor parte de las actuaciones.

Además, el MCH cuenta con un servicio transcultural, en el que la interpretación no está vista como un servicio aparte de la formación y el asesoramiento acerca de aspectos culturales, sino que la totalidad de dichas prácticas conforma un único servicio. Veamos como lo describe su gestora:

*We have cross-cultural services, so for me, the interpretation is not separate from the educational services and consultation about different cultural practices and the needs of minority groups. For me, it's all one. Interpretation is the comuni... one piece of the communication.*

6:7 (0:07:57.10 [0:00:53.87])

#### 4.5.5.1. Instauración de servicios de ISP en el ámbito sanitario montrealés

Tal y como recuerda la Directora del BII, el sistema de salud público de Quebec se creó a principios de los años 70. En aquellos tiempos, la inmigración se centraba en Montreal y procedía del sur de Europa (griegos, italianos, portugueses...). La entrevistada señala que, a pesar de que también llegaban ingleses y franceses, estos últimos no tuvieron dificultades de comunicación, dado que los servicios de sanidad pública quebequenses eran bilingües.

La entrevistada recuerda que en 1975 hubo un cambio en la ley de Inmigración de Canadá. Según afirma, éste coincidió con la caída de Vietnam, y Montreal recibió, en el 1975, 5.000 vietnamitas, de entre los cuales algunos hablaban francés y otros no. En aquellos momentos, hacía 5 años que Quebec tenía el sistema de salud público. Posteriormente, cuando el sistema de salud pública quebequense cumplió 10 años, se percibió que éste no respondía a las necesidades de la población inmigrante. Es por ello que los trabajadores de la salud y los servicios sociales, así como los de los organismos comunitarios, aunaron esfuerzos con tal de que se tomara en consideración la diversidad de creencias y de manera de cuidar la salud, así como la diversidad lingüística en el medio sanitario. A raíz de esto, la entrevistada asegura que se hizo una gran revisión del sistema de salud:

*En 1975 (...) c'est aussi la chute du Vietnam (...) et on reçoit, en 1975, 5.000 vietnamiens qui dans certains cas parlaient français, dans d'autres non. Alors, là on arrive a 1975, ça fait à peu près 5 ans qu'on a un système de santé publique et au bout de 10 ans on se rend compte que le système de santé publique ne répond pas aux besoins de la population immigrante, puis qu'elle n'est plus du sud de l'Europe. (...) Alors, les travailleurs de la santé, donc les travailleurs sociaux, les infirmières... ainsi que les organismes communautaires qui accueillaient les immigrants font de plus en plus de pression, de représentation pour que la diversité des croyances, de la façon de prendre soin de sa santé et la diversité des langues soit prise en considération. Ce qui amène, à ce moment là, une grande révision sur le système de santé.*

1:2 (0:00:51.47 [0:08:50.38])

Para ello, entre finales de los 70 y 1989 se realizan diversos estudios. En 1986, se realiza la primera modificación de la Ley de Salud, en la que se reconoce el derecho a recibir los servicios de salud en la lengua materna del usuario, en caso necesario. En 1991, se aplica una reforma de la ley. Había entonces una dificultad por lo que respecta a los recursos: la dificultad financiera. El MSSS puso en marcha en 1989 la creación de un organismo que velara por la adaptación de los servicios a las necesidades de la nueva

sociedad multicultural. Finalmente, en 1989 se pone en marcha el primer plan de acción. El segundo vendría en 1993. Este primer plan de acción recoge diversos aspectos:

- La formación intercultural de los profesionales
- La adaptación de los cuidados, de los servicios y de las prácticas
- Bancos de intérpretes
- El Consejo de Administración u otro comité facultativo
- La participación (toma de decisiones)

A inicios de los 90, el MSSS exige la realización de un estudio para comprobar si sería factible crear una serie de servicios de interpretación, lo que, tras tres años de trabajo, dio pie a la definición de un perfil de formación, el contenido de dicha formación, un video formativo para profesionales de la salud sobre cómo trabajar con un intérprete y otras muchas herramientas. Finalmente, la Directora del BII recuerda que el primer servicio de interpretación se prestó en abril de 1993:

*Je reçois... Le Ministère de la Santé donne le mandat, debout 1990, à peu près, de faire une étude de faisabilité pour développer des services d'interprétation. Ça a pris, à peu près, trois ans : revue de la littérature, consultations, consultations auprès... à différents niveaux, consultations auprès du personnel, des praticiens, des gens qui travaillaient comme interprètes, des organismes associatifs... Donc on a fait ça... Après on a essayé de définir un profil de formation, le contenu de la formation, une vidéo de comment travailler avec un interprète et des différents outils... (...) Donc, grosso modo, ça a pris à peu près trois ans... puisque... on arrive au mois d'avril 1993, où on donne le premier service d'interprétation.*

1:2 (0:00:51.47 [0:08:50.38])

Este es el inicio teórico del BII. En cambio, su inicio práctico comienza con unos encargos de traducción durante las navidades de 1992. Hubo una epidemia de meningitis meningococo que trajo consigo gran cantidad de muertes. Frente a dicho problema, el Ministerio de la Salud decidió, el 20 de diciembre, que el 6 de enero se debía vacunar a toda la provincia. En ese momento urgió la traducción a quince lenguas de toda la documentación relativa a las vacunaciones. La entrevistada recuerda estos tiempos como difíciles, dada la falta de recursos técnicos.

Paralelamente a todo esto, en aquellos tiempos se iniciaron también los estudios en Comunicación Intercultural en la Université de Montréal. Entre 1990 y el año 2000 hubo todo tipo de iniciativas. Si bien Montreal recibía mucha inmigración, el porcentaje de inmigrantes que no hablaba ni inglés ni francés en esta ciudad era inferior al de Toronto o Vancouver. No obstante, no había ninguna lengua que predominara dentro del bloque de lenguas extranjeras habladas en la ciudad, mientras que en las otras dos ciudades predominaban el chino o el punjabi (que representaban tres cuartos de la realidad).

Frente a dicha situación, en 1993, el Ministerio solicita la creación de un servicio interregional de interpretación en Montreal, mientras que Quebec, Sherbrooke y Outaouais contaban con servicios locales (que servían a una única región administrativa). Dicha diferencia se debe a que, dada la situación geográfica y las características de Montreal, esta ciudad acogía a ciudadanos de otras zonas que acudían en busca de servicios de este tipo.

Es el proveedor de servicios de salud, es decir, el centro sanitario, el que paga por los servicios de interpretación. De acuerdo con la Directora del BII, en los CLSC, el trabajador social llama al Banco para solicitar los servicios de un intérprete. El BII, por lo tanto, proporciona dichos servicios, de manera que un intérprete se persona en el centro sanitario y, tras intervenir, firma juntamente con el profesional del centro un formulario descriptivo de los servicios prestados y lo hace llegar por fax al BII. El BII paga al intérprete y envía una factura al centro de salud a final de mes con el total de intervenciones realizadas. De acuerdo con la entrevistada, en dicha factura aparecen los datos detallados de cada una de las intervenciones de profesionales del BII. Hasta más o menos el 2002 o 2003, el 100 % de los ingresos de estos servicios se entregaban a los intérpretes y la ASSS asumía los gastos de coordinación, equipamiento y desarrollo de *software* para gestionar el Banco en términos informáticos. El BII fue creciendo, con lo que hubo que ampliar su personal de oficina, de manera que se empezó a solicitar un 10 % más para sufragar el sueldo de las dos personas que gestionan los encargos. Su Directora recuerda:

*Pour le financement, nous, on a pris un concept utilisateur-payeur. (...) Le CLSC, le travail social, appelle à la Banque, nous, on fourni un interprète, elle va au CLSC et l'interprète, il fait signer la feuille comme quoi il a donné un service, il la signe, il nous la faxe. On paye l'interprète, on envoie une facture au CLSC à la fin du mois, bien détaillée, avec qui a fait quoi, donc, quel professionnel, quel interprète, combien d'heures... à la fin. Donc, jusqu'à à peu près, 2002-2004, je ne sais plus, le 100 % était remis aux interprètes et l'Agence assumait tous les frais de coordination, d'équipement, de développement de logiciel pour gérer ça en termes informatiques. Et depuis quand ça a commencé à augmenter que bon, il fallait deux salaires, il ne fallait plus qu'une seule personne qui travaille, là on cherche 10 % en plus pour payer les salaires des deux personnes qui prennent le téléphone (...) Alors, c'est comme ça que c'est financé.*

2:11 (0:21:06.18 [0:03:06.09])

De acuerdo con la Directora del BII, los centros de salud se quejan de que sus servicios son demasiado caros. No obstante, ella misma realizó un estudio para observar cuál era el impacto de sus facturas en los presupuestos anuales tanto de los centros como de la región sanitaria. Según comenta, dicho estudio demostró que el presupuesto destinado a la salud en la Isla de Montréal es bastante grande y que los servicios ofrecidos representan, año tras año, un 0,002 % del presupuesto:

*Donc pour... si vous allez dans les CLSC ou CSSS on va vous dire « Ça coute chère, ça coute chère... on a payé 10.000, 20.000, 100.000... » J'ai fait une étude plusieurs années de suite pour comparer sur le budget annuel à quoi ça correspond et sur le budget de la région à quoi ça correspond. Donc on a... quand même le budget de l'Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal c'est gros et ça représente année après année, 0,002 % du budget (...) Parce que là j'enlève l'éducation (...)*

2:11 (0:21:06.18 [0:03:06.09])

El salario de Directora del BII es asumido por la ASSS. Actualmente se está desarrollando un programa informático para gestionar los servicios y esto sale del presupuesto del BII. La entrevistada afirma que se tienen que hacer diversas gestiones a parte de interpretar, como gestionar las solicitudes, pagar honorarios, recibir facturas, asegurarse de que los pagos vayan a la cuenta indicada... Asegura que, inicialmente, por cada servicio de interpretación, se hacía una factura para el centro de salud y un cheque para el intérprete. Tras un año, se comprobó que esta metodología de pago no funcionaba, así que se empezó a trabajar con un programa informático muy antiguo, tras lo que vino Excel. Posteriormente, se empezó a trabajar con Access. Tras ello, se desarrolló un módulo que permitía a los centros sanitarios de la ASSS solicitar los servicios de interpretación en línea (cuando se solicitaban con tiempo). La entrevistada revela que se está trabajando en una plataforma que permita que los intérpretes reciban la solicitud por internet. Dicha plataforma también enviará una respuesta automática al trabajador del centro de salud en el momento de la aceptación del encargo por parte del intérprete y, en ese instante, la cita quedará grabada en la agenda electrónica del profesional de la ISP. Además, indica que a dicha plataforma no solo podrán acceder los centros sanitarios de Montreal, sino que podrá acceder todo aquel que esté registrado (dentro o fuera de la Isla de Montreal), de manera que se llegará a asistir a diversos lugares de la provincia, 24h al día, 7 días a la semana.

La Directora del BII intenta mantener un bajo número de intérpretes en los servicios que gestiona, de manera que dicho número se corresponda con las necesidades de cada una de las lenguas. Según afirma, en el proceso de selección, el BII tiene en cuenta el CV de los aspirantes a intérpretes, así como su formación y su experiencia, y se realiza una entrevista personal:

*Moi, d'abord, comme j'ai expliqué tout à l'heure, j'ai la volonté de garder un petit nombre. Ça simplement, c'est très claire. Le nombre suffisant pour le besoin dans cette langue là. Ensuite, bon... je regarde le CV, la formation, les expériences. Je les rencontre...*

3:3 (0:05:03.50 [0:02:55.32])

La entrevistada asegura que los candidatos a profesionales del BII reciben una formación específica en ISP en la Université de Montréal ya sea de manera previa o posterior. Esto se debe a que la asignatura de Comunicación Intercultural se imparte en el primer

semestre (otoño) y la de Interpretación en el segundo (invierno). En contadas ocasiones, cuando hay una necesidad urgente, se somete al candidato a un periodo de observación (*coaching* de un *senior*).

Por otra parte, la Coordinadora del CSIC recuerda que los inicios de los servicios de interpretación en el MCH se remonta a un comité, formado en los años 80, que prestaba servicios multiculturales a recién llegados y minorías. Dicho servicio se creó en 1986, bajo la etiqueta de “Multiculturalismo” y consagraba gran parte de sus actividades a facilitar la comunicación entre estas familias y los profesionales de la salud. La entrevistada subraya que el Hospital ya tenía experiencia trabajando con comunidades aborígenes, quienes necesitan recibir los servicios sanitarios en su propia lengua, con lo que ya había experiencia en trabajar con distintas lenguas. Los servicios multiculturales supusieron, por lo tanto, una extensión natural del trabajo que ya se estaba haciendo. La entrevistada explica:

*Well that... took place many years ago... There was a committee that was set up in the 80s to look at the need for better understanding of cross-cultural practices for newcomers and minority communities and, at the same time, to look at facilitating communication between healthcare professionals and hospital staff in general and families. So the first... The service was set up in 1986, it was called “Multiculturalism” then, as it was looking more at culture, not diversity, and... so, interpreting services started there. We also have a history working with aboriginal communities. And, because of that, we know that aboriginal communities need services in their own language, so there was already a history of providing services in other languages, and we knew that there were many aboriginal practices, health practices, that that the hospital... we weren't fully eh... eh... aware of, and so that was already being done, to develop a better understanding about aboriginal communities, so when we set up the multicultural services, it was a natural extension of the work that was already being done.*

4:1 (0:00:30.09 [0:01:40.39])

#### 4.5.5.2. Objetivos de los servicios de ISP

El objetivo principal del BII es el de mejorar la calidad de comunicación entre el profesional y el usuario, es decir, que ambos se puedan explicar y comprender. Además, en última instancia, con las prestaciones de los intérpretes del BII se pretende mejorar la calidad de los servicios de salud. Veamos cómo explica su Directora los objetivos del BII:

*Améliorer la qualité de la communication entre le soignant et le patient. Que les deux puissent eh... s'exprimer et être compris. C'est vraiment ça là et puis on pourrait dire ultimement pour améliorer la qualité des soins. Tandis que si on ne se comprend pas, un bon service va toujours laisser quelqu'un insatisfait. Alors c'était être compris et comprendre, des deux cotés.*

1:3 ( 0:09:57.12 [0:00:30.30])

Si bien se ha logrado generalizar los servicios del BII en los diferentes centros sanitarios, su expansión todavía no ha llegado a todos los casos en los que se podrían necesitar. Se ha conseguido movilizar a la comunidad investigadora al respecto. De hecho, diversos investigadores reconocen el trabajo del Banco. Concretamente, la entrevistada menciona a la Dra. Rosenberg y a Yvan Leanza, quienes han entablado conversaciones con médicos de familia al respecto. Asimismo, la Directora del BII afirma que existe jurisprudencia al respecto. Todo ello ha permitido que los servicios del BII se establezcan y que los centros sanitarios lleguen a ver la necesidad real de trabajar con intérpretes. La entrevistada afirma que, el hecho de exponer casos reales que ponen de manifiesto dicha necesidad, ha ayudado a abrir los ojos de personas o incluso de las instituciones que no llegaban a ver la necesidad de trabajar con un intérprete:

*Convaincre... Tu sais, le personnel bouge, la direction bouge... Ce n'est pas, ce n'est pas parce qu'on a grandit qu'on arrive à rejoindre tout le monde. Quand je parlais tout à l'heure des atouts qu'on a eu, bon, on a des chercheurs qui en parle, et ça ça pénètre par un autre niveau, par exemple, quand je parlait de Dr. Rosenberg avec Yvan Leanza, de Laval, eux, ils parlent aux les médecins de famille. Petit à petit, ça va faire son chemin. On a eu de la jurisprudence et on a eu des cas de coronaire. (...) Donc, c'est des choses comme ça qui ont permis d'avancer puis qui nous permet à nous aussi de capitaliser ensuite avec les établissements en disant « vous savez qu'il y a eu un cas de coronaire ? », « on a eu la même chose dans un autre hôpital », « là c'est quelqu'un qui toutes les autres fois a eu un interprète et qui rend le dernier jour devant sa mort il n'a pas un interprète... » « Et puis, bon, c'est un problème administratif de l'hôpital, ce n'était pas un problème de refus d'un interprète ou des choses de même ! » C'est de travailler avec ces aspects là le fait qui nous a permis aussi d'avancer un peu, donc on a capitalisé sur des choses comme ça.*

2:8 (0:09:07.27 [0:05:13.15])

En la actualidad, todos los centros sanitarios firman un acuerdo de gestión con la ASSS y ésta, a su vez, con el MSSS. Entre 2009 y 2010 se acordó desarrollar un procedimiento con la finalidad de recurrir a un intérprete cuando fuera necesario. Sin embargo, sigue habiendo médicos que rechazan encarecidamente trabajar con intérpretes (incluidos los intérpretes de lenguas de signos). Para la entrevistada esto es más bien una cuestión de principios. No obstante, mantiene la opinión de que, a base de jurisprudencia, de publicar artículos, etc. se logrará extender cada vez más los servicios del Banco. Aun así, sigue insistiendo en que siempre habrá quien dirá que no había oído hablar del BII, lo que representa en palabras de la entrevistada “una gran guerra”. Afirma que el BII ha logrado avanzar en ISP, aunque queda mucho por hacer:

*Tous les établissements de santé doivent signer une entente de gestion avec l'Agence de la santé, de la même façon que l'Agence de la Santé signe avec le Ministère. Donc, en 2009-2010 on a mis une entente administrative qui était de*

*développer une procédure pour le recours à un interprète lorsque c'était nécessaire. Fait que... On demande une procédure, de la développer, de la faire connaître (...), de trouver des mécanismes pour la mettre à jour... C'est sûr que... ça rend pas nécessairement tout le monde prêt à utiliser un interprète. On a des médecins qui refusent fiévreusement à travailler avec un interprète. Y compris, pour les interprètes en langue de signes pour les sourds. C'est une question de principes, pour vrai. Mais, on se dit, à chaque fois, si on revient par un cas de coronaire, un article dans le journal, une procédure... on va... pour pas qu'ils nous oublient aussi, on les convaincra jamais tous... et puis chacun va dire « oh ! je n'en ai jamais entendue parler ! » Ça, c'est une bonne guerre ! Mais, non, c'est de revenir... Si vous dites des accomplissements, des réussites... c'est so, so...*

2:8 (0:09:07.27 [0:05:13.15])

En lo que concierne a los objetivos del SCIS, su gestora señala que, en el momento de su creación, estos eran similares a los de hoy en día, aunque actualmente el punto de vista es algo diferente. Dichos objetivos eran:

- Proporcionar servicios de biblioteca para el personal del Hospital.
- Proporcionar servicios interculturales para los pacientes y los profesionales: Estos incluyen facilitar servicios de comunicación intercultural, interpretación, formación o asesoramiento individualizado sobre diferencias y similitudes culturales.
- Proporcionar servicios de abogacía para los pacientes.
- Desarrollar vínculos con comunidades etnoculturales.

La entrevistada insiste en que hoy en día se habla más de igualdad en salud y de gestionar las desigualdades en salud, de manera que el servicio ha pasado a tratar aspectos como las diferentes orientaciones sexuales, situaciones económicas, etc.

El mayor logro hasta el momento ha sido, de acuerdo con la información obtenida en la entrevista, que ahora se reconoce la necesidad de recurrir a intérpretes y los profesionales de la salud los usan. Además, de acuerdo con la entrevistada, hay un buen sistema para facilitar estos servicios. Aun así, sigue habiendo camino que recorrer por lo que respecta a la acreditación profesional de intérpretes. Igualmente, la entrevistada afirma que estos necesitarían recibir unos salarios más adecuados y se necesitaría trabajar en sistema de encargos más sofisticado, que gestione los encargos online:

*What do we need? We need the interpreters to be accredited, we need them to be paid, you know, a proper salary, eh... we need... eh... a more sophisticated booking system, even though we have one that works well, we need something that is web based, so people can go online at home and see, you know, if they*

*have new interpretations and respond to them... These we don't have yet. These are things we would like to have.*

4:12 (0:16:49.22 [0:02:00.17])

Con tal de avanzar para conseguir dichas metas, el SCIS está trabajando en el diseño de un programa formativo (Attestation d'Études Collegiales) en ISP sociosanitaria reconocido por el Ministerio de Educación, de manera conjunta con diversas instituciones educativas. La entrevistada indica que es necesario llegar a conseguir un reconocimiento oficial, así como una descripción de la profesión consensuada y explícita:

*For the accreditation, as I said, we are part of a partnership with Dawson College and the Literacy Centre of Québec and Lester B. Pearson School Board, and we'll set up an Attestation d'Études Collegiales in Health and Social Services Interpretation. It's been recognized by the Ministry of Education, and we've designed all the competences and now we are working on the course material, so we will provide two courses this spring and then we will continue. It's a very in-depth course. There are many many hours of study in in in this in this eh certificate. So, yeah, that's... And why do we need certification? So that we can get the interpreters recognized officially, we can get eh an established job description (...). That's where we are going.*

4:12 (0:16:49.22 [0:02:00.17])

#### **4.5.5.3. Difusión de los servicios de ISP y concienciación de los profesionales de la salud**

La Directora del BII afirma que se dedicaron entre dos años y dos años y medio a realizar estudios para comprobar si era factible conformar unos servicios de interpretación, así como a publicitar los servicios del BII. Dicha promoción de los servicios se realizó mediante la producción de un video informativo sobre ISP, buscando centros interesados, etc. Afirma que el BII contó en todo momento con el apoyo de las universidades, que empezaron a dedicar tiempo lectivo en varias carreras universitarias relacionadas con la salud al trabajo con intérpretes. Por poner un ejemplo, la entrevistada alude a la formación en ergoterapia, en cuyo último año de estudios se empezó a impartir una asignatura de Comunicación Intercultural. En ella se destinaban alrededor de tres horas al trabajo con un intérprete y a conocer por qué son necesarios sus servicios. Dado que únicamente hay dos o tres escuelas de ergoterapia en Quebec, estos conocimientos se expandieron por toda la provincia cuando estos estudiantes entraron a trabajar en diferentes partes de la misma. Unos años más tarde, se hizo la misma formación en los estudios de enfermería. Igualmente, en la formación en trabajo social había profesores que destinaban parte de sus clases a informar sobre este tipo de recursos. También se hizo difusión a trabajadores sociales y educadores en instituciones educativas, en las reuniones anuales de los Centros de Protección de la Infancia y la Juventud, etc. se hicieron presentaciones, talleres, y otras actividades de difusión. Asimismo, el BII contó con una serie de médicos, entre los que había psiquiatras y pediatras, que ayudaron

mucho a promocionar estos servicios. Igualmente, destaca que los propios intérpretes han tomado diferentes iniciativas para difundir sus servicios, como entrevistas en los medios de comunicación. Asimismo, se suele participar en actividades como ferias profesionales con la intención de difundir los servicios. En este sentido, la siguiente actividad de difusión programada (tras la entrevista realizada) es, de acuerdo con la Directora del BII, la Jornada de la Salud Pública, en donde se trataría el tema de la interpretación.

Por su parte, la coordinadora del SCIS afirma que los profesionales de la salud del MCH consideran el trabajo de los intérpretes necesario. Sin embargo, explica que algunos trabajan con ellos de manera profesional, mientras que otros los relacionan en exceso con la comunidad inmigrante (en deterioro de su imagen profesional). No obstante, apunta que este punto de vista está decreciendo en pro de la profesionalización de la figura del intérprete, gracias a la explicación y difusión de su trabajo entre los profesionales de la salud:

*How are they seen? They are seen as necessary... Some people will work with them more in a professional role while others will see... make some kind of link with the interpreter role as an immigrant and then so... that can sometimes create an imbalance. This is becoming less, though! This is becoming less because of many discussions with different staff people around some of the issues that come up in the interpretation and when we have a communication back and forth, then they start to realize some of the difficulties involved with the interpreter and they start to have a better understanding, so I would say... the way the interpreters are viewed by the staff, mostly, is good. And... with some difficulties around the immigration status, but over the years it's changed, it's become more and more positive. So it's a development, yeah!*

5:4 (0:03:53.42 [0:01:32.82])

En cuanto a la formación de los profesionales de la salud del MCH en multiculturalismo, la entrevistada asegura que el SCIS suele recibir solicitudes de charlas o reuniones sobre temas específicos. Además, asegura que reciben consultas referentes a bibliografía relacionada con temas culturales. En palabras de la Coordinadora del SCIS:

*For the education piece, well... they would ask us if we would come to talk about a specific topic, whether it is antiracism work or negotiating different cultural practices... They would ask us to come and speak about that... They would use the library or the materials or they would call us for information on a particular culture or country, whether it is a family from the Congo or Nigeria... Then we provide them with the literature or we have a consultation with them about those... those different pieces.*

4:8 (0:09:26.41 [0:01:46.88])

#### 4.5.5.4. Disponibilidad de los servicios de ISP

En el momento de la creación del BII surgió un gran debate por lo que concierne a las lenguas, dado que no se determinaron unas lenguas concretas, pues se quería evitar caer en exclusiones. Su Directora argumenta:

*On a commencé... on n'a pas ciblé des langues. Ça a été un débat. Eh... On a dit « comment est-ce que je vais faire si je dis 'on offre de l'interprétation qu'en français et italien, mais tant pis pour le portugais!?' » Moralement... Comment est-ce que je fais?*

1:5 (0:14:16.37 [0:06:50.59])

Afirma que el BII carece de algunas lenguas, por falta de necesidad en Montreal. Menciona a modo de ejemplo la no disposición de intérpretes de *uigur*, dado que tampoco existe necesidad de dicha lengua. Afirma que el BII debe gestionar el crecimiento y el decrecimiento de las lenguas que abastece. Apunta que el español fue muy solicitado al principio, aunque posteriormente hubo una decaída y ahora vuelve a ser una lengua muy solicitada, ya que ha habido últimamente un incremento de la inmigración procedente de México. Asimismo, indica que alrededor del año 2000 el albanés fue la lengua más solicitada, con la que se tuvo que trabajar durante un periodo de tiempo y, posteriormente, puesto que tras unos años muchas personas volvieron a su país, las demandas de dicha lengua decrecieron. Así, menciona que cuando hay un *boom* de una lengua, el BII tiene en consideración que muchos regresarán a su país, otros inmigrarán a otros lugares y muchos aprenderán francés.

Frente a esta situación, el BII tuvo que dar respuesta a una necesidad enorme, aún siendo conscientes de que dicha situación duraría únicamente dos o tres años. Esto, según indica, fue lo más difícil. No obstante, año tras año las lenguas predominantes (que conforman el 75 % o el 80 % de las necesidades lingüísticas de la zona) suelen ser las mismas. Éstas suelen ser las lenguas del continente indio y de Asia del este (el chino, el árabe, el vietnamita, el tamul, el hindi, el punjabi, el urdú...) junto con el español (datos que se pueden consultar en los informes anuales del BII).

La entrevistada garantiza que, cuando se hacen las previsiones del trabajo al que se deberá hacer frente, se miran los censos en busca del total de personas que tienen una lengua dada como lengua materna. De igual manera, se consulta cuántos de entre ellos no hablan ni francés ni inglés, las franjas de edad en las que se encuentran y los datos de llegadas de inmigrantes del Ministerio de Inmigración de Quebec. De este modo, de acuerdo con la Directora del BII, se puede llegar a esbozar una imagen aproximada de la realidad:

*Quand on fait nos prévisions, je regarde un peu nos donnés de recensement (...) combien il y a des personnes de langue maternelle... On reprend toujours l'albanais, c'est plus facile, donc il y a cinq mil albanais de langue maternelle, il y en a mil qui ne parle ni français ni anglais... je regarde dans quelle frange d'âge ils*

*sont... Pour... Alors ça, ça me donne une première idée du besoin éventuel. Et puis après ça, je regarde les arrivées de l'immigration, par Immigration Québec... eh... entre les deux recensements, pour me faire une idée.*

1:5 (0:14:16.37 [0:06:50.59])

Según la representante del BII, un estudio de tales características evita que se caiga en errores tan fáciles de cometer como el de considerar lenguas como el italiano una lengua prioritaria en Montreal. De hecho, esto no sería representativo dado que las personas de habla italiana que no hablan inglés ni francés suelen ser, según la entrevistada, únicamente las de edad bastante avanzada. No obstante, la entrevistada recuerda que estos no son más que datos aproximativos.

Si bien, según la Coordinadora del SCIS, en sus inicios, la dedicación temporal de los intérpretes de este servicio debe haber sido muy escasa, en la actualidad se hacen más de 8.000 interpretaciones al año.

Por otra parte, afirma que en el momento de su creación, el servicio no se había centrado en una lengua específica, sino que se necesitaban (y se ofrecían) varias. Dadas las características de la inmigración del momento, dos de los idiomas más solicitados eran el chino y el español, pues estas comunidades se encontraban en esos momentos en pleno proceso de inmigración y todavía no se habían establecido. No obstante, la demografía de la inmigración evolucionó y sigue evolucionando, por lo que, según afirma la representante de los servicios de ISP del MCH, las lenguas necesitadas fluctúan.

*Well, we didn't have one specific language. There were always several languages that were needed to be... to be interpreted. So... But, I would say, historically, Chinese and Spanish would have been two of the early ones. (...) Because we were seeing an increase of people coming from those countries, from Asia and from Latin America, some from Spain, but more from Latin America, because we are closer in proximity. So, the demographics of immigration was changing at that time and it's continued to evolve. So, instead of getting a European population, where it would have Bulgarian and Polish and Greek, these people were already established here in Montreal and they had their own forms for interpretation, but also most of them were either speaking English or French at this stage, but for the newcomers coming in, their communities were not so well established and so... And they didn't have knowledge of English and French, and so we had to provide those kinds of services.*

4:3 (0:03:40.44 [0:01:20.20])

La Coordinadora del SCIS afirma que se podría ofrecer un servicio 24 horas, pero considera que no se aprovecharía lo suficiente. Comenta que llegan solicitudes por la noche y en fin de semana, aunque no son muy abundantes. Observa como una posibilidad el prestar servicios constantes durante el día en las lenguas predominantes, como chino, español o tamul. No obstante, considera que esta sería una posibilidad para

un futuro, ya que en el momento de la entrevista no cuentan con los permisos necesarios para prestar servicios en dichas condiciones:

*We could have a 24 hour service, but that probably wouldn't be very profitable. Because at night, in the evening, at weekends we get some requests, but we don't get as many. Certainly during the day, it's a possibility, it would depend on the language, so... some languages are in use all the time, like Chinese and Spanish and Tamul. So, it might be... it would make sense to have somebody in the staff who is here in a regular basis, eh... but we haven't been... you know... that's something for the future. We don't have the authorization to do that.*

6:15 (0:21:16.11 [0:00:51.16])

Igualmente, la entrevistada añade que no considera que el MCH se encuentre en situación de solicitar intérpretes externos según se necesiten en cada departamento. Comenta que parece funcionar el hecho de tener intérpretes polivalentes trabajando en áreas diferentes. Insiste en que hay áreas, como psiquiatría, que requieren encontrar la persona idónea para un encargo dado. Ante ello, afirma que el SCIS intenta, en la medida de lo posible, enviar a la persona idónea para cada encargo, sobre todo en los casos más complejos.

#### 4.5.5.5. Evolución de los servicios de ISP

Por lo que respecta a la demanda de los servicios del BII, su Directora afirma que ésta ha aumentado y añade que, aunque los porcentajes sean cada vez menores, las cifras son cada vez mayores:

*Je constate, même si maintenant le pourcentage est de plus en plus petit, les chiffres sont de plus en plus grosses, alors... C'est... Maintenant je ne sais pas, de 2 à 5 % par an, pas plus... Mais... Les premiers années c'était 20 %, mais ça c'est normal, je pense que là on a atteint le tout pour l'instant, et je pense que là ça va bouger...*

3:8 (0:18:40.64 [0:00:31.98])

Como vemos, la entrevistada afirma que los porcentajes actuales oscilan entre un 2 y un 5 % por año, mientras que los primeros años era un 20 %, aunque asegura que esto varía y seguirá variando.

Por su parte, la gestora de los servicios de interpretación del MCH asevera que la demanda ha incrementado de unas ciento y pico intervenciones al año en sus inicios a unas ocho mil en la actualidad.

La Directora del BII afirma que los servicios que gestiona han progresado en cuanto al número de intérpretes que lo integran. Recuerda que, en sus inicios, el servicio contaba con menos de cincuenta intérpretes. Sin embargo, señala que estos cubrían más o menos las mismas lenguas que se ofrecen en la actualidad. Igualmente, asegura que los

honorarios que reciben los intérpretes han ido incrementando con el paso de los años.

Si bien los servicios del BII han ganado renombre y conocimiento entre los centros sanitarios de la zona, su Directora afirma que espera que éste alcance un reconocimiento y una visibilidad mucho mayor, por el bien de los intérpretes. Asimismo, afirma que la OTTIAQ ya ha abierto el camino para que esto llegue a ocurrir admitiendo en el 2009 el primer intérprete de lengua de signos quebequense. Además, en el 2010 se atribuyó el mérito de la OTTIAQ a la ISP, con lo que, si bien no admiten a los profesionales de la ISP, reconocen que se está trabajando en materia de ISP. Sea como fuere, la entrevistada admite que queda trabajo por hacer en pro del reconocimiento total que merece esta profesión, aunque reconoce que hay lenguas en las que no se puede ganar mucho dinero en esta modalidad de interpretación:

*Mais ça c'est un rêve qu'un jour on aie plus de reconnaissance et de visibilité pour le bien-être des interprètes, mais au même temps, par exemple, l'OTTIAQ a fait un bout de chemin, parce que, par exemple, en 2009, elle a reconnue... elle a admis son premier interprète en langue de signes, déjà, alors qu'un an avant ils disaient que ce n'est pas une langue, que la langue de signes québécoise (...) était pas de langue, c'était des... des systèmes... Tu sais, donc il y a eu ce cheminement là qui était fait. Il y a eu un autre cheminement, par exemple, quant au mérite OTTIAQ, ils le donnent pour l'interprétation en milieu social, donc même si ils ne reconnaissent pas, ils n'admettent pas, ils reconnaissent qu'il y a quelque chose là qui est en train de se passer. Alors... mais bon, j'aimerais ça qu'il soit, plus formé plus... gagnent mieux leur vie, mais bon, je sais toujours que il y a des langues qui gagneront pas de l'argent...*

2:9 (0:14:39.00 [0:03:34.40])

Por su parte, la Coordinadora del SCIS asegura que el servicio que gestiona se ha ido desarrollando ininterrumpidamente. Lamenta que, puesto que el servicio se originó en los 80, no tiene acceso en estos momentos a datos exactos acerca de la situación del mismo en aquellos tiempos. No obstante, afirma que había un coordinador de los servicios (que se encargaba también de la educación cultural y la librería), otra persona que gestionaba las interpretaciones, unos 10 intérpretes (probablemente) y un total de unos 10 o 15 idiomas. En cambio, se ha evolucionado hasta llegar al punto en el que se encuentra ahora. En la actualidad, hay 20 intérpretes contratados en el SCIS y se recurre a unos 10 del BII. Igualmente, el servicio cuenta con una coordinadora, dos administrativas que gestionan los encargos y una persona que se dedica a ayudar en los acontecimientos culturales.

Con todo, la Coordinadora del SCIS asegura que, con el paso del tiempo, este servicio ha incrementado:

- El número de trabajadores:

*Well, I think... When you think that eh... there were two people... eh... working in the service initially... I think there was one and then there was two... and now we are three... (...) three and a quarter persons. So, we've grown.*

4:14 (0:19:05.05 [0:03:08.21]).

Sin embargo, la entrevistada señala que ella misma es actualmente la gestora, la educadora transcultural y la formadora de los intérpretes, por lo que interesaría que hubiera otra persona para estas tareas.

- El número de prestaciones:

*If you look at the number of interpretations, which was several hundred at the beginning, again I don't have the exact number and now we are over eight thousand! Obviously, there is an increasing awareness.*

4:14 (0:19:05.05 [0:03:08.21]).

- El número de lenguas ofrecidas.
- Las relaciones a lo largo del país (con instituciones como el Consortium for Health Equity o Critical Link).

Durante los primeros años de vida del BII (entre el 2000 y el 2002), fue difícil encontrar candidatos a intérpretes, pues no había redes profesionales en este ámbito, y se tuvieron que buscar en diversas asociaciones, las cuales decían desconocer personas capacitadas para ejercer en entornos de ISP. La entrevistada narra que, con la llegada de 5.000 kosovares, el gobierno federal se encargó de sufragar los gastos de interpretación en los servicios sanitarios de carácter público. Sin embargo, la sanidad privada carecía de intérpretes, porque el gobierno cubría dichos gastos. La entrevistada lamenta no haber realizado un estudio de satisfacción de médicos, dado que se vivió una situación un tanto peculiar: tanto en las Provincias Marítimas como en Montreal se encontraron testimonios de profesionales que nunca habían trabajado con intérpretes y valoraron muchísimo sus experiencias. No obstante, cuando se les requería pagar por dichos servicios se mostraban reacios a solicitarlos. Por esa razón, la entrevistada argumenta que un estudio de satisfacción de los profesionales sanitarios habría ayudado a hacer decrecer dichas reticencias:

*Parce qu'on a eu, que ce soit dans les maritimes ou ici des témoignages, des gens qui avaient jamais utilisé des interprètes, qui ont trouvé que c'était le fun, mais quand il arrive qu'il fallait qu'ils payent... et ben, ils sont anti! Mais là si on*

*avait pu dire « on a fait une étude, puis on a montré la satisfaction, que c'est mieux... » Mais on l'a pas fait! Alors, c'est pour ça... Une occasion manquée...!*

2:10 (0:18:21.09 [0:02:33.94])

#### 4.5.5.6. Evolución de los servicios de ISP

La Coordinadora del SCIS reconoce que éste ha experimentado dificultades de comprensión, de comunicación y de expectativas (tanto de los profesionales de la salud, como de los intérpretes). Una de las mayores dificultades de este servicio viene dada por el hecho de que, mientras que algunos profesionales de la salud están muy acostumbrados a trabajar con ISP, otros son menos flexibles.

Por lo que respecta a las dificultades que encuentran los intérpretes de este servicio, la entrevistada distingue entre:

- Cuestiones éticas: No sólo se limitan a interpretar, sino también deben orientar al usuario dentro de la cultura sanitaria (guiar en cuestiones como la forma de tomar la medicación, cómo solicitarla en la farmacia...):

*Because we are working in healthcare and we are working with children, we can not just simply interpret. There are many... as I said earlier, you know, sometimes people don't know how to take medications, eh... they don't even know where the pharmacy is... or how to ask for the medication in the pharmacy or understand instructions, so the interpreter has to be a sort of an advisor in some of those situations, to guide them a little bit, until they can manage on their own.*

5:1 (0:00:17.53 [0:01:53.51])

- Toma de decisiones sobre los límites de su papel:

*So, this is healthcare, we are talking about healthcare, we behave differently in healthcare, than it is in maybe in some other sectors, so these are difficulties for the interpreters sometimes: ethical questions and making decisions about the limits of their role. And this is where we are going.*

5:1 (0:00:17.53 [0:01:53.51])

#### 4.5.5.7. Recursos de los servicios de ISP

De acuerdo con la Directora del BII, éste no proporciona recursos propiamente dichos a sus intérpretes. No obstante, señala que algunos centros de salud les facilitan un espacio de trabajo. Como es el caso del CSSS De la Montagne-PRAIDA, en donde se les ha proporcionado una oficina con teléfono, para pasar el tiempo de espera entre intervenciones (porque algunos intérpretes pasan jornadas completas en dicho centro). No obstante, el BII no cubre el material de los intérpretes. En cambio, sufragaba los gastos de desplazamiento y estacionamiento, aunque la entrevistada insiste en que no se

considera que haya desplazamiento en las intervenciones realizadas dentro de la Isla de Montreal, salvo que se trate de lugares muy concretos). Igualmente, afirma que en algunos casos el BII ha tenido que proporcionar servicios de psicología con tal de aligerar la carga que conlleva en ocasiones el trabajo del intérprete en este ámbito. Un ejemplo de ello vino a raíz del terremoto que arrasó Haití en el 2010.

La coordinadora del SCIS afirma que los recursos personales del mismo los conforman los propios intérpretes. Comenta que se tienen los unos a los otros para debatir, aunque también recurren a la gestora para consultar temas éticos o incluso a los profesionales de la salud:

*Well, you know, the interpreters are their own resources in terms of personnel. You know, they... the interpreters are the resources. So... eh... and they do have each other to discuss with... And they do have... they can contact me and we have many ethical discussions about difficult situations and we involve also the healthcare providers in that.*

5:12 (0:15:29.74 [0:03:34.13])

Se hacen reuniones para tratar casos concretos (normalmente acerca de situaciones traumáticas y como hacerles frente...). Además, la entrevistada constata que los intérpretes de este servicio intercambian los recursos que conocen para facilitar el trabajo de todos los componentes del equipo. Por otra parte, la entrevistada afirma que los recursos técnicos ofrecidos podrían ser más amplios. Comenta que se dispone de diccionarios de varias lenguas (aunque tal vez se deberían adquirir diccionarios más técnicos). Asimismo, se les puede proporcionar enlaces a webs relacionadas con el ámbito sanitario, webs con material médico en varios idiomas... También menciona que algunos intérpretes tienen sus propios aparatos electrónicos en donde hacen consultas rápidas.

Aunque los intérpretes de este servicio comparten un espacio de trabajo con las dos administrativas del servicio, donde hay dos teléfonos, la entrevistada reconoce que convendría que contaran con un espacio propio. Además, añade que deberían proporcionarles más ordenadores. Finalmente menciona que se está construyendo otro hospital y puede que, con las nuevas instalaciones, se introduzcan mejoras al servicio en este aspecto

#### **4.5.5.8. El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario montrealés**

La Coordinadora del SCIS comenta que entre las áreas más atendidas por un intérprete en el MCH se encuentran las de odontología, las consultas de pediatría, la clínica multicultural o urgencias. Además, aunque no cuenta con los datos referentes a los primeros años de prestación de estos servicios, intuye que los servicios en los que actuaban sus intérpretes inicialmente serían más bien generales. No obstante, afirma que hoy en día, suelen ser más complejos y específicos:

*I think probably... my sense is that the original services could have been very varied and they could have involved a lot more basic services. The hospital sector has changed over the years and now hospitals are really seen to provide complex care. So, when you have a hospitalization, it's complex care. If you are coming to the hospital, often it's for complex care. Because most of the illnesses can be treated at home or managed by the community. So there is an evolution. So, I would say the medicine or the services that in those occasions were seen were probably more general originally, whereas now they are becoming a bit more specialized and more complex, because otherwise the patients would be seen in their community.*

5:5 (0:05:53.29 [0:01:32.06])

### Acceso

Con tal de acceder a los servicios de un intérprete, el profesional solicita el permiso de su superior, al menos la primera vez. Las demandas llegan al BII por teléfono o por correo electrónico, mediante el programa informático creado para ese fin. En los grandes centros de salud, tienen un procedimiento de solicitudes centralizadas, de manera que llegan a coordinarse mejor entre ellos.

Para los usuarios es más difícil, aunque tienen la posibilidad de hacer sus propias solicitudes. En los Centros de Protección de la Infancia y la Juventud, por ejemplo, si en la primera reunión se observa la necesidad de la intervención de un intérprete, el usuario suele volver al día siguiente para que se les proporcione dicho servicio. Donde es más difícil es, según los datos obtenidos, en las reuniones sin cita previa. Igualmente, la entrevistada destaca que los intérpretes toman iniciativas para difundir su trabajo entre su comunidad, lo que ayuda a la proliferación de sus servicios:

*Pour quoi je dis que certains le savent? D'abord parce que les interprètes sont fortement connues dans leur communautés, un. Deux, eh... quand je cherchais des documents, j'ai vue, par exemple coréen... C'était écrit dans le journal Korean News Montreal je ne sais pas comment ça s'appelait sur son travail comme interprète. Donc, les interprètes prennent des initiatives, ils vont soit utiliser... parler aux journaux ethniques, à la télé communautaire, par exemple, ben « moi, je suis interprète, voici ce que j'ai à faire... ». Ce qui fait que, même si moi, j'ai pas écouté l'émission, peut-être que ma voisine ou mon mari l'ont écouté, et il me dit « ta ta ta... », eh ? Dans ce sens là !*

3:7 (0:16:14.31 [0:02:14.45])

La gestora del servicio de ISP del MCH asegura que éste es bastante conocido, por lo que, quienes lo necesitan, saben cómo solicitar los servicios de un intérprete. El SCIS dispone de un sistema detallado de encargos en el que se tiene en cuenta las necesidades y las preferencias de las familias y los profesionales, el tipo de intervención, etc.

La Coordinadora del SCIS garantiza que los servicios de un intérprete son de fácil acceso. Asegura que el paciente no tiene que esperar para recibirlos más que el tiempo de espera requerido ordinariamente para recibir una visita en el Hospital. Recuerda que el MCH trabaja por la igualdad de acceso a todo tipo de servicio sanitario, en busca de un servicio justo. No obstante, reconoce que las listas de espera son insalvables:

*For the patient, there is no waiting. There's no waiting for the patient. Eh... they can... you know... if they need an interpreter, they need an interpreter! Eh... They... Like everybody else, they have to get a referral to the service... to the hospital... So, that's the same for everybody, those from the mainstream culture, everyone has to get a referral to the hospital. So, sometimes, there may be a waiting list to the service. So, in that case, everybody has to wait. But, if there is some serious issues, some priorities, some special exceptions to be made, we have to balance, you know... the access to the service with equity. And there are a lot of... Because we are involved in health equity consortiums and we are involved with the HPH International World Health Organization Standards for health equity, so everybody here is trying to work on this. To ensure equitable access, to ensure that those who have... are less able to speak for themselves get a fair... a fair... a fair service, basically!*

6:5 (0:05:27.17 [0:01:34.20])

#### Modalidades de ISP

La Directora del BII afirma que la interpretación en contexto sanitario no se practica de la misma manera que la interpretación de conferencias. Afirma que normalmente al profesional sanitario le desagrada la simultánea. Explica que esto se debe a que, mientras que en una sala de conferencias, el intérprete se encuentra aislado en su cabina e interpreta utilizando auriculares y micrófono, en los servicios públicos del ámbito sanitario hay varias personas en una misma sala, lo que conlleva un solapamiento de sonido. Esto, de acuerdo con la entrevistada, distrae al profesional de la salud. Así, asegura que los profesionales de la salud, por lo general, prefieren que el intérprete intervenga tras pequeñas frases, lo que permite al intérprete solicitar aclaraciones. La entrevistada se decanta por un profesional de la ISP que se explique bien, aunque señala que el intérprete en ámbito sanitario no es un segundo médico. Explica que el profesional de la salud se comunica con sus pacientes de manera clara y teóricamente simple, lo que implica que el intérprete en este contexto no necesite unos conocimientos más que generales en el ámbito de la salud:

*Qu'est-ce que c'est interpréter dans le milieu de la santé ? (...) C'est pas comme interpréter en simultanée. Le soignant n'aime pas souvent la simultanée parce que quand j'interprète dans une salle de conférence je suis dans une cabine, je suis isolée, j'ai les écouteurs, je m'isole, les autres suivent. Tandis que quand... Parce qu'il y a au moins trois bureaux de médecins là dedans! Et deux TS. Donc, ça fait un chevauchement de son, il n'aime pas ça puis il dit « ça me distrait, là il faut que j'écoute une voix, l'autre voix... » Non, tu parles : des petites phrases, courtes puis*

*je vais réinterpréter... Ça permet aussi à l'interprète de dire « pouvez-vous réexpliquer, j'ai pas compris ? » Parce qu'on a eu des discussions et ça c'est toujours... moi j'aime bien quelqu'un qui s'exprime bien, mais je veux... ce n'est pas un autre médecin ! Il a pas... quand moi je vais chez le médecin, je sors pas mon livre d'histoire médicale pour comprendre les trois quarts des mots qu'il raconte, le médecin me parle a moi de façon claire et simple en théorie, et c'est la même chose quand il y a un interprète, donc j'ai pas a connaitre tout le vocabulaire médical. C'est sure qu'il faut que je connaisse mon corps, mais une fois que je le connais, je ne suis pas un médecin, ni une infirmière.*

3:3 (0:05:03.50 [0:02:55.32])

La Coordinadora del SCIS, por su parte, afirma que la modalidad de interpretación más utilizada por los intérpretes del SCIS es la consecutiva, aunque también se recurre a la bilateral, en función de la relación establecida entre las partes. De este modo, asegura que cuando ambas partes están acostumbradas a trabajar con intérpretes y el historial médico es conocido para ambos, dichos profesionales pasan de utilizar la modalidad consecutiva a utilizar la modalidad de interpretación bilateral. Igualmente, afirma que se realizan gran cantidad de traducciones a la vista de documentos y materiales educativos pues, con tal de ahorrar tiempo, el MCH ha elaborado material escrito, que debe traducirse a la vista con tal de garantizar la comprensión del usuario:

*Well, most of it is interpreting, but I would say the translation piece is growing. Because they have to do a lot of sight translation, as I said, there are many documents, education materials, in order to save time, there is much more printed information, so often the interpreter... sight translation is growing, but the most frequently used modality of interpreting is consecutive. Sometimes it might be consecutive-simultaneous, depending on the back-prior relationship between all of the players, so if they met many times and the history is well known they might move from consecutive to simultaneous-consecutive.*

5:9 (0:11:35.15 [0:00:50.31])

#### Relación del BII con los centros sanitarios

El BII es un proveedor de servicios. Los centros sanitarios llaman al BII y comunican sus necesidades (con mayor o menor lujo de detalles, en función de la voluntad del solicitante), frente lo que el BII busca, según afirma su Directora, la persona idónea para satisfacerlas:

*On est un fournisseur de services. Dans le sens que... eux ils appellent, expriment le besoin, et on essaye de trouver la meilleur personne pour le besoin exprimés. Certains donnent peu de détails, d'autres en donnent plus... puis... c'est un petit peu ça...*

2:4 (0:03:41.74 [0:00:23.78]).

De acuerdo con la información obtenida a raíz de la entrevista realizada a la Directora del BII, el centro de salud que más recurre a los servicios del BII es, con diferencia, el CSSS de la Montagne. Si bien convendría consultar las cifras del BII con tal de llegar a unos datos más concretos, otros centros que recurren a sus servicios con gran asiduidad son:

- CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- CHUM (Centre Hospitalier de l'Université de Montréal)
- Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine) : Hospital pediátrico
- Hôpital Général Juif (Sobre todo, el servicio de psiquiatría)

Asimismo, la entrevistada destaca que las interpretaciones realizadas en los diversos Centros de Protección de la Infancia y la Juventud de Montréal representan un 10 % de la actividad del Banco.

#### Relación del SCIS con los diferentes departamentos del MCH

La relación del SCIS con el resto de servicios del Hospital es de colaboración. Según comenta su Coordinadora, en ocasiones surgen problemas de comprensión que únicamente se pueden solucionar con el trabajo de un intérprete. A veces, tal y como afirma la entrevistada, el intérprete recurre a la mediación e incluso a la abogacía en sus intervenciones:

*I would say, for the most part, is one of cooperation... collaboration is better, really! Collaboration, and in some cases, you know, there are complex issues or... and the interpreter is the first person to notice if there is an issue, so if the person is having trouble understanding the information, the interpreter is the first person to pick up on that, because of the language. Eh... if the person is having difficulty at home or seems distressed, and... they... (...) may give this information to the interpreter, the interpreter can help the family to speak to the doctor or nurse or social worker about this issue. But, if the interpreter wasn't there... So, the interpreter act as a mediator, act as an advocate in some cases, for the patient.*

4:9 (0:11:24.03 [0:02:05.78])

En cuanto a la formación de los profesionales de la salud respecto a la ISP, todavía queda trabajo por hacer, dado que aquellos que tienen menos experiencias en ISP ven al intérprete como una extensión del inmigrante, lo que implica que no lo vean al mismo nivel que el resto de profesionales del Hospital. Es por ello que se hacen sesiones con los profesionales de la salud para difundir el rol real de los profesionales de la ISP. La Coordinadora del SCIS explica:

*There are some staff, maybe a little less experienced that maybe see the interpreter as an extension of the immigrant, you know, so... (...) maybe not on the*

*same level, seen on the same level as the staff... And so sometimes we have to do some work around that. We have to have some discussions with the staff to explain the role of more of the interpreter, to have them realize that the interpreter is a participant... It's always a participant in the dialogue... Whether they speak or not, they are a participant in the interaction.*

4:9 (0:11:24.03 [0:02:05.78]).

Aun así, diversos profesionales de la salud suelen instar al SCIS a realizar charlas o reuniones sobre temas específicos. Además, reciben consultas referentes a bibliografía relacionada con temas culturales.

#### Relación existente entre diversos servicios de ISP

De acuerdo con su Directora, el BII tiene contactos con el Banco de intérpretes de Sherbrooke, tanto de manera informal como formal. La entrevistada afirma que actualmente hay cuatro ministerios trabajando en la definición de un cuadro de referencia provincial sobre la interpretación. La Directora del BII forma parte de dicho comité, así como la responsable de los servicios de interpretación de Sherbrooke. Asegura que, aunque el trabajo no ha evolucionado desde el verano del 2012, con el cambio de gobierno, se pretende seguir avanzando:

*Avoir des contacts et faire partie d'un réseau c'est deux... Donc, oui, j'ai des contacts avec Sherbrooke. D'abord, le Ministère... en fait, quatre Ministères travaillent pour la définition du cadre de référence provincial sur l'interprétation et je suis donc sur ce comité la responsable des services d'interprétation de Sherbrooke aussi. Bon, même si informellement on se parlait, donc... Oui on à ce niveau là de contact plus formel, parce qu'on fait partie... on a fait partie du même comité de travail pour développer une vision commune d'interprétation. Comme il y a eu des élections et un changement de pouvoir, ça n'a pas beaucoup bougé depuis... depuis l'été dernier... On se dit « ça va reprendre... ! »*

2:6 (0:06:27.33 [0:01:19.16])

El SCIS tiene contactos en el ámbito de la ISP. Su Coordinadora explica que, dado que el MCH es una administración pública, tiene relación con la ASSS, que depende del Ministerio de salud y Servicios Sociales. Así, explica que en aquellos casos en los que los intérpretes del SCIS no son suficientes para cubrir las demandas generadas en el MCH (por falta de disponibilidad de ciertas lenguas etc.), el Hospital recurre a intérpretes del BII, con quienes se realizan contrataciones puntuales gestionadas por el Banco:

*We are a public service institution, so we are public, but we have links to the Agence and the Agence is attached to the Ministry of Health and Social Services, so we respond to the requests. We comply with the regulations. But for the interpretations piece basically is more a contractual relationship. If we need the*

*interpreters because we don't have the language in our interpreter group then we are gonna do a request to the Agence. So, in this case it's more contractual.*

4:10 (0:13:37.72 [0:00:50.31])

En otro orden de cosas, la representante del SCIS del MCH revela estar participando en la organización de un programa formativo en interpretación socio-sanitaria con el Dawson College. Asegura así que sus servicios forman parte de una red, aunque ésta no es una institución formal.

Por otra parte, como ya comentaba la Directora del BII en su entrevista, la OTTIAQ no reconoce todavía la ISP bajo su mandato, lo que la entrevistada constató tras una conversación con representantes de la misma. No obstante, la Coordinadora del SCIS opina que pronto tendrán que reconocer dicha práctica profesional, si bien la Directora del BII reconocía que ya se había empezado el camino hacia dicho reconocimiento. La Coordinadora del SCIS opina que, de no conseguir dicho reconocimiento, se tendrá que formar otra orden o asociación específicamente para la interpretación socio-sanitaria:

*We have links with other... you know, we have links with the Agence, who provide interpretation services, we are setting up training at Dawson College, so we are meeting people who are accustomed to work with interpreters... So, we are part of a network, but there isn't a formal body... there is the OTTIAQ (...), last week I went with Nadia, who is at Dawson College setting up the training with us, and we went to a meeting, but really it's more for interpreters... and they had a dialogue about what is the difference between an association and an ordre. (...) Well, you know, this is an analysis: For us, I think, we went, we wanted to see if there was any interest in eh... incorporating eh... health and social service interpreters into eh... providing services for those interpreters within the... their mandate. But we could see they haven't arrived there yet. They are not at that point. Eventually, I think, they would have to be or they would have to be a new eh... order or association that is there for healthcare interpreters, whether you call them community... I think eventually it's better to become a bit more specialized, health and social services, because it is... eh... but that needs to be recognized, you know, as a professional entity.*

4:11 (0:14:37.69 [0:02:02.05]).

#### Procedimiento de evaluación

La Coordinadora del SCIS revela que actualmente no se está llevando a cabo ninguna evaluación formal del servicio, aunque reconoce la conveniencia de establecer un sistema evaluativo.

El BII, por su parte, cuenta con testimonios procedentes de ambas partes (tanto de profesionales de la salud como de usuarios). Su Directora comenta que, como es habitual en todo tipo de servicios, las personas tienden a quejarse más que a agradecer. Asimismo, recuerda que en sus inicios, con tal de animar a los centros de salud a utilizar

los servicios del BII, ella misma subvencionaba la mitad del importe facturado en servicios de interpretación durante el año. No obstante, cuando dejó de prestar dicha subvención, los profesionales sanitarios empezaron a mostrar su descontento, llegándose a quejar de que se les estaba intentando privar de estos servicios. Según afirma la entrevistada, dichas quejas llegaron a la prensa, de manera que aparecieron en medios de comunicación conocidos en todo el país:

*Pour encourager les hôpitaux j'en versais une subvention, représentant la moitié de leur facture d'interprétation dans l'année. À un moment donné, j'ai dit « c'est fini ». Et al.ors, ça a hurlé, comme quoi on voulait leur priver des interprètes. Et j'ai dit « on te prive pas de l'interprète », tu sais... Ça a passé à Radio Canada, La Gazette et tout le monde...*

3:9 (0:19:32.68 [0:03:45.81])

#### 4.5.6. Beneficios obtenidos con los servicios de ISP

De acuerdo con la Coordinadora del SCIS, las interpretaciones, la formación transcultural, el asesoramiento, etc. han contribuido a la concienciación multicultural de los profesionales de la salud. Además, asegura que el diálogo hace que se reconozca la necesidad de este tipo de servicios, por lo que opina que se debe continuar avanzando en este aspecto:

*It's not just the interpretations. It's the interpretations, it's the cross-cultural education, it's the consultation, it's the discussion... all of those pieces have helped eh... caregivers to be more aware of differences and maybe practices are taboo, or that they have to be sensitive to some different background information... Eh... all of this together, including the use of interpreters, the interpreters are a very big part of this, has, I think, improved the awareness of healthcare providers... mostly having faced immigration... and more discussion on the public forums about this and so people are... I think they are more aware, more alert... and they understand the necessity for this kind of services. So, I think... yeah, we have to keep... continue the dialogue... We have to keep talking...*

6:8 ( 0:08:57.65 [0:01:09.32] )

El MCH fue, como se desvela en la entrevista a la gestora de sus servicios de interpretación, el primer hospital canadiense que instauró servicios de este tipo. Se trataba de un proyecto piloto. Tiene una historia única, por lo que se le reconoce como innovador y es respetado por ello.

La Coordinadora del SCIS afirma que este servicio ha hecho que el centro sanitario gane reconocimiento. Igualmente, añade que con dicho servicio, el personal sanitario extrae los siguientes beneficios:

- Facilitación de la comunicación.
- Facilitación del acceso a un intérprete:

*Some healthcare providers have gone to work in other clinics or other areas and they say “oh, it’s so hard to get an interpreter there...! We have to make a special phone call and then we have to wait... And it was so easy at the Children Hospital, we just had to call the service and a request was taken!” So, they realize when they go and work elsewhere how healthcare providers highly ideally really were lucky at the children hospital, because everything was well established. So, that’s a benefit, having easy access to communication in another language.*

5:15 (0:20:59.67 [0:01:13.59])

- Resolución de consultas acerca de temas culturales en pro de una adecuación de los servicios sanitarios.
- Resolución de consultas acerca de temas culturales en pro de una adecuación de los servicios sanitarios:

*Having access to discussion and consultation around different cultural issues, so that they can be sure that they are aware of the cultural lifestyle and background and then can make an appropriate decision...*

5:15 (0:20:59.67 [0:01:13.59])

Además, comenta que la sociedad se ha beneficiado de los servicios del SCIS en tanto y en cuanto:

- Salva las distancias culturales:

*It bridges the gap, it brings the two eh... parties together and then we can begin a discussion. But we have to have that discussion first.*

6:4 (0:03:09.20 [0:02:13.16])

- Explica la cultura de acogida a los recién llegados y/o minorías y viceversa:

*I think having this kind of service helps explain the institutional culture to the... to society or to individuals and it also helps explain individuals in group situations to the institution, to the mainstream culture in the institutions.*

6:4 (0:03:09.20 [0:02:13.16])

- Sirve de acogida al inmigrante y herramienta de integración: Ayuda a los recién llegados a sentirse integrados en la sociedad montrealés, quebecuense o canadiense:

*It also helps newcomers to feel integrated in Quebec society or Montreal society, however you wish to see that, or Canada... Because if they have a good interaction in the hospital system, through an interpreter or through some help with understanding the social practices, sometimes they don't need an interpreter, but they need some understanding of their culture, then they feel good, they feel they have received a service and they feel someone's helped them and then it helps them to move on to their next interaction with an institution, whether it's education system for their kids or something, so it really accesses a welcoming eh... an integration tool.*

6:4 (0:03:09.20 [0:02:13.16])

Asimismo, destaca que los beneficios que el servicio del SCIS ha reportado a los usuarios son:

- Posibilidad de comunicarse en su propio idioma
- Ruptura con el aislamiento
- Relación, mediante un intérprete, del usuario con la cultura receptora

Comenta, no obstante que, en ocasiones, el usuario quiere recibir un servicio más amplio del centro. Asegura que, en dichos casos, el profesional de la ISP tiene que interpretar las limitaciones del centro para asegurar un entendimiento:

*There may be times when the user feels that they need more or want more, "this is normal..." And there are some services the hospital can not provide. And so the interpreter is the one who has to interpret that and so eh... yeah, sometimes they can feel they need more and... but there are limitations. But overall I would say there are many benefits, yeah.*

6:2 (0:00:27.62 [0:01:10.70])

#### **4.5.7. Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP**

La gestora del SCIS considera que las intervenciones de sus intérpretes ofrecen un servicio más amplio para el usuario que las de los intérpretes externos, dado que el usuario siempre recibe los servicios del mismo profesional de la ISP (a menos que deseen cambiar por un motivo específico). Además, los profesionales de la ISP internos los ponen en contacto con su comunidad y diversos servicios a su disposición. De este modo, afirma que aunque se puede seguir mejorando, los servicios ofrecidos son buenos:

*Eh... the interpretation service... I think the interpretation service for the patients is pretty good... I think they get more from the service than they may do from an outside service, because eh... they see the same interpreter most of the time unless they want to change interpreters and that can happen and the interpreter does put them in touch with community, may be able try to identify resources for them, can make a phone call for them to hook them up to a service, does help with filling up forms... ... so, I think... eh... well everything is not perfect, there is always way to improve to... but I think they get eh... a good service here from the interpreters.*

5:14 (0:19:48.67 [0:01:02.07])

Según afirma la Coordinadora del SCIS, convencer a la Dirección del Hospital de que este servicio era necesario fue una tarea ardua. Aun así, asegura que hoy en día la Dirección valora el servicio en términos de calidad. No obstante, comenta que estos no siempre son conscientes de todo el trabajo que hacen los intérpretes:

*I think the administration values the service in terms of quality... Eh... Yeah... We don't have a clear... I don't have a clear perspective on that... I think sometimes they are not always very aware of eh... the whole process of including the interpreters... And the fact that they are screening and so on, and... eh... there could be some more work to be done there, for sure!*

6:12 (0:14:34.15 [0:01:57.15])

La entrevistada añade que la creación del programa de formación en el Dawson College ha contribuido a que se vea que se está haciendo mucho trabajo. Acto seguido resalta la necesidad de seguir trabajando en la difusión de este servicio, aunque se tiene que esperar al mejor momento para ello, dado que en estos momentos hay otras prioridades:

*I think there is still education to be done but we have to choose the right moment. Because if I would go and (...) talk about these things, my boss' eyes would... you know, they have so many other priorities... So, we have to choose our moments in... in... in sharing the information.*

6:12 (0:14:34.15 [0:01:57.15])

De acuerdo con la gestora del SCIS, la percepción de la calidad del servicio por parte de los profesionales de la ISP es algo bastante personal. Afirma que algunos intérpretes valoran el trabajo en equipo, así como el apoyo que reciben, y consideran que el SCIS es un buen lugar donde trabajar:

*I think that would depend on who you speak to. Eh... I know... I know... again, some interpreters like the team network, they like the support... they think this is a good and safe place to work... and they feel positive about it.*

6:13 ( 0:16:39.71 [0:03:05.69] )

La calidad de los servicios prestados por los intérpretes varía en función de dónde y con quién trabajan. La entrevistada explica que en un hospital no todo va tal y como estaba planeado: hay emergencias, situaciones complejas, etc. Algunas personas pueden tener experiencias diferentes a otras. La entrevistada imagina que la mayoría de los intérpretes están contentos con el trabajo prestado. Sin embargo, asegura que algunos intérpretes con larga experiencia en este servicio podrían enumerar aspectos en los que se podría mejorar, aunque considera que esto es debido a que se sienten cómodos en el servicio. No obstante, reconoce que se tiene que trabajar y estar en el terreno para saber por qué determinadas cosas se hacen de una determinada manera. Por lo general, el sentimiento es positivo, aunque recuerda que en ocasiones las personas juzgan sin tener toda la información. Sea como fuere, asegura que todavía se puede mejorar.

De acuerdo con los datos recogidos en la entrevista a la Coordinadora del SCIS, este servicio celebra reuniones y otras actividades con los miembros del personal sanitario. Igualmente señala que por el número de solicitudes se advierte que el servicio es valorado. Actualmente, a causa de los recortes presupuestarios, se está solicitando a los profesionales que valoren si necesitan o no estos servicios. La entrevistada asegura que los profesionales de la salud muestran su reconocimiento hacia este servicio mediante la solicitud de materiales, de traducciones de documentos, de servicios de interpretación, etc. Esto demuestra, de acuerdo con la entrevistada, que el intérprete está reconocido y valorado. Así, afirma que el profesional de la ISP está incluido en el equipo del hospital y, en su opinión, dicha inclusión demuestra que el servicio funciona:

*Now, we are having to ask, because we have some budget restrictions, we are having to ask people to... to evaluate more carefully whether they need an interpreter or not. Because the whole hospital has to make some restrictions on the... on the services. So, eh... yeah, so this is a concern... eh... So we know... we know the service is used and eh... people are appreciative of it, eh... (...) yeah, we would have to do a formal evaluation... we did do eh... a survey which was submitted to interpreters and we asked them what kind of problems did they see from patients in emergencies, so... they listed many things and they shared information with the staff in emergency, and we do have also some eh... documents, some assessments (...) in other languages, so when they come to emergencies, people can fill them out in their languages, so we have a better understand... so, yeah, the appreciation is shown by eh... healthcare staff when they ask for more materials, they ask for more things to be translated... eh... they involve the interpreter in the team meetings, you know, and in the plans, and so on... this to me shows that the interpreter is recognized and valued. So, they are not always telling us always "wonderful, wonderful, wonderful!", because they are used to working with them, so we really inclusion, the inclusion is the... the evidence that... that it's working.*

6:10 (0:10:42.48 [0:02:12.80])

Si bien es cierto que no hay una herramienta formal para valorarlo, la Coordinadora del SCIS considera que los usuarios reconocen la calidad de este servicio alegando que los usuarios acuden a la oficina de multiculturalismo porque saben que allí alguien les hablará en su idioma o les llamará a su intérprete. Asegura que se sienten cómodos solicitando los servicios y los aprecian, aunque, lógicamente hay excepciones. Revela que se han llegado a dar casos en los que, frente a la carencia de los servicios de un intérprete, el usuario ha emitido una queja. La entrevistada opina que esto es una señal de progreso, dado que el usuario tiene tan interiorizado este tipo de servicio que llega a exigir más servicios de este tipo:

*They feel comfortable to come in... eh... They feel comfortable to call the office and speak in their language, knowing that someone will call them back in their language... and, eh... generally, I would say they are very appreciative. There are some exceptions, of course... Eh... It's even gotten to the stage where some community members expect to have the interpreter and expect the service then they would make a complaint about it. But they complain about it because they are comfortable enough to complain, because they are getting the service over a long period of time and then they... you know, they want more! But this is a sign of progress! Because they feel "yeah, you know, I can ask for more!"*

6:11 ( 0:13:01.65 [0:01:25.68])

#### 4.5.8. Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados

Ambas entrevistadas afirman que los servicios ofertados se podrían beneficiar de una mayor difusión, aunque se ha avanzado muchísimo en ese aspecto. Poco cabe añadir a lo que se ha ido exponiendo hasta ahora acerca de las mejoras que cada una de las entrevistadas aplicaría a sendos servicios de interpretación. Ampliaré todo lo expuesto, con un par de aspectos referentes al SCIS que no se han comentado todavía en este informe.

La Coordinadora del SCIS afirma que su servicio se tiene que seguir expandiendo. Del mismo modo, indica que se pretende seguir aunando esfuerzos en la formación transcultural. La entrevistada recuerda que el MCH tiene como objetivo para un futuro llegar a más centros sanitarios pertenecientes a su red de instituciones sanitarias (la del McGill University Health Center), aunque generalmente los otros hospitales de la red recurren actualmente a los intérpretes del BII debido a recientes recortes presupuestarios:

*I would say we are part of the McGill University Health Center and so right now we are using interpreters, but the other hospitals in the network are not using the interpreters or they are using them very minimally and they get the interpreters from the Agence... eh... part of it is budget, eh... but, eh... we were... there was an interest in eh... on part of one hospital to start using the interpreters and there*

*were going to work with us, for that. So, that would have been an expansion. But now, recent budget cuts mean that's eh... put on hold... delayed.*

4:14 (0:19:05.05 [0:03:08.21])

Asimismo, garantiza que sigue habiendo mejoras que incorporar. Tal y como afirma, se querría expandir un poco más, aunque defiende que se tiene que tener en cuenta la situación económica actual.

## **4.6. Informe de análisis de las entrevistas a los profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés**

En este apartado, he recopilado la información obtenida en las 16 entrevistas realizadas a profesionales en activo de la interpretación en el ámbito sanitario montrealés. Dichos profesionales trabajan para dos instituciones diferentes. Once de ellos son profesionales de la ISP del BII, mientras que los 5 restantes trabajan en el SCIS del MCH. En base a la información obtenida, describo los servicios prestados desde el punto de vista de los profesionales de la ISP.

### **4.6.1. Servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés**

El BII es una institución directamente vinculado a la ASSS. No obstante, hoy en día presta servicios a otras instituciones públicas de ámbitos diferentes, como hospitales y centros sanitarios, centros de protección de menores, residencias de la tercera edad, escuelas, servicios correccionales, prisiones, tribunales de justicia, etc. Ari revela:

*40 % of our work is with youth protection, Centres de Jeunesse. And then, from there, also we have the... all the health sector, which is all the hospitals, all the local community health centers, what we call the CLSC (...), mental institutions, and then we have all the... correctional! (...) So, we have correctional services, ok? The... the probation office, so we are working in different prisons, and detention centers, and then we are working in... eh... everything that eh... involves the occupational health and safety board, the CSST, Commission de la Santé et Sécurité du Travail, we work with 991, interviews between the eh... clients and their agents, but we also work during the hearings of the board, so this is why it's not only community. We are also getting paid the salary of a community worker, but they are making us do legal settings (...). So, that's another issue. Eh... So, because I do hearings for the... eh... (...) the occupational health and safety board, conference between employees and eh... employers... (...) Then we are working for the automobile insurance orga... association, so, whenever there is accidents and evaluations, assessments have to be done, eh... we are working there... eh... with health professionals for the evaluations, eh... (...) And schools! The hole education sector, so all the schools, all the training centers, eh... we are*

*also in all that sphere. So, I think that pretty much sums up where... all the places we are working... we are working in.*

14:7 ( 0:03:39.22 [0:03:09.67] )

Según los entrevistados, el SCIS es el único servicio de interpretación propio de un centro de salud de la ciudad de Montreal. Sin embargo, a pesar de la existencia de dicho servicio, la información recogida gracias a estas entrevistas revela que, en aquellos casos en los que los profesionales del SCIS no pueden cubrir la demanda de ISP del MCH, este centro también recurre a los servicios del BII.

#### **4.6.2.Participantes de la situación comunicativa en ISP**

Los entrevistados afirman trabajar en contacto con todo tipo de profesionales de los servicios de salud y servicios sociales.

Esto se debe a que su trabajo consiste en facilitar la comunicación entre el usuario alófono y todo profesional del ámbito sanitario que necesite entablar una conversación con él, independientemente del cargo que ocupe en cualquier centro del sistema de salud y servicios sociales montrealés (ya se trate de un CLSC, hospital, CPEJ...).

Así, los intérpretes aseguran intervenir con médicos de familia, médicos especialistas (ginecólogos, pediatras, endocrinos, radiólogos, etc.), enfermeras, psicólogos, psiquiatras, técnicos, ortofonistas, ortopedagogos, ergoterapeutas, personal administrativo, agentes de salud encargados de accidentes laborales, terapeutas ocupacionales, etc.

En línea con lo expuesto, Mayra afirma:

*Puede ser con médicos, enfermeras, trabajadores sociales... Eh... psicólogos, psiquiatras... Eh... (...) Bueno, a veces tengo, por ejemplo, si se hace... para... por ejemplo, para un niño... (...) para detectar problemas auditivos, cosas por el estilo, en ese caso va a ser con un técnico que se ocupa de hacer pasar las pruebas... Entonces este tipo de... de profesional.*

7:15 ( 0:17:05.60 [0:00:37.42] )

Cabe destacar que, aunque Montreal es una ciudad bilingüe, no todos los profesionales de la salud dominan del mismo modo el inglés y el francés. Como veremos en el apartado destinado a las lenguas de trabajo del intérprete, esto, junto con el conocimiento de terceras lenguas por parte del profesional de la salud, influye en los servicios prestados.

El ámbito sanitario montrealés ha optado por la figura del intérprete cultural. Si bien esto es común a los profesionales de la ISP de ambas instituciones, a lo largo de este informe de análisis veremos que la manera de prestar los servicios de ISP de cada una de ellas tiene puntos en común pero también diferencias claras.

Los intérpretes culturales tienen como función principal la de facilitar la comunicación entre el profesional y el usuario, realizando una interpretación tanto del lenguaje verbal como del no verbal, así como de los diferentes signos culturales. Todo ello sin interferir en la conversación. Li explica:

*On essaye de comprendre le sens des... des deux personnes... parce que nous, c'est comme le pont ! Justement parce que le problème c'est que... ils ne se comprennent pas au niveau de... au niveau de langage ou... de culture aussi... Alors, notre rôle c'est de... de... de... de faire comprendre le... l'autre et si nous on ne peut pas comprendre le sens, c'est pas juste la langue. (...) Dans les cultures différentes, le message passé, si on traduit juste mot à mot puis on comprend pas le sens, ça pourrait... ça pourrait être comme... mal compris, ça pourrait causer des problèmes.*

31:4 ( 0:02:01.15 [0:05:42.82] )

Si bien los intérpretes del BII responden al perfil descrito, cabe insistir en que reciben el nombre de “intérprete social” (*interprète en milieu social*, en francés, y *community interpreter*, en inglés). Este término tiene sus partidarios y sus detractores dentro del personal del mismo BII. Ari muestra su disconformidad al respecto argumentando que sus intervenciones en el seno del BII van más allá de lo estrictamente social, adentrándose en ámbitos de especialidad muy concretos:

*This is why I am not so... I mean, the term “community interpreter”... we do much more than community! We do legal, we do all kinds of different... This is why I'm not 100 % comfortable by calling me a community interpreter, because a lot of the times we are in legal settings, in eh... courtrooms... and we are also doing of... conferences and stuff... so... it's not only social interpretation! (...) This is why it's not only community. We are also getting paid... We are also getting paid... the salary of a community worker but they are make us do legal settings in... So, that's another issue, because I do hearings for the (...) the Occupational Health and Safety Board, conferences between employees and employers...*

14:7 ( 0:03:39.22 [0:03:09.67] )

Por lo que respecta a los profesionales de la ISP del SCIS, la mediación intercultural tiene una gran importancia en su papel como intérpretes. De acuerdo con Diego, estos son mediadores a parte de intérpretes y asegura que dicha función les diferencia de otros intérpretes:

*En verdad es un servicio más que de interpretación, y ahí hay un tema... eh... digamos, somos mediadores también, no sólo trabajamos como intérpretes.*

9:10 ( 0:22:14.81 [0:00:52.77] )

A este respecto, Ghida comenta que lo que caracteriza a los intérpretes del SCIS es su pasión por la lengua y por ayudar al usuario. Asegura que estos profesionales de la ISP no se limitan a interpretar, pues cuentan con otras funciones dentro del SCIS, lo que hace que su perfil profesional se acerque al de un trabajador social:

*La seule chose qui nous ressemble c'est cette passion à la langue, l'interprétation, et cette passion de venir en aide aux gens. Donc... c'est pour ça que très souvent on se sent un peu comme si on faisait le travail d'un travailleur social, au même temps, parce qu'on dirige ces gens. Notre travail n'arrete pas à interpréter, puis « salut, bonjour, je me'n vais, je rentre chez moi »... Non !*

33:14 ( 0:10:45.97 [0:03:27.10] )

Diego, por su parte, opina que los intérpretes del SCIS prestan un servicio más adecuado a las necesidades del MCH que los profesionales del BII, argumentando que cuando el MCH solicita intérpretes del BII, éstos se limitan a hacer la interpretación en consulta, dejando de lado el resto de funciones que les atribuyen a los intérpretes del SCIS (como la realización de llamadas telefónicas, etc.):

*En el Banco de intérpretes... uno trabaja.... Nosotros tenemos un acercamiento a nuestra institución, o sea, no es... el Hospital no nos... no somos trabajadores hijos del Hospital, pero trabajamos para el Hospital. (...) Y nosotros estamos más capacitados que ellos, dentro de lo que es... en lo que se refiere al hospital. Entonces, ellos no cumplen muchas veces con algunas cosas. (...) No cumplen con algunos servicios que van aparentemente más allá de... de su, este... de su función, ¿no? como intérpretes. A pesar de que las hay, ¿eh? Bueno, por lo menos el Banco de Intérpretes sabe como funciona más o menos el Hospital, que hay que llamar al paciente antes, son cosas que a veces no hacen, entonces nosotros tenemos que cubrir esas carencias.*

9:32 ( 1:04:55.56 [0:01:29.27] )

Los usuarios de los servicios de ISP son personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, dado que experimentan dificultades a la hora de comunicarse con los profesionales de salud, ya sean éstas de carácter lingüístico o cultural. Como apunta Marcela, los inmigrantes son seleccionados por el Ministerio de Inmigración de Quebec en función de varios criterios, entre los que se encuentra el de disponer de buena salud. No obstante, asegura que, a medida que experimentan barreras lingüísticas y por lo tanto de acceso a los servicios sanitarios, su salud se ve en ocasiones perjudicada. Para evitar tales problemas se les ofrecen servicios de ISP.

Los intérpretes entrevistados insisten en la dificultad de describir el perfil del usuario que acude a sus servicios dado que, la protección de la confidencialidad de los datos del paciente en el ámbito sanitario montrealés es tal, que remarcan que únicamente pueden conocer la información que se comparte en las consultas.

Además, el perfil de usuario de los servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés suele ser muy variado, con lo que de las entrevistas realizadas a los intérpretes se pueden extraer únicamente algunas generalizaciones al respecto. Con tal de delimitar al máximo las características de estos usuarios, trato en este apartado aspectos como el sexo, la edad, el nivel de instrucción o el estatus social de dichos usuarios.

En cuanto al sexo se refiere, los usuarios de estos servicios comprenden tanto hombres como mujeres, aunque, según Mayra, Charlotte y Matilde, predominan las mujeres. Yan y Diego, por su parte, destacan la gran afluencia de madres solteras que requieren de los servicios de un intérprete.

Por otra parte, los entrevistados aseguran atender a usuarios de todas las edades. Por lo general aseguran atender a una población adulta, donde gran parte de los servicios se destinan a personas de tercera edad. También se trabaja con niños y jóvenes, sobre todo (según apunta Mayra) en visitas centradas en aspectos transculturales, aunque Agata apunta que, por norma general, los jóvenes suelen aprender los idiomas autóctonos.

Los usuarios del SCIS tienen un perfil especial en cuanto a las edades se refiere. Dado que el MCH es un hospital pediátrico, los usuarios de los servicios de interpretación del SCIS son menores de edad acompañados por sus padres. Así, de acuerdo con la información recogida en las entrevistas, el intérprete interactúa tanto con los pacientes como con sus padres, así como con los profesionales de la salud. Diego comenta que los padres de estos pacientes suelen ser jóvenes, de edades comprendidas entre los 22 hasta los 50 o 60, siendo la media de edad de unos 30 años.

En otro orden de cosas, si bien algunos usuarios han alcanzado un nivel de instrucción superior (ya sea por haber estudiado o por haberse formado por su cuenta), y pueden, por lo tanto, entender un vocabulario más elaborado, muchos otros tienen un nivel de instrucción bajo (llegando en casos extremos a ser analfabetos), lo que implica un vocabulario muy básico en su propio idioma. Sin embargo, Matilde destaca que el perfil de usuario ha variado a lo largo del tiempo, de manera que ha visto cambiar el nivel de instrucción de sus usuarios durante su carrera profesional en ISP:

*Yo hace 20 años que trabajo, entonces antes había un perfil, ahora hay otro. Antes eran más bien de tipo rural, de tipo rural eh... quiero decir que... con... con un ambiente, digamos... con una cultura más bien de tipo rural... más conservadora conservadora y tradicional... pero desde hace como... más o menos 10 años es más bien tipo urbano. Urbano, entonces tienen una educación más... más avanzada, en sentido escolar.*

16:13 ( 0:09:05.63 [0:01:24.92] )

Mayra apunta que en ocasiones el usuario puede hablar algo de francés o de inglés. Diego insiste en que muchos de los pacientes que acuden al Hospital son inmigrantes menores de edad de segunda generación que se desenvuelven muy bien en francés a causa de su escolarización en la provincia de Quebec. Afirma que el SCIS les

proporciona el servicio igualmente por razones de seguridad, con tal de asegurar la comprensión de la terminología y evitar malentendidos. En esta línea, Amanda y Dodek comentan que a menudo los usuarios asienten sin haber comprendido el mensaje, con lo que resulta peligroso prescindir de la ISP aun cuando el paciente dispone de un dominio lingüístico de base.

Por lo que respecta al estatus social de los usuarios, los entrevistados aseguran atender a todo el espectro de la sociedad. No obstante, la mayoría de usuarios de los servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés suele pertenecer a una clase media, llegando también a las esferas más humildes de la sociedad, incluyendo refugiados, según constatan Yan y Lionel. Ari, por su parte, asegura atender desde personas que reciben prestaciones sociales a personas que ganan más de 2000 dólares canadienses al año. Igualmente, Li asegura que entre sus usuarios hay ingenieros en informática, amas de casa, dueños de restaurantes y tiendas, etc.

Por último, mencionaremos que algunos entrevistados observan diferencias en el perfil de usuario de las diferentes lenguas con las que trabajan. En este sentido, Ari menciona que los usuarios hispanohablantes suelen ser recién llegados, con bajos ingresos, sujetos de una inmigración económica, mientras que los usuarios de habla italiana y armenia suelen ser personas de avanzada edad que han perdido la habilidad de hablar su segunda lengua, con lo que vuelven a utilizar su lengua materna, aunque asegura que los hablantes de la lengua rusa presentan características heterogéneas a este respecto:

*In the Spanish language it's more eh... the people who have recently come here, so they're low income people and they're... you know, because they've left here most of the time for a better economic life, even though they say they are prosecuted, bla, bla, bla... most of the time is for a better economic life, eh... The Italians, for instance, they are the elderly, who are losing their... eh... ability to speak their second language, so they go back to their first language, and that's why I'm working mostly with elderly in Italian. Eh... in Armenian too, because these are communities who came here in the 60s, so they've been here long enough. Russians... there is a whole variety of Russians... There is no one particular eh... you know, defined group of people, so there you go.*

14:12 ( 0:09:18.76 [0:01:30.70] )

### 4.6.3. Condiciones laborales de los profesionales de la ISP

Todos los intérpretes del ámbito sanitario montrealés entrevistados aseguran ser trabajadores autónomos que prestan sus servicios inscritos en el BII o el SCIS del MCH. Así, la mayoría de centros sanitarios carecen de relación contractual con sus intérpretes. El caso del MCH es especial, dado que, si bien este hospital también recurre, en caso de necesidad, a los servicios de los intérpretes del BII, cuenta con una serie de intérpretes que trabajan directamente para su SCIS. Estos intérpretes trabajan de manera autónoma

en el marco del SCIS, de manera que cobran en función de las horas trabajadas. Ghida aclara:

*Non, nous ne sommes pas bénévoles, mais on est des contracteurs, des interpretes contracteurs. On travaille sur contrat et sur appelle.*

33:11 ( 0:06:32.79 [0:00:06.06] )

De acuerdo con Diego, los intérpretes del SCIS tienen la posibilidad, si lo desean, de dejar de prestar sus servicios al SCIS durante un periodo de tiempo si tienen necesidad, aunque asegura que no resulta fácil retomar la misma carga de trabajo tras una ausencia, dado que el SCIS ha seguido ofreciendo servicios de interpretación con otros profesionales:

*Si yo no puedo trabajar este mes, digo “este mes no puedo y no trabajo”. De ahí vuelvo. Cuesta volver, ¿eh?, porque normalmente el tiempo que uno no ha estado ya repartieron las citas... Y a mí me ha pasado, porque yo viajo al Perú, por ejemplo... Me he ido por dos meses. (...) A pesar de que es un trabajo independiente., el hecho de interrumpir la continuidad de... de del trabajo también este... retomarlo... toma poco a poco tomar la cantidad de horas que uno suele tener.*

9:8( 0:17:45.29 [0:00:53.11] )

Igualmente, muchos de los intérpretes del BII ofertan sus servicios de interpretación fuera del ámbito sanitario, de manera independiente al trabajo que realizan en el BII. De este modo, muchos de los intérpretes del BII trabajan para diferentes ministerios, prestando servicios en diferentes instituciones como el Palacio de Justicia o la CISR. Aun así, Charlotte (la única entrevistada que hace alusión al porcentaje de encargos recibidos de manos del BII) asegura que éste asciende a un 80 % de su trabajo. En este sentido, Li explica:

*On travaille comme (...) autonome. Independent, oui. Mais le lien c'est... je sais... c'est que... on travaille pour eux puis ils nous ap... sur appelle. On n'est pas employés. On est... Mais ils... Ils nous donnent du travail... c'est que... ils ne peuvent pas dire que « non, je ne te donne plus le travail ». Je ne sais pas qu'est-ce que vous définirez... C'est-à-dire, on travaille pour eux, puis eux ils sont... sont notre... Banque... On... on... on appartient à cette Banque, mais on peut faire ce qu'on veut ailleurs, puis on peut... Mais il y a quand même un semi attachement, on dirait.*

31:9 ( 0:16:31.91 [0:00:43.10] )

De acuerdo con los intérpretes entrevistados, tanto en el BII como en el SCIS, los intérpretes carecen de un horario de trabajo establecido de antemano. Estos profesionales dan a conocer al servicio para el que trabajan (ya sea el BII o el SCIS) su horario de disponibilidad, de manera que se les asignan intervenciones dentro de dichos

horarios. Así, los intérpretes aseguran que no conocen con antelación cuál va a ser su carga de trabajo. En el SCIS, los profesionales de la ISP reciben el horario de las citas que se les han sido acordadas a una semana (máximo un mes) vista, aunque en ocasiones les llaman por teléfono para solicitarles su intervención en servicios de urgencias. Guida explica:

*On n'a pas d'heures fixes. En tant qu'interprètes on n'a pas un horaire, en fait. Donc, moi, mon horaire, je l'ai, disons une semaine à l'avance, parfois un mois à l'avance, mais il y a souvent des annulations des rendez-vous médicales, mais comme... d'habitude, je suis chez moi, puis on m'appelle on me dit « (...) on a un patient à l'urgence, on a besoin d'un interprète, est-ce que tu peux te présenter ? ». Si je peux, je me présente, oui ou non....*

33:10 ( 0:05:51.10 [0:00:28.98] )

En cambio, los intérpretes del BII suelen ir recibiendo solicitudes a medida que éstas llegan al Banco, de manera que éstos las aceptan o rechazan (dejándolas para otro profesional de la ISP) en función de sus posibilidades.

Los intérpretes aseguran proporcionar al BII o al SCIS sus horarios de disponibilidad, de manera que reciben los encargos dentro de las horas establecidas en el momento de la afiliación a la institución que les gestiona los encargos. Diego comenta:

*Nadie sabe cuántas horas puede tener asignadas. Uno trabaja según la disponibilidad. Uno da su disponibilidad. Algunos damos disponibilidad de todo el día... eh... pero... no trabajamos todo el día. Trabajamos por demanda. Y hay este... hay casos en que... trabajamos varias horas al día, hay otros casos en que no trabajamos algunos días.*

9:7 ( 0:12:06.75 [0:05:24.47] )

Únicamente tres de los intérpretes entrevistados han explicitado sus horarios de disponibilidad. Mientras que Diego afirma tener disponibilidad completa, Dodek, Ari y Agata revelan tener una disponibilidad limitada, siendo esta hasta las 16h en el caso del primero, de 9h a 17 en el caso del segundo y de tarde/noche en el caso de la tercera. Así, mientras que Diego asegura acomodar su horario a las intervenciones en que el SCIS solicita sus servicios, Dodek y Agata trabajan únicamente dentro de las franjas horarias mencionadas, salvo en ocasiones puntuales. Esto puede ser debido a que mientras que Diego afirma tener otro trabajo con un horario flexible, Dodek y Agata tienen un segundo trabajo cuyo horario es más rígido, con lo que se ven obligados a rechazar encargos de ISP debido a incompatibilidades horarias.

Sin embargo, en ocasiones, cuando no hay profesionales disponibles para asumir un encargo en concreto, el BII consulta a un intérprete si lo puede aceptar fuera de sus horarios de disponibilidad, tras lo que éste se informa sobre la duración estimada del mismo y valora si puede o no aceptarlo. Dodek explica:

*A veces, como no hay intérpretes disponibles, me dejan un... un... un mensaje con el... con la redundancia: "Ya sabemos que no puedes, pero mira aquí eh... en una situación así, asá..." Entonces yo tengo que llamar al... rápidamente, al... al profesional y pedirle "dígame, cuánto va a durar la... la... la entrevista, la intervención..." Entonces, hay profesionales que sí... que sí son muy flexibles. Dicen "ok, mire, bien, en ese caso vamos a... a... a abreviar, vamos a... a... y vamos a terminar a las... cuatro y media", entonces a veces puedo llegar retrasado a la... a la librería. Entonces, puedo aceptar de esa manera dos intervenciones al... al... al día.*

24:1 ( 0:00:00.00 [0:03:48.55] )

Los entrevistados insisten en que el tiempo que dedican al trabajo en ISP es variable, pues depende de la disponibilidad del profesional de la ISP así como de la demanda de servicios en una lengua dada, la cual fluctúa en función de las características de los flujos migratorios.

Algunos entrevistados afirman tener una dedicación a tiempo parcial (como es el caso de Fai, intérprete de chino en el MCH), mientras que otros (como Yan, intérprete de chino en el BII) aseguran gozar de una dedicación completa. En el caso de Li (también intérprete de chino en el BII), la dedicación empezó siendo temporal en el 2005, para pasar a jornada completa en el 2011. El tiempo de dedicación de estos profesionales parece estar relacionado con sus horarios de disponibilidad. Así, mientras algunos profesionales con una disponibilidad más amplia (como Amanda o Dodek) afirman tener entre una y dos intervenciones al día, aunque algunos días no tienen encargos que atender, otros (como Li) atienden una media de unos 6 casos al mes, aunque dicho número varía, pudiendo ascender hasta alcanzar cifras más elevadas. De hecho, Li asegura haber atendido un total de 35 casos el mes previo a la realización de la entrevista. Otros intérpretes con una disponibilidad limitada (como Agata) afirman atender únicamente un par de casos al mes. Sin embargo, los entrevistados insisten en la dificultad de proporcionar una media de casos atendidos.

Los intérpretes explican que el número de consultas en las que intervienen condicionan el número total de horas trabajadas. Teniendo en cuenta que, según asegura Li, cada servicio dura entre 1 y 3 horas (siendo 2 horas la duración media de las citas, en las cuales se contabiliza el tiempo destinado a los desplazamientos del profesional de la ISP), los entrevistados han proporcionado datos orientativos con tal de definir el promedio de horas trabajadas. Estos datos revelan que, aunque se ha visto que resulta imposible establecer la media de horas trabajadas, todos los entrevistados que se han pronunciado al respecto trabajan más de 10 horas semanales, siendo lo normal una dedicación de entre unas 15 y 30 horas a la semana aproximadamente. En este sentido, Ghida afirma trabajar entre unas 10 y 30 horas semanales, mientras que Marcela y Mayra trabajan entre 15 y 20 horas a la semana. Matilde, por su parte, asegura trabajar unas 16 horas a la semana, Charlotte entre 25 y 30 horas y Li entre 30 y 35. En cambio, Fai comenta que el tiempo que le destina a la interpretación varía entre 50, 80, 20 horas

a la semana, aunque a veces la necesidad es menor. Cabe señalar que los intérpretes entrevistados han proporcionado el número de horas de dedicación relativas al total de su trabajo, que, en ocasiones, se ve repartido entre diversas instituciones, algunas pertenecientes a la ASSS y otras de otros ministerios.

Por otra parte, los entrevistados comentan que en ocasiones hay varias solicitudes de interpretación de un mismo idioma a la misma hora, con lo que se necesitan varios intérpretes a la vez. Eso impide que se llegue a trabajar todo el día, porque los horarios de las consultas coinciden, con lo que las atienden diferentes intérpretes.

Únicamente 4 de los 16 entrevistados afirman dedicarse a la ISP de manera exclusiva. Los 12 restantes compaginan el trabajo en ISP con otros trabajos de ámbitos diferentes que engloban desde el mundo del espectáculo, al cuidado de ancianos o el ámbito del secretariado, pasando por la enseñanza de idiomas, hasta el campo de la traducción o el de la investigación. No obstante, la traducción y trabajos relacionados con ella (como la revisión de textos o la subtitulación) parecen ser las ocupaciones más comunes con las que se compagina el trabajo en ISP (concretamente 7 entrevistados dedican parte de su tiempo al desempeño de trabajos de este tipo), seguidos de la enseñanza de idiomas (ocupación de tres de los entrevistados).

Cabe destacar que algunos de los intérpretes en activo en el ámbito sanitario montrealés son, a su vez, traductores reconocidos por la OTTIAQ (dos de los entrevistados explicitan en sus entrevistas ser miembros de dicho Colegio). Igualmente, según afirma Diego, algunos intérpretes trabajan tanto en el SCIS como en el BII, aunque ningún entrevistado ha revelado que sea su caso personal.

El caso de Marcela es algo especial, pues esta intérprete del BII se encontraba, en el momento de realización de la entrevista, en excedencia, aunque afirma que puede que retome dicho trabajo. Si bien afirma que en ocasiones se ha dedicado a la ISP de manera exclusiva, durante un periodo de seis meses compaginó sus funciones en el BII con la investigación.

Algunos entrevistados aseguran encontrarse en situación de pluriempleo debido a que ya contaban con un trabajo (que mantuvieron) cuando empezaron a trabajar como intérpretes. Es el caso de Matilde, Amanda y Agata. Otros (como Mayra y Diego) comentan que tienen otras ocupaciones por afición a los trabajos que desempeñan, aunque Diego apunta que, si el volumen de trabajo en ISP fuera mayor, no necesitaría desempeñar todos los trabajos que tiene actualmente. En esta línea, otros entrevistados (como Fai, Ari, Basma y Ghida) afirman tener otros trabajos por motivos económicos. Mientras que Ari indica que el motivo que le mueve a dedicarse a otras labores es su intención de duplicar sus ingresos, Ghida alude a las oscilaciones que sufre la carga de trabajo en ISP:

*Surtout si on veut vivre et on est autonomes indépendants, on ne peut pas vivre avec... survivre sur cinq heures par semaine, Parfois même, des semaines, on... on passe des semaines avec zéro heures. Il n'y a pas de demande du tout. Donc,*

*ça c'est très difficile. Alors, j'étais obligée d'aller voir ailleurs. Ce n'est pas tout à fait mon domaine, mais au moins c'est dans le système de sante aussi. Alors, c'est ça... Question de survivre, quoi.*

33:12 ( 0:06:48.69 [0:00:45.66] )

Cabe mencionar que la carga de trabajo de los profesionales de la ISP de algunas lenguas es suficientemente voluminosa como para que los motivos por los que se dedican a otras ocupaciones no estén estrictamente relacionados con la necesidad de incrementar sus ingresos. En esta línea, Dodek comenta:

*Yo trabajé pues... cierto tiempo para una de estas agencias privadas de... de... de... de intérpretes, pero ya cuando ví que tenía muchas... muchas solicitudes de la Banca de Intérpretes ya comencé a trabajar este como... como librero, eh... o desistí, desistí de la de la agencia privada.*

24:1 ( 0:00:00.00 [0:03:48.55] )

Así, otro de los motivos que llevan a los intérpretes entrevistados a tener una segunda ocupación es el poder asegurarse de esta manera el acceso a beneficios sociales (como la cotización para la jubilación), dado que el trabajo de intérprete, por su condición de autónomos, no les aporta dicho beneficio. Veamos como lo explica Dodek:

*Para la librería, es una seguridad social que tengo, o sea eh... de mis salario que tengo en la... en la librería me... hacen una reducción por mis impuestos. Eh... por la Banca de Intérpretes que el... aunque no hay ninguna... ningún provecho de esa índole, porque uno es... uno aparece como eh... como trabajador autónomo. Significa que yo no recibo ningún beneficio social de la Banca de Intérpretes. No tengo ninguna... ninguna reducción con respecto a mi... a mi... a mi jubilación, nada de eso (...). Uno puede trabajar horas muy flexibles y... y desde... desde hace dieciocho años que lo hago y... y estimo que sí vale la pena porque uno en todo momento puede decir "no". Si uno no está disponible o uno simplemente no... no necesita... no necesita trabajar, bueno, digamos cuestión de... de... en la Banca de intérpretes nunca... no va a ser uno digamos penalizado., en absoluto. Eso sí, ellos saben cuáles son mis horas disponibles. Si yo no acepto consecutivamente, o sea, seguidamente tres, cuatro solicitudes que me hacen, es posible que me pregunten "qué pasa", pero no están obligados.*

24:1 ( 0:00:00.00 [0:03:48.55] )

Como vemos en esta cita, las condiciones de trabajo del BII favorecen la posibilidad de combinar el trabajo en ISP con otras ocupaciones, ya que permiten el rechazo de servicios en los casos en los que el intérprete no los puede asumir.

Los entrevistados afirman que, si bien la remuneración de sus servicios no es muy elevada en comparación con la recibida por intérpretes que trabajan en el ámbito privado,

sobre todo en otros contextos, las condiciones de trabajo del BII y el volumen de trabajo de algunos de sus profesionales hace que este trabajo resulte rentable.

De los 13 entrevistados que han hecho explícita su opinión acerca de la remuneración recibida, 4 (3 trabajadores del BII y 1 del SCIS) consideran que su trabajo está justamente remunerado, frente a 7 (3 del BII y 4 del SCIS) que consideran que el salario recibido debería ser mayor. Asimismo, 2 entrevistados (ambos vinculados al BII) aseguran que su nivel de satisfacción referente al salario recibido oscila en función de diversos factores como el volumen de trabajo, las horas remuneradas y las no remuneradas, etc.

El conjunto de condiciones laborales de los intérpretes del BII, entre las que se incluye el sueldo de los mismos, es percibido como de calidad. Esto hace que la opinión de los intérpretes hacia su remuneración resulte satisfactoria. Sin embargo, en ocasiones, las condiciones laborales del intérprete del BII tienen aspectos negativos, como el que comentamos a continuación. Según comenta Basma, cuando las intervenciones requieren largos desplazamientos, el intérprete puede perder la oportunidad de aceptar otros encargos ese mismo día, lo que tiene un efecto negativo en los ingresos del profesional de la ISP:

*Ça dépend. Si c'est une interprétation d'une heure, puis c'est pas loin, oui. Mais quand c'est une interprétation de deux heures... (...) Si ça prend une heure et demie pur aller, une heure et demie pour retourner, deux heures là bas... vraiment... Et la seule chose... par heure c'est bien rémunéré, mais si on reparti combien des heures on a mis... parce que parfois on a trois interprétations par jour... on ne peut pas avoir plus, parfois on peut avoir... mais parfois on a des demandes, mais on peut pas, parce que chacune est dans une région différente. Et on dit parfois, c'est une interprétation d'une heure qui dure deux heures ou parfois trois heures, le client ne se présente pas, donc, parfois on a des... on doit comme...rester comme... pas dans la rue, mais... on a pas le temps de rentrer chez nous, donc on va attendre dans un café ou quelque chose deux heures de temps et parfois on a même pas le temps d'arriver dans... d'une interprétation à l'autre, parce que comme le client a tardé à arriver, puis ça décale l'horaire... et... donc... (...) parfois on ne peut pas prendre beaucoup d'interprétation parce que, comme je vous dis, une est là, l'autre est à Laval, la troisième est... et on ne peut pas toujours arriver à temps et... donc, ça dépend... ça dépend des interprétations.*

13:30 ( 0:20:59.97 [0:01:21.43]

Como vemos, a pesar de todos los problemas que pueden originarse en la compatibilización de diferentes encargos de ISP en un mismo día, la entrevistada considera que su trabajo está bien remunerado en función de las horas trabajadas. Otro aspecto que favorece la satisfacción de los intérpretes del BII respecto a la remuneración recibida es la existencia de tasas prefijadas, con lo que los profesionales de estos servicios no se ven obligados a regatear para llegar a un acuerdo referente a la cantidad

de dinero que quieren recibir por sus servicios. Igualmente, en caso de incumplimiento de las condiciones preestablecidas en cuanto a remuneración se refiere, pueden presentar quejas con tal de que se corrija la situación (aspecto impensable para un trabajador autónomo que no pertenece al BII). En esta línea, Ari comenta en su entrevista que los intérpretes del BII reciben una remuneración de 33 dólares canadienses por hora. No obstante, 3 de los intérpretes del BII entrevistados consideran procedente un aumento del salario, puesto que aseguran que hace mucho tiempo que no reciben un aumento, alegando también que consideran importante que el salario recibido se reajuste a la realidad actual.

Los intérpretes del BII revelan que el servicio mínimo ofrecido es de dos horas. Una vez sobrepasadas esas dos horas, al precio inicial se le va añadiendo un recargo extra calculado en franjas de 15 minutos. Igualmente, aseguran que se les pagan los desplazamientos al lugar de la consulta en la que interpretan, así como las tasas de estacionamiento (siempre y cuando presenten la factura de las mismas), aunque no se les reembolsa el dinero invertido en combustible. Sin embargo, insisten en que el tiempo de transporte es remunerado únicamente a partir de cierta distancia de la ciudad, ante lo que comentan que en ocasiones el tiempo de transporte es largo aún cuando las intervenciones son dentro de la zona en que el BII no cubre el transporte, de modo que los intérpretes se ven obligados a invertir un tiempo que no les es remunerado. Basma explica:

*On est payés par kilométrage si on sort de Montréal. Ou si c'est des régions vraiment très, très, très loin sur l'Île de Montréal. Mais parfois on fait beaucoup plus de kilométrage à l'intérieur de Montréal qui n'est pas payé. Donc, pour nous, bon, le parking est payé, mais il faut avoir la facture, bien sure.*

13:32 ( 0:23:13.59 [0:01:09.50]

En referencia al pago de los desplazamientos, Ari critica que se deberían pagar por el kilometraje incluso dentro de la Isla de Montreal. Si bien el intérprete menciona que esto se debe a que la política del BII es la de sufragar los gastos de aquellos desplazamientos que no se puedan hacer en metro, el entrevistado argumenta que si tuviera que acceder en metro a sus encargos no sería capaz de asumir un volumen de trabajo que le resultara rentable realizar:

*I think it's fair, yeah! But they should be paying for our kilometers. Not only eh... if we go outside the island, because they say that "if the metro takes you there, then we are not gonna pay you". And eh... but what they don't realize is that if you count on the metro to go to all these places, we are gonna do two places a day! And it's gonna give us 132 dollar a day! And I'm sorry but 132 dollar a day... I wouldn't be doing this job! I have to do for, five places a day in order for this to become lucrative.*

15:19 ( 0:15:03.52 [0:01:06.28]

En otro orden de cosas, los entrevistados comentan que cuando se cancelan encargos durante las 48 horas previas a la interacción, el intérprete recibe igualmente los honorarios de dos horas de trabajo. Asimismo, destacan que los servicios de urgencias no tienen un precio especial.

De acuerdo con la información obtenida mediante las entrevistas realizadas a los intérpretes del BII, el Banco se encarga de gestionar los servicios proporcionados, actuando de mero intermediario entre los profesionales de la ISP y los centros de salud. Son pues estos últimos los encargados de sufragar los honorarios de los intérpretes. El BII factura a las instituciones por el trabajo realizado. Amanda subraya que, en caso de que la solicitud no haya sido tramitada a través del BII, tanto el intérprete como el profesional de la salud deben confirmar el encargo ante el BII. Si los profesionales no lo confirman, el BII no procede con el pago, por lo que en ocasiones el intérprete se ve obligado a solicitar reiteradamente a algún profesional dicha confirmación:

*C'est eux qui nous appelaient et assignait... mais bon, il y a tant d'endroits qui demandent les services d'interprétation, ils nous appellent pour dire ça, et puis ils nous donnent des coordonnées... Nous appelons l'endroit où nous devons aller... Et... là... une fois que le rendez-vous est fixé et tout ça on va faire l'interprétation là bas. (...) Ils fixent le rendez-vous avec nous puis après on appelle la Banque pour dire qu'à telle date... qui a été retenue... et aussi les intervenants doivent appeler la banque pour dire qu'ils ont confirmé un rendez-vous avec nous, comme ça nous allons être payés. Si les intervenants ne... n'appellent pas pour le rendez-vous, on est... même si on fait des rendez-vous des fois, on est pas payés. Mais après il faut qu'on court après les intervenants pour demander eh... pour appeler l'organisation, des choses comme ça.*

19:9 ( 0:07:34.08 [0:02:08.39] )

Con tal de facilitar la gestión de los servicios ofertados, los intérpretes del BII rellenan, para cada uno de los servicios proporcionados, una ficha de confirmación de servicios descriptiva de los mismos, que relaciona el trabajo realizado con el valor económico del mismo. Dicha ficha contiene información diversa referente al profesional de la ISP y al profesional de la salud que requiere los servicios, el lugar de la intervención, el tipo de intervención, etc. La parte referente al tipo de intervención describe el servicio realizado que, de acuerdo con Dodek, aparte del servicio de interpretación corriente puede englobar tareas como:

- Teleconferencias: Las teleconferencias se cobran por minuto. El precio preestablecido por el BII es de 25 centavos por minuto. Si bien algunos intérpretes dejan mensajes en el contestador de los usuarios en caso de ausencia cobrándolas de acuerdo al precio mencionado, otros no aceptan hacerlo, catalogándolo en la ficha como línea ocupada.
- Traducciones: Las traducciones que se solicitan a los intérpretes del BII se cobran a razón de 25 centavos por palabra.

De este modo, el BII, además de fijar las condiciones de trabajo preestablecidas de las que hablábamos con anterioridad, se encarga de asegurarse de que los intérpretes cobran en un plazo de unos 15 días. Los intérpretes aseguran que el depósito de sus salarios se recibe de manera regular cada dos semanas.

Los intérpretes del SCIS tienden a señalar que sus honorarios son menores que los recibidos por los intérpretes del BII. Igualmente, afirman que su remuneración varía según el centro en el que prestan sus servicios, siendo el MCH donde reciben más solicitudes y menores honorarios. Ghida explica:

*C'est un bon salaire, salaire de base. Mais je sais que pour le même travail que nous faisons, par exemple, si je donne l'exemple de... de la RBI, la Régie de la Banque des Interprètes, ils sont payés le double et parfois un peu plus que le double de ce que nous sommes payés. Alors, (...) on n'est pas tout à fait rémunérés comme les autres. Donc, si je travaille au Shriners, mais ce qui n'est pas aussi tout le temps, c'est... c'est seulement si le patient du Children's est demandé au Shriners, je sais qu'au Shriners je suis payée plus que le Children's, mais je sais très bien que si je... je... j'enregistre mon nom avec la Banque de Régie je serais interprète... je serais payée plus que le double. Si je travaille à la Court, avec la Régie de la Banque, je fais de l'interprétation à la Court, je serais aussi payée plus que le double.*

34:16 ( 0:18:06.85 [0:00:58.76]

Lionel considera que se debería ajustar el precio del servicio según el nivel exigido en la interpretación. El entrevistado asegura que el salario de los intérpretes del SCIS ha disminuido. Veamos sus propias palabras:

*Il faut faire la balance des choses, il faut faire... il faut savoir quel est le niveau exigé... eh... pour le service... et... essayer de savoir à combien ça coute. Peut être que ça coute ce prix là, peut être ça coute plus, je dis ça juste parce que... eh... d'après les informations que je dispose, eh... avant on était payés plus que maintenant.*

10:31 ( 0:25:51.74 [0:01:08.37] )

De igual manera que ocurre en el BII, los profesionales de la ISP del SCIS critican que los salarios recibidos por atender servicios de urgencia no sean mayores que los recibidos por servicios corrientes. Igualmente, Diego critica que el tiempo invertido en la documentación y preparación de las intervenciones no les es remunerado.

Los intérpretes entrevistados opinan que los servicios del BII, así como los del SCIS, están bien coordinados. Como se ha visto anteriormente, el Banco se encarga de gestionar los servicios proporcionados, haciendo llegar los encargos a los intérpretes y facturando a los centros de salud por ellos. Así, las reservas se hacen de institución (centro sanitario) a institución (BII) y no de manera individual (institución-intérprete). De

acuerdo con los entrevistados, el BII les proporciona protección frente a las instituciones que puedan recurrir a sus servicios, así como apoyo frente a conflictos o situaciones difíciles de afrontar y ayuda en la toma de decisiones. En este sentido, Agata comenta:

*C'est un support toujours, la Banque d'Interprètes, s'il y a un conflit, nous pouvons toujours appeler et nous recevons tout de suite l'assistance, eh... parce qu'il y a parfois de... ça arrive dans la vie que... bon, il y a une visite à domicile et, par exemple, l'intervenant doit arriver à une adresse, moi j'arrive aussi arriver à une adresse et je reste là. (...) Et ça peut arriver que l'intervenant, il s'est perdue ou eh... au cas ou un accident où quelque chose come ça... (...) Et là je peux appeler toujours la Banque... (...) J'appelle la Banque et je demande « qu'est-ce que je peux faire ? parce que j'ai arrivé ici mais j'ai aucune idée d'où est l'intervenant ». Donc, la Banque prend la décision pour moi. (...) J'appelle toujours pour demander de l'aide ou prendre la décision.*

29:10 ( 0:10:02.83 [0:02:17.45])

Yan apunta que el único problema de coordinación que observa está estrictamente relacionado con la rapidez de respuesta del BII. El entrevistado comenta que en ocasiones las instituciones exigen servicios urgentes al BII y, dado que los intérpretes están ocupados, se observa una falta de inmediatez ante situaciones de este tipo. No obstante, los entrevistados aseguran que la Coordinación del BII investiga constantemente cómo funcionan servicios similares en otros lugares para poder optimizar los propios inspirándose de modelos que han funcionado en otros lugares. Así, se realizan modificaciones en el seno del BII que garanticen su buen funcionamiento.

Por otra parte, algunos entrevistados apuntan que, ante los rumores de la existencia de favoritismos en el BII que influían en la cantidad de encargos de sus diferentes profesionales, se decidió crear un sistema de gestión de encargos informatizado, para solucionar dicho problema. Marcela comenta:

*Algunas cosas cambiaron en el Banco de Intérpretes. Se sabía... esto también son rumores entre intérpretes y eso... que para los pedidos, por ejemplo, a veces dependía... había casos de favoritismo y dependía de la secretaria quien eh... cuánto trabajo un intérprete iba a recibir o no, la relación de la secretaria con los intérpretes. Se hizo ahora un sistema donde hay como una lista que es medio aleatoria y que al mismo tiempo obvio que el intérprete se hace su clientela, entonces muchas veces después que te conocen te vuelven a llamar, ¿no? Entonces ahí te vuelven a llamar a ti, pero cuando no... cuando el profesional no sabe, no nos conoce, en la computadora se van alternando nombres y el entonces la... parece que ahora se está... no sé si fue pensado también en eso o... la Banca de Intérpretes yo se que Isabel estuvo... están siempre investigando en otros lugares cómo funciona para ver cómo se puede hacer aquí... Creo que no se si fueron a Newfoundland o... otra... alguna otra provincia canadiense*

*donde las cosas eran todas por... por computadora y ahora está todo más este... ¿no? más en sistema por computadora.*

18:32 ( 0:28:14.20 [0:01:55.41] )

La coordinación del SCIS es, según los entrevistados, bastante clara y ha hecho un gran esfuerzo para que los servicios se conozcan, hasta llegar a todos los profesionales del Hospital. Estos esfuerzos han incluido la exposición de anuncios para informar a los usuarios de la existencia de este servicio gratuito.

#### **4.6.4. Formación, lenguas y experiencia**

A excepción de una entrevistada que afirma haber completado los estudios de bachillerato en su país de origen, así como haber realizado un curso de formación profesional en contabilidad, el resto de intérpretes afirman haber empezado estudios universitarios. Únicamente una de las entrevistadas revela no haber terminado estos estudios. 5 de los entrevistados aseguran tener una diplomatura y 5 una licenciatura, mientras que 3 tienen estudios de máster y 1 ha completado sus estudios de doctorado.

Los campos de formación de los intérpretes del ámbito sanitario montrealés son muy diversos y abarcan ámbitos como el de la antropología, la geología, la lingüística, la responsabilidad social y empresarial, los recursos humanos, la literatura, las humanidades, la filosofía, la comunicación, las ciencias o la medicina. 5 de los entrevistados (4 del BII y 1 del SCIS) cuentan con estudios de traducción e interpretación. Igualmente, una entrevistada (intérprete del BII) asegura haber empezado estudios en interpretación de conferencias. Además, como veremos más adelante, algunos aseguran haber recibido formación en ISP. Los detalles a este respecto se especificarán en el apartado 4.6.8.

Por lo general, tanto los intérpretes del BII como los del SCIS cuentan con un cierto nivel de experiencia en el campo de la traducción y la interpretación o en trabajos relacionados con este que precisan de un amplio dominio de más de una lengua. Basma, Fai, Ari y Dodek aseguran haber trabajado para diferentes agencias de traducción, ya sea en Canadá, Europa o Estados Unidos, mientras que Diego afirma tener experiencia docente en su país de origen (Perú), centrada concretamente en cursos y capacitaciones técnicas.

Por otra parte, Amanda menciona haber trabajado de secretaria de un abogado de inmigración, donde tuvo que interpretar muy a menudo, lo que asegura le ayudó a adquirir experiencia en este ámbito. De manera similar, Charlotte considera que le ayudó a adquirir experiencia en las conversaciones triangulares su periodo de abogada y mediadora de conflictos en Argentina (país donde no se habla su lengua materna, que es el francés), a pesar de las diferencias obvias entre estas profesiones y la de intérprete. Asimismo, Safia asegura haber dedicado todo el tiempo que ha estado en Canadá a trabajar para la integración de los inmigrantes recién llegados de India, adquiriendo así

su experiencia relacionada con la ISP. Finalmente, Dodek comenta haber dedicado parte de su vida profesional al trabajo en centros comunitarios en el marco de un convenio para recién llegados, lo que le abrió las puertas al ámbito de la ISP.

Además, algunos profesionales del BII trabajan igualmente para otras instituciones fuera del Banco, como por ejemplo la Court Municipal, la Commission de l'immigration et du statut de réfugié, Inmigración Canadá o el MICC (Ministère de l'Immigration et des Communautés Culturelles). Es el caso de Mayra, Charlotte y Amanda. Veamos las palabras de Mayra:

*En los servicios públicos, en los lugares en donde trabajo actualmente, es para eh... Inmigración Canadá, eh... la Comisión de Inmigración y Refugio, eh... y eh... bueno, la... el Banco de Intérpretes, que depende de la Agencia de Salud y Servicios Públicos de Montreal.*

7:9 ( 0:06:42.59 [0:00:31.12]

No obstante, a pesar de los años que llevan en la profesión, algunos entrevistados argumentan que su experiencia en cuanto a contextos de trabajo no es muy amplia, pues se han dedicado exclusivamente a la interpretación en ámbito sanitario. Así, si bien la mayoría de entrevistados aseguran tener experiencia en diversos ámbitos de la ISP, Diego, Lionel y Safia aseguran haber trabajado como intérpretes únicamente en el SCIS del MCH, aunque Diego comenta haber realizado un trabajo puntual en el ámbito social. En este sentido, Diego asegura que el trabajo de los intérpretes del BII es más amplio:

*Está el Banco de Intérpretes. Eh... digamos que abarca mucho más, o sea, lo mandan a uno dónde necesitan un intérprete y normalmente puede ser la Corte... o puede ser este... puede ser una ONG, puede ser este... los servicios sociales o de salud...*

9:6 ( 0:10:29.39 [0:01:34.22]

Por último, cabe destacar que la experiencia profesional en ISP de los entrevistados es bastante amplia. Algunos cuentan con más de 20 años de trabajo en ISP. Así, de entre los 6 entrevistados que hicieron explícitos sus años de experiencia en ISP, dos afirman llevar entre 21 y 22 años en la profesión en el momento de realización de las entrevistas, habiendo trabajado en el BII desde su creación. Dos aseguran llevar en el BII entre 12 y 17 años mientras que únicamente dos afirman haberse dedicado a este trabajo entre 8 y 4 años.

Todos los entrevistados tienen una característica común: todos son oriundos de un país extranjero. Con tal de ilustrar esta afirmación, repasaré el lugar de procedencia de los entrevistados cuyas respuestas permiten conocer sus orígenes: Diego proviene de Perú, Lionel de Camerún, Fai y Li de China, Basma de Siria, Ari de Armenia, Matilde de España, Amanda de Shrilanka, Agata de Rusia y Safia de India, mientras que Ghida procede de Egipto, aunque parte de su familia es originaria de Túnez, con lo que, como veremos en el apartado siguiente, domina dos dialectos de la lengua árabe. Yan, por su

parte, se describe como vietnamita de origen chino. Dodek comenta que nació en un país latino, aunque posteriormente se trasladó a Polonia, el país de donde procedía su familia. Si bien Mayra proviene de Costa Rica, parte de su familia es brasileña, lo que le ha dado las competencias culturales necesarias para trabajar con la lengua portuguesa. El de Charlotte es el único caso en que el país de procedencia de un profesional de la ISP no coincide con el de la comunidad a la que presta servicios. Dicha intérprete tiene una cultura bastante relacionada con la mayoritaria (siendo de origen francés en la provincia canadiense del Quebec) y conoce la realidad cultural de sus usuarios gracias a largos periodos de trabajo en un país de habla hispana (Argentina).

Las lenguas de trabajo de los entrevistados suelen coincidir con sus lenguas maternas, aunque también se ofrecen servicios de ISP en terceras lenguas. A continuación expongo las lenguas maternas y las lenguas de trabajo de los profesionales de la ISP entrevistados:

- Mayra: Sus lenguas de trabajo son el español, el portugués (ambas consideradas lenguas maternas), el inglés y el francés.
- Diego: Sus lenguas de trabajo son el español (materna), el francés, y el inglés. Aunque también habla portugués e italiano, no trabaja con dichas lenguas.
- Lionel: Sus lenguas de trabajo son el ruso, el francés, el inglés. Estas dos últimas lenguas son cooficiales en su país de origen, aunque también habla diferentes dialectos locales (con los que no trabaja) a modo de lenguas maternas.
- Fai: Sus lenguas de trabajo son el chino, el inglés y el francés. Su lengua materna es chino mandarín, aunque también habla cantonés.
- Basma: Sus lenguas de trabajo son el árabe (lengua materna, concretamente el dialecto sirio), el francés y el inglés.
- Ari: Sus lenguas maternas son el inglés y el armenio. Si bien traduce únicamente hacia el inglés, interpreta en modalidad directa e inversa en francés, español, ruso, italiano, armenio oriental y occidental e inglés.
- Matilde: Sus lenguas de trabajo son el español (lengua materna), el francés y el inglés, aunque trabaja en esta última lengua con menos asiduidad. Destaca que también es traductora de catalán, pero no intérprete.
- Yan: Sus lenguas de trabajo son el cantonés (lengua materna), el vietnamita y el francés.
- Marcela: Sus lenguas de trabajo son el español (lengua materna), el portugués, el francés y el inglés.
- Amanda: Sus lenguas maternas son el tamul (lengua materna), el francés y el inglés (esporádicamente).

- Charlotte: Sus lenguas de trabajo son el francés (lengua materna), el español y el portugués.
- Dodek: Sus lenguas de trabajo son el español (en un 90-95 % de sus intervenciones) y el polaco (en un 5 % de sus intervenciones), ambas lenguas maternas, y el francés. Si bien asegura desenvolverse en lengua inglesa y haberla utilizado en 3 ó 4 situaciones de urgencia, asegura que normalmente no trabaja con dicha combinación lingüística.
- Agata: Sus lenguas de trabajo son el ruso (lengua materna), el español, el francés.
- Li: Sus lenguas maternas son chino (siendo el mandarín su lengua materna el francés y el inglés).
- Ghida: Sus lenguas de trabajo son el árabe (lengua materna, concretamente en sus dialectos magrebí tunecino y egipcio, del oriente medio), el francés y el inglés.
- Safia: Sus lenguas de trabajo son el punjabi (lengua materna), el hindi y el urdu y el inglés.

Un aspecto a destacar en cuanto a las lenguas en las que se ofrecen los servicios de ISP del SCIS del MCH tiene que ver con la condición de bilingüismo vivida en Montreal y, por consiguiente, en el mismo MCH. La mayoría de profesionales del MCH son anglófonos y en ocasiones su dominio del francés es escaso o nulo. Es por ello que, según afirma Diego, las tareas de interpretación se realizan en diferentes lenguas, que incluyen tanto las lenguas extranjeras como el inglés y el francés, de manera que también se hacen intervenciones entre las dos lenguas oficiales. Igualmente, el entrevistado afirma que algunos de los profesionales de la salud tienen conocimientos de lenguas extranjeras, como el español. De este modo, asegura:

*Este es un hospital bilingüe. Principalmente, este es un hospital que pertenece al... a... a la universidad de McGill, entonces la mayoría de... de... de médicos son anglófonos, hay residentes también que son anglófonos y que hablan poco francés. Entonces ahí hay un tema... Yo hago interpretación inglés-francés-español, entonces cuando... el doctor no habla muy bien el francés también pide un intérprete, ¿no?*

9:12 ( 0:26:41.67 [0:02:48.97] )

#### **4.6.5. Criterios de selección del profesional de la ISP**

Aunque los entrevistados no proporcionan información acerca de los criterios de selección de profesionales del SCIS, sí que comentan sucintamente algunos de los requisitos impuestos por el BII. Dodek comenta que, en sus inicios, dada la falta de profesionales de la ISP formados en la materia, el BII empezó a buscar intérpretes entre los profesionales de diversos centros comunitarios e instituciones relacionadas con la

salud y los servicios sociales, pues asegura que había personas con conocimientos lingüísticos y experiencia en el trabajo de cara al público. El BII se encargó de la formación de dichos profesionales.

Con el paso del tiempo, los criterios de selección del BII se fueron haciendo más estrictos. Actualmente, el BII busca personas que dominen varios idiomas, preferiblemente incluyendo el inglés. Sin embargo, Charlotte considera que es difícil que un intérprete domine muchos idiomas y opina que se debería dominar a la perfección los dos idiomas de trabajo, para poder afrontar la comunicación en diferentes contextos.

En esta línea, la información recopilada revela que el BII exige certificaciones que avalen los conocimientos lingüísticos de los candidatos a intérpretes. No obstante, cuando se trata de lenguas raras, la posesión de una tal certificación no es un requisito indispensable. Como resultado se encuentran, según Charlotte, diferentes niveles de dominio lingüístico entre los profesionales de la ISP. No obstante, la entrevistada asegura que todo intérprete debería tener un nivel de dominio lingüístico elevado. Denuncia que algunos profesionales de la ISP del BII no dominan lo suficiente alguna de sus lenguas de trabajo, alegando que el hecho de que un intérprete intervenga en una lengua que no domina (con los consecuentes problemas en la interacción) influye negativamente en la reputación de los profesionales del BII. Charlotte comenta que únicamente ha intervenido en una lengua que no domina a la perfección en situaciones muy extremas.

Así, el BII acepta intérpretes no formados en casos de necesidad. Dodek:

*Cuando...hace ocho o nueve años, no me acuerdo la fecha exacta, cuando hubo un flujo de refugiados de guerra de Bosnia y... Bosnia, digamos Herzegovina, cuando se necesitó la presencia de... de intérpretes albaneses, este... este croatas y digamos serbios, estos no pasaron formación así, digamos que digamos fueron directamente al campo de batalla. Y no pasó ningún... o sea, no hubo ningún inconveniente, porque era gente qu... claro, por supuesto, no eran dos semanas de formación, pero quizás un solo día, porque había un flujo bastante... bastante grande de... de... de refugiados. No sé, no sé... No conozco los detalles, pero de... en una semana se... había una... una necesidad o una demanda de... de intérpretes tanto serbios como croatas como... como albaneses.*

23:5 ( 0:13:12.92 [0:07:05.27] )

## 4.6.6. Características de los servicios de ISP

### 4.6.6.1. Necesidades que fundamentan los servicios de ISP en el ámbito sanitario montrealés

De acuerdo con los entrevistados, estos servicios se hacen necesarios en el momento en que personas que desconocen tanto las lenguas como la cultura de la comunidad mayoritaria precisan de cuidados de salud y experimentan problemas a la hora de comunicarse con los profesionales de la salud. De acuerdo con Safia, estas personas no sólo se benefician de la transferencia del mensaje de una lengua a otra, sino que también de una mediación cultural. En esta línea, Li asegura que el BII nace de una necesidad social.

Si bien los servicios de ISP son indudablemente necesarios para toda situación de incomunicación en el ámbito sanitario, Matilde observa una gran diferencia entre las necesidades de dichos servicios del personal sanitario y el social. Opina que, mientras que en el ámbito sanitario, los profesionales de la salud pueden llegar a un diagnóstico mediante pruebas médicas, los profesionales del ámbito sociopsicológico necesitan comprender en profundidad lo que el usuario quiere decir realmente con tal de tratar su problema.

La necesidad de estos servicios se considera indudable desde el momento en que, según afirma Ghida, algunos usuarios desconocedores de los servicios acuden a los centros de salud acompañados de intérpretes asalariados cuyos honorarios sufragan ellos mismos. Veamos cómo lo explica la entrevistada:

*Les gens ou les familles, lors qu'ils prennent connaissance de ce service offert, ils vont se diriger vers cet hôpital. C'est-à-dire... je ne sais pas... Honêtement, je ne sais pas si maintenant ils offrent ce service aussi au Sainte Justine ou non, parce qu'on a deux hopitaux pour enfants à Montréal : Sainte Justine et le Children's. Mais très souvent, des qu'ils apprennent qu'il y a un service d'interpretes et qu'il est offert gratuitement aux familles, ils vont directement se diriger là. (...) Parce qu'on a déjà vue même au Children's des familles qui venaient traiter leurs enfants, des immigrants qui n'ont aucune connaissance du français ou de l'anglais, mais qui ne savaient pas qu'on offrait le service et eu ce qu'ils fesaient, ils amenaient un interprete privé avec eux. Donc, ils payaeint les services d'un interprete. Et pourtant le service est offert gratuitement pour eux.*

34:11 ( 0:12:45.73 [0:01:13.14] )

No obstante, de acuerdo con Basma, algunos usuarios que no hablan francés ni inglés no tienen recursos (con lo que no pueden recurrir a los servicios de un intérprete privado), no conocen a nadie en el país y, en caso de que conozcan a alguien, en ocasiones son personas en su misma situación, con lo que no pueden recurrir a nadie que les facilite la comunicación con los profesionales de la salud. Aun así, Dodek

asegura que los profesionales de la salud prefieren que actúe una persona imparcial, y no un acompañante. Prefieren al intérprete. De este modo, los servicios de ISP se hacen necesarios, para que el profesional de la salud se pueda asegurar de que el mensaje sanitario ha llegado a buen puerto y evitar que los usuarios denuncien que no se les ha transmitido información de importancia.

Cabe destacar que los usuarios de estos servicios se encuentran en situación de vulnerabilidad, al no poderse comunicar frente a un problema de salud. En situaciones de este tipo, la carga emocional del usuario suele ser elevada, lo que dificulta todavía más las capacidades de expresión en lengua extranjera, incluso cuando se tienen conocimientos lingüísticos. Así pues, estos servicios son necesarios para el seguimiento de los usuarios, pues sin ellos, las instituciones no podrían ponerse en contacto con los usuarios, cuyo problema no se solucionaría. Con todo, de la información obtenida gracias a las entrevistas a profesionales de la ISP se concluye que el recurso a estos servicios es de elevada importancia hasta que la persona se pueda manejar en el idioma de la sociedad de acogida.

Según la información obtenida en las entrevistas a profesionales de la ISP, si bien la ASSS de Montreal oferta servicios de este tipo a todos los organismos sanitarios de la zona, algunas instituciones recurren a ellos con más asiduidad que otros. Dado que el BII presta servicios de ISP tanto en francés como en inglés, las solicitudes vienen de mano tanto de centros sanitarios francófonos como anglófonos (como el MCH o el MCI).

De acuerdo con los entrevistados, los hospitales para adultos recurren a los servicios de ISP en menor medida que los hospitales pediátricos. Tanto es así, que el MCH tiene un banco de intérpretes interno (dependiente del SCIS), aunque solicita los servicios de profesionales del BII cuando no pueden cubrir toda la demanda generada en el seno del Hospital. Si bien los centros hospitalarios montrealeses parecen ser un poco reticentes hacia el uso de servicios de ISP, el Hospital Sainte Justine (el otro hospital pediátrico de Montreal), recurre de manera habitual a los servicios ofertados por el BII, como comenta Charlotte. No obstante, cuando las consultas tratan aspectos de salud más bien delicados, se recurre con mayor frecuencia a los servicios de ISP, tanto en los hospitales como en los CLSC. Charlotte explica:

*Hay temas que generalmente hacen que pidan un intérprete: es embarazo, trasplantes... cosas un poquito... pesadas, abortos (eso no es en ámbito hospitalario, sino en CLSC, una cosa aparte...).*

22:4 ( 0:03:47.02 [0:02:55.81] )

#### 4.6.6.2. Continuidad de los servicios de ISP ofertados

De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas, el órgano público de gestión del que depende el BII ha cambiado. Según apunta Dodek, el BII fue creado por la administración de la salud pública que precedió a la ASSS de Montreal:

*Sé que cuando fue fundada la Banca de intérpretes había otra administración desde el punto de vista de la... del Ministerio de la salud pública. Ahora de hace al... algunos años el nombre oficial es Banco Interregional de Intérpretes.*

28:3 ( 0:03:37.71 [0:04:42.65] )

Los intérpretes del BII aseguran que desde la dirección del mismo se han realizado grandes esfuerzos para mejorar los servicios ofertados. Añaden que el BII realizó un gran trabajo de difusión de los mismos, con lo que aseguran que el BII cada vez tiene más clientes porque cada vez es más conocido. Igualmente, insisten en que la Dirección del BII investiga constantemente cómo funcionan los servicios de ISP de otros lugares para introducir cambios que impliquen una mejora para el BII. Como resultado de dichas investigaciones se han hecho modificaciones respecto a la organización originalmente ideada, como es el diseño de un sistema de gestión de encargos informatizado. Otro de los cambios destacados por los profesionales de la ISP del BII por lo que respecta a sus condiciones laborales es la remuneración de las tasas de estacionamiento de los mismos.

En otro orden de cosas, comentan que el perfil de usuario ha variado con los cambios de los flujos de inmigración que la ciudad ha ido acogiendo. Igualmente, los entrevistados aseguran que se dan fluctuaciones en el volumen de encargos que reciben. Así, si bien el BII puede llegar a recibir quejas a causa de la falta de intérpretes disponibles en un momento dado, también se dan temporadas en las que la carga de trabajo no es muy elevada.

Por lo que respecta a los recursos ofrecidos a los profesionales de la ISP del BII, los entrevistados comentan que en sus inicios el Banco ofrecía una formación en ISP de 35 horas de duración. Con el tiempo, el aspecto formativo fue evolucionando, hasta que se llegó a instaurar cierta formación en ISP en la Universidad de Montreal, donde los intérpretes del BII reciben su instrucción, aunque en casos especiales se omite dicho requisito de los criterios de selección de profesionales de la ISP, dada la formación previa del candidato. Igualmente, el BII ofrece formación continua, aunque de manera más esporádica de lo que lo hacía en sus inicios. En este sentido, Matilde comenta:

*Al principio había mucha... había más formaciones, yo creo... Ahora hay también pero más esporádicas, creo. O... o por... ¡o a lo mejor yo no he ido! Porque a veces me ausento y me voy a... a España y entonces, si ha coincidido que yo no estaba pues, lo... lo perdí.*

16:12 ( 0:08:14.67 [0:00:42.95] )

Por lo que respecta a la evolución de los servicios de ISP del SCIS, el único punto destacado por sus profesionales ha sido la disminución del salario recibido. Este hecho les hace dudar de un posible decrecimiento de la apreciación de los servicios de ISP dentro del MCH. Lionel argumenta:

*Avant on était payés plus que maintenant. (...) En fonction de quoi ? Parce qu'on fait le même travail, on fait... on est dans le même... dans la même structure, donc... quelque part le travail est... n'est plus... apprécié au même niveau. Donc, le niveau a descendu pour quelques uns ou je ne sais pas.*

10:31 ( 0:25:51.74 [0:01:08.37] )

#### 4.6.6.3. El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario montrealés

Los servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés están disponibles en todo momento. Como hemos visto en el apartado destinado a exponer la dedicación horaria de sus profesionales, estos ofrecen su horario de disponibilidad al BII o al SCIS, aunque algunos atienden también, en la medida de sus posibilidades, servicios de urgencia fuera de horario y en festivos o fines de semana. Igualmente, el MCH recurre a los servicios del BII cuando ya sea por falta de profesionales, por indisposición de servicios en una lengua dada o por tratarse de servicios fuera de horario, a los servicios del BII (tal y como comentábamos al inicio de este informe de análisis). Aun así, Dodek revela que algunas instituciones recurren a servicios de interpretación privados en caso de urgencia:

*El sábados y el domingos, los servicios sociales... o sea, los trabajadores sociales y las escuelas no trabajan y en situaciones de emergencia, los hospitales no... no solicitan... o sea, hay agencias privadas... hay agencias privadas donde el servicio es más costoso, o sea, los honorarios son más... son más altos...*

24:1 ( 0:00:00.00 [0:03:48.55] )

#### Acceso a los servicios de ISP

Los profesionales de la ISP comentan que, generalmente, la solicitud de servicios de ISP viene de manos del profesional de la salud, quien percibe el problema de comunicación en un primer contacto con el usuario. Así, en el SCIS, de acuerdo con Diego, dichas solicitudes las realizan los médicos desde los Departamentos a través de una secretaria:

*Los servicios los pide a través de una secretaria, los pide el Departamento de... médico, pero este... el doctor, ¿no?*

9:12 ( 0:26:41.67 [0:02:48.97] )

Por lo que respecta al BII, Ari asegura que las instituciones consultan con los pacientes si hay necesidad de recurrir a los servicios de un intérprete y, en caso afirmativo, solicitan los servicios:

*The institution asks them if they want... if they need... eh... an interpreter and when they say "yes", well, that's when the... the institution calls on our services.*

14:15 ( 0:13:03.79 [0:00:30.36] )

Según Dodek, aunque no todos los profesionales saben cómo funciona el BII, todos saben que dicha institución existe, pues presta servicios de ISP desde 1992. El entrevistado comenta que en todos los centros sanitarios hay una persona de referencia que realiza el contacto con el BII para la solicitud de encargos, de manera que el profesional de la salud no contacta directamente con el BII, a diferencia del profesional de servicios sociales que, según Li, sí lo hace. Ari añade que en muchos centros son los trabajadores sociales quienes se encargan de organizar las citas que requieren de un intérprete. Sin embargo, Dodek menciona que en ocasiones estas personas encargadas de contactar con el BII reciben la petición del profesional con un cierto retraso, en posible detrimento del acceso a los servicios de un profesional de la ISP:

*En muchas instituciones con cierta envergadura se dispone de una persona que establece un contacto con el Banco de Intérpretes. El profesional está en una situación difícil que no va... no va a buscar este número, le va a pedir a la señorita secretaria "por favor, necesito un intérprete de chino para mañana". La secretaria le puede decir con cierta experiencia "oiga, doctor, ¿pero usted no me pudo pedir eso ayer o anteayer?" (...)*

25:1 ( 0:00:00.00 [0:15:04.01] )

Con tal de solicitar los servicios de un intérprete, los diferentes centros sanitarios de Montreal contactan con el BII por vía telefónica. El personal de oficina del BII se encarga de distribuir los encargos a los profesionales de la ISP. Una vez distribuidos los encargos, los profesionales de las oficinas del BII se los hacen llegar a los intérpretes por vía telefónica, dejando un mensaje en el contestador automático en caso de que el intérprete no responda la llamada. En dichas llamadas, se les comunica a los intérpretes datos del encargo como el nombre del profesional de la salud, su número de teléfono y el nombre de la institución en la que se desarrollará la consulta. Los intérpretes del BII comentan que, tras recibir un encargo, deben aceptarlo o rechazarlo, tanto con el profesional de la salud como con el BII. Para ello contactan con el profesional de la salud y le comunican su decisión. En caso de aceptación también le consultan si se ha de llamar al usuario para comunicarle la cita. La siguiente etapa ya es la llegada al lugar de la consulta a la hora de la cita.

No obstante, los entrevistados insisten en que el BII se encuentra (en el momento de la realización de las entrevistas) en proceso de instauración de una nueva metodología de solicitud de encargos, basada en una plataforma informática llamada Jérôme. Se trata de una plataforma virtual que permite efectuar solicitudes de servicios de ISP al BII en línea. Todo ello, en base a un listado de intérpretes que, mientras que en una primera versión aparecía en orden alfabético, se prevé que aparezca ordenado de manera aleatoria, con tal de ofrecer las mismas oportunidades de ser seleccionados a todos los profesionales

de la ISP. Los entrevistados aseguran que los diferentes profesionales de la ISP tienen su propia clientela entre los profesionales de la salud, dado que a menudo aquellos profesionales de la salud que han trabajado con un intérprete tienden a solicitar los servicios del mismo profesional (llegando incluso a adaptarse a los horarios del intérprete). De este modo, Jérôme ofrece las mismas posibilidades a todos los intérpretes de cara a aquellos profesionales de la salud que acceden a los servicios por primera vez. Dicha aplicación informática tiene sus partidarios y sus detractores entre los profesionales de la ISP. Mientras que algunos intérpretes, como Charlotte, consideran que esta nueva metodología les facilitará la organización de sus intervenciones, otros, como Dodek, temen que el cambio tenga repercusiones negativas en su carga de trabajo, dados sus limitados conocimientos informáticos. Igualmente, Dodek revela que hay profesionales que no se encuentran cómodos con dicho sistema de solicitud de encargos.

Dicho sistema de gestión de encargos se intentó introducir en noviembre del 2012 y no funcionó. Veamos cómo lo relata Dodek:

*¿Mejorar eso? ¡Sí! Quisieron porque el simple hecho de que hubo más de mil... mil solicitudes al... al mes. De ahí que quisieron que los profesionales tengan acceso directamente a la Banca de Intérpretes y ahí hubo ciertas dificultades donde aparecen los nombres de los intérpretes, entonces que los nombres están por orden alfabético. Entonces es que los que están arriba y como son muchos... Entonces ahí se muestran lo que es digamos competencias. Un profesional que necesita los servicios de un intérprete va a estar cinco minutos, diez minutos leyendo cuál es... si ve a uno que ya conoce, sí, se va a poner a a... inscribir los datos según el código que está ahí, o sea, que yo tengo mi propio número (...) Entonces va... o digamos, directamente comunica conmigo. Claro, esa información pasa por la Banca de intérpretes, pero está en una banca de datos. Yo tengo que comunicar directamente, por computadora, con el profesional para decirle "sí, acepto la... la solicitud para tal y tal día". (...) El sistema ya lo quisieron introducir en noviembre del año pasado, del 2012. Y no funcionó. Yo le pregunté a una de las empleadas, le digo "¿por qué?", "no si yo misma tuve que hacer un test y hay casillas..." así, hay casillas y si usted la llena, la llena... en la computadora, hay casillas que no sé... no sé... que no conectan, que no hay... entonces el mensaje no le llegaba completamente (...).*

28:6 ( 0:16:35.98 [0:12:12.29] )

Asimismo, Dodek muestra que, cuando el profesional de la salud conoce al intérprete, en ocasiones la solicitud de servicio no pasa por el BII, pues el profesional de la salud llama directamente al intérprete, normalmente para solicitar servicios de interpretación telefónica:

*Muchas veces los... las conferencias telefónicas no... o sea, la solicitud de servicio no pasa por la... por la Banca de intérpretes, la Banca de intérpretes es*

*muy flexible, es muy indulgente con los profesionales y con los intérpretes. El profesional que ya sabe que ya trabajó con un intérprete puede llamarlo personalmente, o sea, para saber “oiga, ¿usted está disponible para hacer una conferencia telefónica?” o “¿estaría usted disponible para el día de mañana a las 10?, porque tengo que llamar a tal y tal sitio” y un intérprete puede decir “sí, espero su llamada mañana”.*

24:2 ( 0:04:04.63 [0:08:52.20] )

Los intérpretes (independientemente de su afiliación a un servicio de ISP o a otro) insisten en que no todos los usuarios saben que tienen derecho a un intérprete. Sin embargo, Marcela apunta que, en general, cuando se les ofrecen estos servicios, los suelen aceptar. Asimismo, narra que suele explicarles a estos usuarios que tienen derecho a exigir los servicios de un intérprete cuando lo consideren oportuno. Sin embargo, les explica igualmente que no siempre las instituciones del ámbito sanitario se muestran dispuestas a sufragar los servicios de ISP. De hecho, como veremos más adelante en este apartado, no todos los profesionales de la salud solicitan los servicios de un intérprete ante toda situación de necesidad. Sin embargo, en lo que concierne a los servicios de ISP del MCH, Lionel asegura que todos los servicios del Hospital conocen los servicios que oferta el SCIS. Igualmente, el centro dispone de anuncios para los usuarios donde se les informa de la disposición gratuita de este servicio. Por lo que respecta al acceso a dichos servicios, hay un procedimiento preestablecido, de manera que cuando el MCH recibe a un usuario que no domina el inglés o el francés, sus profesionales le preguntan cuál es su lengua y llama directamente al SCIS para solicitar un intérprete. Del mismo modo, cuando las enfermeras llaman a domicilio para anunciarle al usuario una cita en el hospital, si advierten problemas lingüísticos, se informan de qué idioma habla dicho usuario y solicitan los servicios de un intérprete para su cita sin necesidad de informar al paciente, lo que, según apunta el entrevistado, llega a sorprender a los pacientes el día de la consulta. En ese caso, el intérprete explica que dicho servicio es gratuito para el usuario y que se les ofrece para ayudar al profesional a proporcionar una óptima asistencia. En este sentido, Lionel narra:

*Dans les différents services eh... ils savent que... eh... quand il y a un patient qui s'adresse et qui ne parle pas bien le français ou l'anglais, c'est automatique, (...) demander « vous parlez quelle langue ». Et c'est automatique... eh... pour le rendez-vous, l'infirmier appelle notre service pour demander s'il y a un interprète de telle langue. Donc, là, directement, on regarde (...), on fait une réservation et le jour du rendez-vous, il y a déjà un interprète là. Ça c'est un. Le deux, parfois c'est les infirmiers qui appellent à la maison pour le rendez-vous. On appelle, la personne au bout du fil ne parle pas bien français ou ne parle pas bien anglais, alors on demande « vous parlez quelle langue ? », dans le cas du russe, « nous parlons russe », « ok, on comprend », même sans aviser le... le patient, l'infirmier... eh... fait une réservation d'un interprète russe. Et parfois les patients viennent, ils sont surpris de savoir qu'il y a un interprète russe, « nous on n'a pas demandé un interprète russe ! », pour ceux qui se... pensent que c'est un service payant, moi je*

*vais juste leur expliquer que « c'est un service qui est gratuit pour vous, c'est juste parce que le médecin a besoin de... notre service pour vos aider à mieux vos orienter, à mieux vos sentir, à mieux être servis ».*

10:32 ( 0:27:09.38 [0:02:29.26] )

#### Características de la visita médica trialógica

Para empezar con la visita médica trialógica, el profesional de la ISP realiza una presentación de sus servicios, en la que se identifica como tal y explica las especificidades de su trabajo, tratando temas como su papel de mero intermediario o el respeto a la confidencialidad de la información que se exponga a lo largo de la visita. Sin embargo, dicha presentación se omite en aquellos casos en los que el tiempo es muy limitado. Dodek narra:

*El discurso mío es... es... es claro. "Me... me han solicitado a mí para que le sirva de intérprete" O sea, yo le pido permiso al profesional, que me dice "sí", me permite que me presente y de ahí que el profesional a veces los ojos se le ponen así porque oye que... pero más o menos se da cuenta que no voy hablando boberías, que estoy, o sea, presentándome y después hago la traducción para el profesional y me dicen "ah, sí, está bien, gracias" y de ahí que... que... ya podemos como digamos comenzar el... el... la entrevista desde un punto de vista, digamos profesional, formal y ya vamos con todo. Y el discurso mío se lo puedo decir a las cuatro de la mañana o a las dos de la tarde porque es el mismo desde hace dieciocho años. A veces lo omito porque una situación que no... que no requiere... no requiere tal eh... (...) Entonces el discurso mío es el siguiente: "Me han asignado a mí para que le sirva de intérprete a usted y a la señora que está aquí con nosotros. Eh... significa que soy intermediario entre usted y la señora. Y si... y todo lo que se haya dicho aquí es absolutamente confidencial para mí, me entra por un oído y me sale por el otro. Si da la casualidad que nos vemos, nos encontramos, nos cruzamos en la calle o en el metro, no se ofenda, no se ofusque si yo no le digo "buenos días", porque mi función, mi papel se limita a este encuentro." (...) Y después hago la misma traducción, en versión este... en versión francesa, las mismas palabras (...) Es una especie de prólogo para ya... para comenzar.*

24:6 ( 0:21:57.21 [0:06:56.82] )

Como vemos en la cita anterior, una vez realizadas las presentaciones, se empieza la consulta propiamente dicha. Aquí la labor del profesional de la ISP es la de actuar de puente comunicador entre el personal sanitario y el paciente alófono. De este modo, los entrevistados aseguran que el profesional de la ISP tiene dos clientes: el paciente, por una parte, y el profesional de la salud, por la otra. Por esta razón, el intérprete no debe posicionarse de parte de ninguno de ellos, permaneciendo neutral e imparcial en todo momento.

Diego comenta que en ocasiones los usuarios comparten información con él de manera previa a la visita médica, lo que califica de peligro, pues en ocasiones los usuarios no recuerdan mencionar alguna información previamente compartida con el intérprete en la visita médica, ante lo que el intérprete se ve obligado a invitar al usuario a hacerlo. Igualmente, a veces el usuario invita al profesional de la ISP a contar, con sus propias palabras, dicha información. Frente a tal comportamiento, el intérprete recuerda a los usuarios que su papel es el de transmitir un mensaje de una lengua a otra, invitándole a formular el mensaje original para poderlo transmitir en la otra lengua. Diego narra:

*Ellos te cuentan muchas cosas... Uno los para a veces en algún momento y les dice "sí, está bien, bueno, ya me contó eso, pero eso lo tiene que contar delante del médico, para que yo lo pueda interpretar, si no, no". (...) Normalmente acompañamos al.. a los... a los usuarios, bueno, al paciente, lo acompañamos, en principio, él nos cuenta algunas cosas, pero durante la interpretación tenemos que interpretar exactamente lo que él dice en ese momento. Ha habido casos en que por interés propio, bueno, me ha contado alguna cosa la señora, bueno, o el señor, los padres del paciente, y yo le he dicho en el momento de la interpretación "cuéntele también sobre... tal caso", ¿no? sobre lo que me dijo, porque yo no puedo eh... agregar información si es que el paciente no ha dicho nada, entonces este... durante la interpretación... Ahora, ¿por qué se excede un poco eso? Porque ellos dicen "cuéntale lo que te conté". Entonces como... que no es así. Entonces se les explica.*

9:22 ( 0:46:48.09 [0:02:04.87] )

En casos de visitas a domicilio, los intérpretes insisten en que no acceden al domicilio en cuestión a menos que se encuentren acompañados por el profesional de la salud, alegando que, dada su función de mero puente comunicador, su trabajo se limita a aquellas situaciones en las que el usuario tiene contacto con el profesional de la salud.

En línea con lo anterior, los intérpretes entrevistados insisten en diversos factores éticos a tener en cuenta en toda visita médica a tres, como la obligación profesional de interpretar todo lo que se diga a lo largo de la consulta.

En otro orden de cosas, los profesionales de la ISP comentan que, a diferencia de lo que se aprende en las facultades de traducción e interpretación, resulta muy difícil prepararse el tema de la intervención de manera previa cuando se trata de consultas médicas. Diego comenta que, cuando llegó al MCH, vio que únicamente se contaba con un tema muy general: el de la medicina. Al ser un campo tan grande, el entrevistado afirma haber ido aprendiendo de la experiencia, al pasar de un Departamento a otro. Comenta:

*De verdad, el tema es la medicina y la medicina es un campo bastante grande, así que... prácticamente en el campo, o sea, hemos ido... he ido agudizando varias... eh... varias cosas, aprendiendo varias cosas también. Porque uno cambia de un... digamos de una... de un Departamento... de un Departamento a otro. Eh... puede estar en oftalmología, después psiquiatría... Son temas muy*

*distintos y uno nunca sabe tampoco este... nunca sabe, bueno, a veces conoce a los pacientes, pero como no los ve regularmente tiene que retomar un poco la historia, cuando llega uno a una interpretación, eh... llega y este... y a veces si no conoce al paciente, no sabe la historia médica y se va enterando en el momento de la historia, mientras va interpretando. Pero... muchos de los temas se repiten también, así que este... ayuda mucho.*

9:3 ( 0:01:05.88 [0:01:37.37] )

Por último mencionaremos que las entrevistas médicas en las que trabajan los profesionales de la ISP son muy heterogéneas. Estos intervienen en consultas preoperatorias, postoperatorias, consultas corrientes, consultas de psicología, consultas de trabajo social, reuniones con diversos profesionales de la salud o incluso con profesionales de la salud y profesionales dependientes de otras instituciones de las administraciones públicas para tratar temas relacionados con un usuario, etc.

#### Reunión previa y/o posterior a la intervención

Los profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés afirman mantener, en ocasiones, reuniones con el personal sanitario de manera previa y de manera posterior a la consulta trialógica. Sin embargo, comentan que la realización de dichas reuniones depende de varios factores, como la gravedad de la situación o el interés del personal sanitario en conversar con el profesional de la ISP por una u otra razón o el tiempo del que dispone el profesional de la salud. Ari especifica que las reuniones previas se celebran más a menudo que las posteriores:

*Sometimes they brief me, sometimes they don't. So, it's either way. Some... I mean, I'd say about maybe... 60 times... 60 % they will let us give a general picture of the situation before, 40 times... 40 % they don't. And as for after, it's the other way around, 40... 40 % they will do the debriefing and 60 times... 60 % they don't.*

15:5 ( 0:01:50.03 [0:00:30.51] )

Si bien algunos profesionales de la ISP consideran que es importante entablar una conversación con los profesionales de la salud de manera previa para poder tener una idea general del aspecto a tratar, otros, como Charlotte, no se muestran tan interesados en dichas reuniones, dado que consideran que serían incapaces de prepararse la intervención de manera que dicho esfuerzo extra resultara productivo:

*Yo sé que hay intérpretes que lo hacen, que persiguen al interviniente diciendo "ah, pero ¿de qué se trata?" pero dicen que para preparar el vocabulario (...) Yo no lo puedo hacer, yo no... Preparar... Yo no sé... Pasaría mucho tiempo y... bueno, en realidad... Yo no lo hago, tal vez sería mejor hacerlo, no sé, pero yo no*

*tengo problema en general, me adapto a... a la persona... que viene de un país, de otro... y bueno, me adapto sobre el momento.*

21:18 ( 0:18:30.42 [0:01:25.20] )

De acuerdo con los entrevistados, las reuniones previas con profesionales de la salud sirven de recurso para contextualizar la consulta. En ellas, el profesional de la salud suele proporcionar un breve resumen del caso antes de la consulta. Igualmente, algunos profesionales explican lo que quieren hacer durante la consulta, sobre todo si se trata de una situación crítica o que consideran puede resultar novedosa para el intérprete. En ocasiones, algunos profesionales de la salud solicitan que el intérprete se presente con anterioridad a la hora acordada para hacerle consultas culturales y comprobar qué temas puede tratar y cuáles no o cómo abordar cierto tema con el paciente, como la comunicación de información traumática. Asimismo, Marcela comenta, en base a su experiencia personal, que las reuniones previas con el profesional de la salud son escasas y se celebran ante situaciones muy específicas, con tal de preparar al intérprete a una situación de elevada carga emocional, como la comunicación al usuario de un diagnóstico de elevada gravedad:

*Es más bien raro, previa y más bien raro, posterior, aunque esté en el manual, eh... en los manuales está, entonces eh... es muy raro que el profesional, uno ya lo sabe porque lo leyó en el manual, por qué hace eso... eh... pero es muy raro, a veces son situaciones muy específicas, de se dice por ejemplo "bueno, vamos a tener una situación delicada, se le va a decir a la persona que es cáncer terminal", entonces como se lo prepara al intérprete. Eso me pasó de... de... de... prepararme antes.*

18:18 ( 0:13:00.37 [0:01:03.76] )

A pesar de lo anterior, los entrevistados afirman que la mayoría de veces, el profesional de la ISP llega a la consulta sin conocer nada sobre el caso. Así, aseguran que para comprender algunos casos, se requiere una elevada habilidad y rapidez mental.

En las reuniones posteriores, el profesional de la salud suele plantear preguntas al intérprete sobre sus impresiones acerca del encuentro, sobre todo si se han tratado problemas delicados durante la consulta. Dichas preguntas tratan temas diversos, como la opinión personal del profesional de la ISP sobre el caso, el uso y significado del lenguaje no verbal, la solicitud de explicaciones de comportamientos relacionados con la cultura del usuario, etc.

*Parfois ils vont prendre notre avis après l'interprétation. « Qu'en pensez-vous ? », « oui, le client, il a dit ça, mais est-ce que vous avez fait attention à son langage corporel ? », des trucs comme ça, ou bien « que pensez-vous de cet affaire ? » des choses comme ça. Ou on... on explique beaucoup les différences culturelles. Parfois l'intervenant ne comprend pas pour quoi il a réagit comme ça, puis puis on lui dit « il a agit comme ça parce que chez eux c'est comme ça et comme ça*

*quand même » « Parce qu'il a connue la guerre, parce que il ne peut pas parler de ça, parce que c'est evident pour lui... »*

13:17 ( 0:09:28.23 [0:01:20.62] )

Este tipo de reuniones suelen realizarse en los casos en los que se va a seguir trabajando con el paciente en futuras visitas. No obstante, normalmente durante la sesión, se comparte suficiente información para que el profesional de la ISP se familiarice con el caso, por lo que esto no siempre se considera necesario.

Marcela apunta que en ocasiones es el propio profesional de la ISP quien solicita las reuniones posteriores con el profesional de la salud, dado que considera conveniente comentar, en ausencia del usuario, un aspecto relacionado con la consulta:

*Y a veces un poco después, pero a veces es eso, cuando uno sabe que hay cosas que hay absolutamente que decirles y que... no delante del usuario, yo ya casi... o sea, me quedé para realmente tener ese momento, pero no se le da en general al intérprete.*

18:18 ( 0:13:00.37 [0:01:03.76] )

Veamos la siguiente explicación de Charlotte, a modo de resumen de este apartado:

*Es raro que la gente explique... explique la situación o por teléfono o den alguna pista. Alguno... algunos lo hacen, pero es muy raro. Le digo, uno cae ahí como un paracaidista y llega trata de... A veces hasta con un paciente... no sé, un trasplante, una cosa así que es algo bastante... uno se entera en el momento y tiene que adaptarse, agarrarse a él. "Ah! Me parece que es algo como..." (...)*

21:18 ( 0:18:30.42 [0:01:25.20] )

El código ético del BII dicta que el profesional de la ISP debe evitar mantener conversaciones con el usuario de manera previa y posterior a la consulta en la que va a prestar sus servicios. Es por ello que los intérpretes que trabajan para dicha institución se esfuerzan por no reunirse con sus usuarios fuera de la consulta, en ocasiones llegando a la hora justa de la cita. Sin embargo, los periodos de espera previos a la consulta tienden a crear un ambiente propicio a la conversación entre el usuario y el profesional de la ISP, aunque los intérpretes del BII lo consideran un problema y aseguran esforzarse en que dicha conversación trate temas banales, en pro del respeto de la norma ética aludida. Mayra explica:

*En principio, por... en el código de ética, eso es lo que se nos pide. En principio, se nos pide que no tengamos ningún contacto con el usuario. Lógicamente, eh... yo siempre trato de llegar a la hora justa, porque si tengo que esperar, no es lo mismo esperar cinco o diez minutos y la persona, con la persona con la que... el usuario, que esperar una media hora, ¿eh? A veces las personas nos... nos*

*hablan mucho, pero a veces es normal que se establezca una conversación, por supuesto que, cuando es así, siempre voy a tratar de buscar temas generales.*

8:5 ( 0:07:10.24 [0:01:08.43] )

Si bien en las primeras interacciones, los intérpretes suelen desconocer quién es el usuario, cuando la situación fuerza el encuentro, algunos intérpretes aseguran aprovechar dicha conversación previa para familiarizarse con la manera de hablar del usuario (dialecto, registro, etc.) o sus conocimientos de francés, etc., con tal de poder adaptar sus intervenciones durante la consulta a las necesidades del usuario. Amanda expone:

*Pas après, mais avant, des fois, juste pour voir si il parlait... eh... de quelle façon est-ce que je dois parler, parce que eh... les expressions puis la façon de parler, les accents, tout ça... ça diff... c'est différent (...) Au Sri Lanka même il y a deux ou trois façons de parler, là. C'est juste pour savoir ça... (...) Puis moi je change moi-même dans leur façon de parler.*

20:3 ( 0:03:44.65 [0:00:45.55] )

Asimismo, cuando son llamados a interpretar en visitas a domicilio, con tal de respetar dicha norma ética, los profesionales de la ISP suelen quedar con los profesionales de la salud en un lugar fijado de antemano para poder acceder juntos al domicilio. Así se evitan todo contacto a solas con el usuario.

Los entrevistados aseguran que ante aquellas situaciones en las que el usuario pretende profundizar en la conversación, mantienen una actitud atenta y educada, aunque no pueden entrar a proporcionar ningún tipo de información por iniciativa propia, dado que no tienen los conocimientos necesarios.

Tras las consultas, los intérpretes del BII aseguran esforzarse por no dar pie a conversaciones con el usuario, aunque, una vez más, se dan casos en los que esto resulta inevitable. Aun así, algunos entrevistados aseguran solicitar a los profesionales de la salud, en la medida de lo posible que, tras la intervención, se despida del usuario antes que del profesional de la ISP, de manera que no deban abandonar la consulta al mismo tiempo. Matilde relata:

*Después de la interpretación, eh... tengo que advertir al... al... al intervenante y le digo "no me haga salir al mismo tiempo que...", porque si no la gente me habla de sus problemas, o sea que... que tenga en cuenta de... de no... no decimos adiós al mismo tiempo. Depende de... del contexto, ¿eh? Depende del lugar, hay sitios en que es imposible hacer eso, pero hay otros que sí.*

16:21 ( 0:15:32.92 [0:00:48.00] )

No obstante, a pesar de los esfuerzos de la mayoría de intérpretes del BII por respetar dicha premisa, se da la excepción de algún profesional de la ISP, que sí celebra reuniones de este tipo con algunas familias. En este sentido, Ari afirma que en ocasiones entabla relación con sus usuarios, tras haber estado trabajando en su caso durante años. Afirma que algunos llegan a ser amigos en Facebook y que en ocasiones el intérprete llega a ser visto como parte de la familia:

*There is some families we've been working with for two or three years. And you become like an uncle, you know? And eh... Facebook friends! [Laughs] Non, serious! Serious! You know, (...) you become kind of part of the family.*

15:6 ( 0:02:28.26 [0:00:17.86] )

En lo que concierne a los profesionales de la ISP del SCIS, éstos aseguran celebrar reuniones previas y posteriores con los usuarios. Una vez más, los periodos de espera parecen ser el contexto más recurrente para dichas entrevistas. Si bien Diego asegura esforzarse por mantener conversaciones banales en estos casos, otros intérpretes del SCIS aseguran tratar temas relacionados con la salud del paciente. Diego asegura que en ocasiones debe cortar una conversación relacionada con el tema de la consulta para asegurarse de que dicha información se comparte con el profesional de la salud pertinente. En cambio, Fai afirma que los padres de los pacientes aprecian hablar con ellos, dado que les ven como personas con información sanitaria, de modo que les plantean preguntas acerca de la frecuencia del problema del niño, la normalidad con la que se administra un medicamento, etc. Fai narra:

*Especially when waiting for the appointments to see the doctor, we have a lot of conversations. And the patients' eh... parents are pleased to talk to us, because they... I think they consider us as eh... someone eh... having some... some... you know, medical knowledge, someone who can provide them with some usefull information, so they are very happy to talk with us. (...) In many cases they ask a lot of questions regarding... ok, for example "my child has this... sick... illness... Are there a lot of children who have this problem?" Eh... "Normally what... do they take this medicine?" Or "do they need to have surgery?" They ask a lot of questions regarding... almost regarding anything!*

11:20 ( 0:13:36.68 [0:01:00.06] )

Otra situación en la que el profesional de la ISP del SCIS mantiene conversaciones con sus usuarios sin la presencia de un profesional de la salud se da cuando el paciente ha experimentado complicaciones en su estado de salud en el domicilio. En estos casos, los usuarios llaman por teléfono a los intérpretes con tal de que le hagan llegar el mensaje a los miembros del personal sanitario. Ghida explica:

*Si l'enfant, il est malade ou s'il y a eu des complications, alors c'est certain que la famille va m'appeler pour que moi, je puisse faire face à... pour que je puisse passer le message au médecin et leur dire « bon, écoutez, il vient de l'opération,*

*mais il y a eu des complications à la maison », eh... « L'enfant, il est aujourd'hui à l'urgence, qu'est-ce que vous voulez faire », etc.*

34:4 ( 0:02:29.94 [0:00:32.43] )

Por otra parte, Lionel comenta que en algunas ocasiones sus usuarios le han buscado tras la visita para consultarle el motivo de sus conocimientos de la lengua y tratar temas más personales relacionados con el país de origen de los usuarios y las experiencias del intérprete:

*Très rarement... Très rarement c'est... eh... il arrive... il arrive après de... eh... notre rencontre. C'était un patient curieux de savoir où est-ce que j'ai appris le rus, parce que pour eux c'est... comme pour beaucoup des personnes, ils ne s'attendent pas à voir quelqu'un de mon origine parler le rus, ils sont surpris, donc c'est juste de l'offre... une curiosité de savoir comment j'ai appris le rus... et comment je me suis retrouvé en Russie... (...) Je jase avec eux pour donner mes impressions, ça c'est indépendant de la rencontre, c'est juste des échanges sur la vie, comment j'ai vécu en Russie, comment j'ai trouvé la Russie, comment j'ai parti de là bas, comment je suis arrivé ici, donc ce genre de questions là.*

10:20 ( 0:12:12.62 [0:01:14.76] )

#### Cooperación con otros profesionales

En este apartado expongo cuál es la cooperación de los profesionales de la ISP con el resto de profesionales con los que trabajan, destacando el uso que se hace de la ISP dentro del ámbito sanitario montrealés. Así me adentraré en describir el recurso a este tipo de servicios por parte de los diferentes profesionales de la salud y la conveniencia (o no) de la concienciación de estos últimos de cara a los servicios mencionados.

Los intérpretes entrevistados aseguran trabajar juntamente con algunos profesionales de la salud, tomando parte activa en la consulta, en aquellas especialidades de la salud que tienen relación con la lengua hablada. Así, en ocasiones, en terapia del lenguaje, los profesionales de la salud explican a los profesionales de la ISP cómo deben hacer exámenes médicos para que estos los realicen en el idioma del usuario. En estas consultas, la opinión del intérprete suele ser esencial para un diagnóstico relacionado con aspectos como la pronunciación del paciente. Según indican los entrevistados, esto no ocurre en todas las áreas de los centros de salud, sino que únicamente en las relacionadas con la comunicación. Ghida explica:

*Ça dépend dans quelle clinique qu'on est puis quel genre de rencontre qu'on a. Je travaille souvent avec les enfants en orthophonie. Alors, en orthophonie je ne travaille même pas avec les parents, je travaille avec l'enfant et l'orthophoniste, parce que c'est moi qui prend la place de... du... de la mère où du père, et je dois traduire pour l'enfant. Mais souvent c'est des jeux. En orthophonie on joue énormément. Alors, c'est des mots, parfois on traduit des sons. Eh... la seule... le seul temps que j'ai besoin des parents en orthophonie je vais lui chuchoter dans*

*l'oreille et elle va me chouchouter la réponse dans l'oreille, l'enfant ne doit pas écouter la réponse. (...) Les enfants ils ont un langage spécial à eux. Donc, à la maison en tant que mère, par exemple, vous avez des certains mots, certain vocabulaire que l'enfant va utiliser. Donc, un orthophoniste qui va arriver... si je vais traduir « maison », et l'enfant « maison », il va avoir un autre nom. Moi je suis... je ne suis pas à la maison avec cet enfant, donc je ne sais pas lui il appelle quoi « maison ». Mo, je vais traduir « maison », mais est-ce qu'il va comprendre ? Il ne va pas comprendre. Mais ça ne veut pas dire qu'il ne sait pas c'est quoi une maison. Alors, je dois demander à la mère. (...) En orthophonie il y a parfois... on donne... parce que soit l'enfant, il passe le test ou il ne passe pas le test.*

34:6 ( 0:04:05.84 [0:02:47.09] )

Si bien algunos hospitales se muestran reticentes al trabajo con intérpretes, los entrevistados aseguran que sus servicios son muy valorados por el personal sanitario, aunque los profesionales consideran que, sin ellos, también pueden llegar a atender a un usuario alófono. Dodek explica:

*Muchas veces, el trabajo que nosotros realizamos para ellos es importante pero si no hay intérprete, según ellos, el profesional se las puede arreglar y nunca no le van a hacer reproches que no hizo la solicitud de la presencia de un intérprete.*

25:2 ( 0:15:15.90 [0:09:18.77] )

Aunque el BII ofrece servicios de interpretación, algunos centros sólo recurren a ellos en casos extremos, mientras que otros aplican otras soluciones, como el recurso a intérpretes voluntarios. En este sentido, los entrevistados insisten en que es el profesional quien decide si hay necesidad de ISP o si se recurre a un miembro de la familia, un voluntario, un miembro bilingüe del personal del centro o cualquier otra solución. Según la información obtenida, esto puede ser debido a una reducción presupuestaria en el sistema sanitario montrealés, que ha traído consigo un decrecimiento de las solicitudes de servicios de ISP. Como consecuencia, algunos centros rechazan los servicios de un intérprete, justificando dicho rechazo alegando desconocer los servicios prestados por el BII. Por esta razón, Basma se llegó a ver obligada moralmente a prestar sus servicios en una consulta de manera voluntaria en una segunda cita con un usuario, dado que el centro sanitario únicamente accedió a pagar sus servicios una vez de manera excepcional:

*Il y a beaucoup de... de... d'endroits ou ils n'offrent pas d'interprète. Par exemple, une fois on m'a contacté pour un client, je suis allée avec lui, c'était dans une clinique. C'était pas là où il va normalement, puis la clinique voulait le garder plusieurs heures, moi je ne pouvais pas, je devais être ailleurs. Ils nous ont donné une autre rendez-vous, puis quand j'ai appelé pour dire « ce client il a une autre rendez-vous » ils m'ont dit « oui, mais on paye pas, on paye juste une fois ». J'ai dit « désolée, je ne peux pas le laisser tomber », bah... je suis allée volontairement pour l'aider, mais je... je ne savais pas qu'ils n'offraient pas ce*

*service ! Ils m'ont dit « oui, on l'a fait exceptionnellement, une fois ! », mais il fallait me le dire avant, il fallait dire le client, il fallait qu'on... puis le client ne sait pas pour quoi.*

13:29 ( 0:19:32.96 [0:01:23.14] )

Por lo general, los profesionales de la ISP aseguran que la mayoría de los profesionales de la salud con los que interactúan se muestran bastante abiertos a la ISP. Sin embargo, aseguran que, como es de esperar, hay reacciones para todos los gustos. Hay profesionales de la salud que se encuentran más abiertos al trabajo con un intérprete y hay quien tiene ciertas reticencias.

Así, aseguran que algunos perfiles profesionales se encuentran más concienciados que otros acerca de la importancia de este servicio, destacando el gran interés que muestran en la ISP los profesionales del trabajo social, el personal de enfermería y el de salud mental. En este sentido, Li menciona:

*Les intervenant sociaux, comme, centres de jeunesse... qui travaillent beaucoup avec les interprètes, donc ils ont l'expérience sur ce que...ça... ça... ça va bien, mais... eh... encore là... les hôpitaux, oui, ils apprécient, parce que quand le message ne passe pas ils se fâchent, eh ? Mais quand on est là « oh ! ça va beaucoup mieux ! ». Mais ils ne savaient pas comme, on est là spécifiquement pour aider les gens dans la communication, des fois ils disent comme « oh ! Heureusement t'es là ! ». (...) « Tant mieux t'es là, alors tu peux m'aider ! »*

32:4 ( 0:03:20.14 [0:02:58.65] )

En relación con lo anterior, los profesionales de la ISP insisten en la necesidad de recordar a los médicos, quienes suelen tener más reticencias acerca del uso de servicios de ISP, que el intérprete tiene un papel meramente comunicador. Así, aseguran verse obligados, en ocasiones, a insistir en que su perfil profesional se limita a establecer la comunicación entre ambas partes, sin intención alguna de reemplazar a ninguna de ellas.

Por otra parte, los profesionales de la ISP del SCIS aseguran que en el MCH se respira un buen ambiente entre profesionales de la ISP y profesionales de la salud. Aseguran estar en contacto con ellos con tal de aclarar dudas, ya sea acerca de aspectos médicos desconocidos por los intérpretes o de aspectos culturales de interés para el personal de la salud. En cambio, numerosos profesionales de la ISP del BII denuncian el trato arrogante recibido por parte de algunos profesionales de la salud. Igualmente, aseguran que dentro de un mismo perfil profesional se encuentran profesionales más acostumbrados a trabajar con servicios de ISP que otros. Destacan que, en ocasiones, cuando los profesionales de la salud cuentan con nociones de la lengua del usuario, no esperan a escuchar la intervención del intérprete, sino que le cortan alegando una correcta comprensión del mensaje en la lengua en cuestión. A pesar de desconocer el nivel de comprensión alcanzado por el profesional de la salud, en dichas situaciones, los profesionales de la ISP se cifían a resolver las dudas a posteriori, aunque para ello

exigen la repetición del mensaje por parte del otro interlocutor. Justifican dicho comportamiento alegando la necesidad del intérprete de pasar desapercibido en la consulta. Insisten en que a menudo, tras unos minutos actuando de este modo, estos profesionales de la salud dejan de realizar el esfuerzo extra que implica el uso de la lengua extranjera, permitiéndoles proseguir con la interpretación del diálogo. En este sentido, Dodek declara:

*Yo noto muchas veces a un profesional que ya ha trabajado con un intérprete y otro que no tiene conocimiento previo de cómo. Muchas veces, sobre todo los... ahá... con respecto a las CCSST, la Comisión de la Santé et de la Sécurité du Travail, mandan a los usuarios, a los accidentados, donde un médico, para que pasen un examen. Y esos médicos comienzan a trabajar con intérpretes, porque es la CSST que solicita la presencia de un intérprete y a veces el médico no sabe, porque la secretaria lo marcó en la hoja de servicio, este, "presencia de un intérprete". De ahí que el médico me dice "¿usted qué hace aquí?", "soy el intérprete solicitado", "¿quién lo solicitó a usted?", "la CSST", "¡ah! Pase". Y ahí se nota que él no ha trabajado con un intérprete. O sea, o conoce más o menos el español y no espera que yo... que yo... que yo le dé la versión en español y muchas veces me corta de... de un, digamos, santiamén "¡no, no, no! esto, yo entendí". (...) Le doy suave porque si tú me dices que entendiste no me pongo aquí con que... como un chiquillo a decir "no, yo tengo que hacer mi trabajo". Entonces, después, cuando hay ciertas dudas, el médico me dice "oye pero usted dijo que era el..." "¡ah! Mira, yo tampoco me acuerdo lo que él dijo. Porque usted me insistió, usted me insinuó que entendió" Y no es una situación tensa, que me dice "no, no" Vamos a preguntarle una vez más. Y ahí sí es verdad que ahí me deja preguntarle una vez más y me deja contestar. O sea, que ya cuando el paciente digamos contesta... O el médico ya no se siente a gusto, está digamos poniéndole mucha atención y... y... ya lo noto, que me deja hablar. Y esto no es nada para mí grave. O sea, hace quince años, hace dieciséis años sí lo encontraba yo grave porque me... me encontraba yo muy... muy tenso, porque digo "¿y ahora qué hago?" yo estoy... mi función es... de repetir en ambos idiomas. Pero uno no se puede mostrar muy insistente con el profesional porque no es el intérprete que cuenta sino que es el paciente, el usuario, y a veces hay ocasiones en que el profesional se considera el más importante. Como... como una persona que "yo decido, yo hablo y yo sé de qué estoy hablando". Y uno dice, bueno, si tú decides, tú decides, yo no puedo hacer más nada.*

25:1 ( 0:00:00.00 [0:15:04.01] )

En línea con lo anterior, destacaremos que en las entrevistas se menciona también el rechazo por parte de algunos profesionales de la salud a utilizar los servicios de ISP solicitados por el centro. Los intérpretes aseguran que se dan ocasiones en las que llegan a la cita acordada con tal de prestar sus servicios y, tras esperar con el paciente, entran en la consulta, donde los profesionales de la salud les dicen que su trabajo no es necesario, alegando que cuentan con un residente que habla la lengua del usuario. Si

bien los entrevistados insisten en que reciben igualmente los honorarios acordados para dicho servicio, dicha situación les resulta cuanto menos frustrante.

Igualmente, señalan que, a pesar de su condición de intérpretes culturales, a menudo la mediación intercultural se considera imposible, dado que los profesionales de la salud no dejan el espacio suficiente en la consulta para que se den las aclaraciones pertinentes.

*Lo que se espera es que estamos allí para facilitar la comunicación, ¿no? Yo creo que hay una idea de que nosotros no somos máquinas para traducir. (...) Es verdad que tampoco no dan mucho espacio para que nosotros seamos mediadores. El... el... el... el profesional no da ese espacio. Pero yo lo entiendo también, porque al mismo tiempo...*

18:11 ( 0:06:17.96 [0:01:41.84] )

Por lo general, los profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés opinan que la sensibilización de los profesionales de la salud acerca de los servicios que ellos proporcionan es esencial para un uso óptimo por parte de estos últimos. El BII ha trabajado mucho por dicha sensibilización. En este sentido, se han publicado artículos y se han celebrado reuniones en las que se ha solicitado la opinión de los intérpretes acerca de este tema. Igualmente, se han tomado medidas para hacer comprender la importancia del trabajo del intérprete en el contexto sanitario y el rol de dicho profesional. Con este fin, el BII elaboró y distribuyó folletos informativos, así como un video formativo que explicaba cómo actuar con un intérprete. Si bien algunas instituciones del ámbito sanitario montrealés preferían la documentación por escrito, los entrevistados afirman que en algunos centros el video fue muy difundido, llegando a programarse sesiones de visionado para todo el personal. Sin embargo, los intérpretes desconocen si se han realizado talleres formativos para el personal sanitario.

Si bien aseguran que los profesionales de la salud son conscientes de la multiculturalidad que caracteriza la ciudad, con lo que están preparados para atender a un público multicultural y multiétnico, la mayoría de entrevistados considerarían conveniente (aunque no imprescindible) que los miembros del personal sanitario recibieran una formación específica en multiculturalidad y en cómo actuar en una visita médica mediada.

Los intérpretes entrevistados considerarían beneficioso para el desarrollo de su trabajo que los profesionales de la salud profundizaran más en las peculiaridades de una visita con ISP, aunque aseguran que esto dependería de la voluntad de dichos profesionales de asistir a cursos o conferencias que aborden dicho tema. Aun así insisten en la conveniencia de la realización de sesiones formativas periódicas, con tal de llegar a todo el personal que las necesite, alegando las recurrentes renovaciones de las plantillas de los diferentes centros. Dado que aseguran que no todos los profesionales de la salud estarían interesados en asistir a sesiones formativas de dicha índole, sugieren la distribución de material escrito en la materia (folletos informativos que traten diferentes aspectos del trabajo en ISP). Igualmente, plantean la posibilidad de capacitar a las personas responsables en cada centro de contactar con el BII para que puedan

proporcionar explicaciones acerca del trabajo con ISP de manera previa a la visita, con tal de preparar a los miembros del personal sanitario.

Sea como fuere, los entrevistados insisten en que ellos mismos, en calidad de profesionales de la ISP, se encargan de guiar a aquellos profesionales de la salud que se van encontrando con poca experiencia con la ISP hacia un correcto uso de sus servicios. En este sentido, Yan explica:

*Parfois ils... Je ne sais pas s'ils ont reçue o upas, mais parfois ils demandent... « Ah ! Ce n'est pas première fois que je travaille avec un interprète, eh ? » Alors, eh... si... ils dissent ça... bah, on va expliquer un peu, eh ? De quoi s'agit-il. Mais on ne peut pas tout expliquer ! On... on va... on explique vous regardez le client, vous me considérez comme transparente, j'utilise le « je », et... voilà ! Et parlez pas trop long... Eh ? Oui, parfois ils ne sont pas au courant. (...) Ça serait bien de leur former... Je crois que de leur former périodiquement, parce que... il y a toujours des renouvellements, des nouvelles personnes.*

17:19 ( 0:10:21.77 [0:00:29.24] )

#### Relación existente entre diferentes servicios de ISP

Los entrevistados desconocen con exactitud las relaciones que puedan tener los servicios de ISP para los que trabajan con otros servicios de ISP. No obstante, destacan que, como se ha comentado, el SCIS recurre a los servicios del BII cuando no puede afrontar alguna solicitud de servicios de ISP.

*Lo que pasa es que no hay otro centro de interpretación (...) similar. Bueno, de repente el Banco de intérpretes. Pero el Banco de intérpretes, uno trabaja... o sea, nosotros tenemos un acercamiento a nuestra institución. (...) Comunicación con ellos tenemos, bueno lo tienen un poco las secretarias cuando faltan intérpretes pero entre nosotros prácticamente no la hay. (...) Pero comunicación no hay. No hay una red de interpretación... eh... digamos, este... de... de centros de interpretación.*

9:32 ( 1:04:55.56 [0:01:29.27] )

Como vemos en la cita anterior, los entrevistados mencionan la inexistencia de una red de servicios de ISP. Sin embargo, insisten en que el BII sirve en diferentes contextos, que se podrían resumir en los ámbitos de sanidad, justicia y educación. Igualmente, comentan la existencia de servicios de ISP privados, así como personas que se dedican a la ISP como actividad voluntaria y mencionan que existe cierta relación en tanto y en cuanto algunos intérpretes del BII trabajan tanto en el BII como en otros servicios. Asimismo, recuerdan que el BII cubre tanto las solicitudes de la ciudad de Montreal como las que llegan de otras zonas de la provincia de Quebec. En este sentido, Dodek narra:

*Yo me he trasladado lo máximo en automóvil unos 65 kilómetros de... o de Montreal... a un hospital... y había... una ciudad donde eh... se sabe que ha*

*habido un... una asociación que... hizo llegar... no sé cuantas familias, quince familias colombianas de refugiados (...) Y de ahí que tenían un problema en el hospital, entonces... se necesitaba la presencia de un intérprete para esclarecer... y fue una sola vez que llamaron al... al... al intérprete*

28:3 ( 0:03:37.71 [0:04:42.65] )

Además, en las entrevistas se destaca la relación del BII con el Module du Nord Québécois, institución que ofrece servicios de ISP a comunidades indígenas. Ari comenta:

*There is the Module Nord... and they deal with all the inuit esquimo population. So... and also with the sign language... sign language. So there is... also... related to the Module Nord for the indigenous populations and eh... for the sign language people. It's... it's... they're... related... but... not... the same.*

15:17 ( 0:14:16.40 [0:00:22.48] )

Por otra parte, los entrevistados recuerdan que el MCH forma parte del Centro Universitario de McGill, con lo que hay otros centros relacionados, como clínicas, centros de rehabilitación o escuelas adaptadas (también pertenecientes al Centro Universitario de McGill), que recurren a los servicios de ISP del SCIS.

#### **4.6.6.4. Recursos de los servicios de ISP en el ámbito sanitario montrealés**

Los intérpretes del ámbito sanitario montrealés aseguran que los recursos materiales a su disposición no son muchos. Mientras que algunos se conforman con los recursos de que disponen, otros aseguran que se podrían incrementar.

El BII se encarga del trabajo administrativo, es decir, la gestión de encargos, la facturación a los centros de salud, el pago a los profesionales de la ISP, etc. Así pues, El BII aporta cierta protección a los intérpretes que trabajan como autónomos inscritos al mismo de cara a las instituciones y los asesora en situaciones que les pueden resultar complejas.

Se encarga también de gestionar las reservas, con lo que éstas se hacen de institución (centro sanitario) a institución (BII) y no de manera individual (institución-intérprete). Además, se asegura de que sus intérpretes cobren siempre a tiempo. Igualmente, los entrevistados aseguran que el BII les proporciona la formación necesaria para su trabajo. También se celebran reuniones sociales anuales en las que pueden interactuar con otros profesionales de la ISP. Sin embargo, subrayan la conveniencia de tener un mayor contacto con otros intérpretes, así como una formación continua, argumentando que el BII proporcionaba más sesiones formativas en sus inicios. En esta línea, aseguran que tras una reunión de un grupo de intérpretes se solicitó que el BII realizara reuniones de intérpretes de una manera más regular, donde, aparte de conocerse, éstos pudiesen compartir experiencias y opiniones en beneficio de su trabajo diario. No obstante, manifiestan que esto no llegó a ninguna parte. En lo que concierne a la formación

continua, los profesionales de la ISP del BII la consideran necesaria dado que provienen de campos de especialidad diferentes, con lo que se dan desigualdades de conocimientos de la profesión del propio intérprete. Opinan que una formación continua modificaría dicha situación.

Por otra parte, dado el estrés que pueden llegar a acumular, el BII presta a sus profesionales de la ISP servicios de psicología frente a casos extremos. Aún así, algunos intérpretes consideran que estos servicios de psicología deberían estar disponibles con mayor frecuencia, asegurando que en ocasiones, ante la indisponibilidad de tales servicios, acuden al BII para solicitar ayuda y aliviar la carga emocional que supone su trabajo.

*I think we need to have therapy... therapy because we deal with so many situations, like, you know, we're... we're... parachuted into crisis situations, you know, murder, drama, child a... you know, drama situations, like child abuse, sex abuse, murder, and then, you know... and you are there and, you know, you have feelings and then you... you end up sucking up all those feelings and you have no way of releasing it! So, you know, I'd be nice to have some form of... I don't know... you know, you have to have your own escape mechanism, your own coping device. And there is nothing in there for that. Sometimes I call up, you know, the Bank and tell, you know, I have to like... vent! Because it's just like... we are dealing... we deal with so many crazy situations, like... eh... seriously! Really crazy situations!*

14:11 ( 0:08:14.07 [0:00:54.35] )

A parte de lo ya mencionado, los profesionales de la ISP entrevistados señalan la conveniencia de disponer de otros recursos, como un dispositivo de fax o bibliografía acerca de la ISP en diferentes lugares, con tal de ir adaptando sus servicios a los avances de la investigación.

Los intérpretes del SCIS, por su parte, tienen un espacio de trabajo (aunque bastante reducido) con acceso a internet. También tienen acceso a la biblioteca del MCH y a la del propio SCIS, donde pueden consultar diccionarios, así como material escrito y audiovisual útil para su trabajo. Igualmente, aseguran tener acceso a los profesionales de la salud, quienes se muestran dispuestos a resolverles dudas acerca de temas sanitarios si es necesario. Asimismo, aseguran celebrar reuniones formativas con el jefe de servicios para exponer y debatir temas acerca de las dificultades que puedan encontrar, maneras de actuar, etc. No obstante, insisten en la ventaja que supondría contar con una mayor oferta de formación continua, así como unos servicios de psicología que les ayudaran a superar momentos críticos. A este tenor, Ghida menciona:

*On a, bien sûre, une librairie, en fait, la bibliothèque, qui nous aide énormément. On a deux, la bibliothèque de l'Hôpital et la bibliothèque du département de Multiculturalisme, c'est là qu'on se ressemble tous, tous les interprètes. Et puis... sinon, on va aussi chercher des ressources ou de l'aide de la communauté elle-*

*même, pour nous diriger. Et puis on a aussi des autres professionnels, alors si j'ai de quoi, j'ai des questions ou de... des angoisses, on va voire des médecins avec qui on travaille là et on est tous une famille. C'est ça qui est intéressant de l'Hôpital de Montréal pour Enfants, il n'y a pas des limites, il n'y a pas d'obstacles, donc, si je veux parler au médecin, si je veux parler à tel ou tel... Il y a pas de problème. (...) La seule chose que... honnêtement, que je crois qu'on a besoin de travailler... Parce que n'oublie pas qu'on travaille dans un milieu hospitalier. Et la vie n'est pas toujours rose. C'est pas toujours beau ce qu'on voit. Alors, moi, personnellement, en 2009 (...) c'était la première fois que j'ai fait face à une... à une... à la mort, donc je n'avais jamais vue des morts. Je n'avais jamais vue des cadavres devant moi. (...) C'est des enfants, on ne peut pas ne pas s'attacher... Et même si on fait notre travail, on veut se détacher, bah, cette journée là, dans le département, tout le monde pleurait. (...) Et moi, j'avais subi un choc ! Je pouvais même pas faire mon travail parce que j'étais plus capable d'interpréter à la famille. Donc, j'ai du me détacher pendant une quinzaine de minutes, j'ai vidé mon sac et là je suis revenue faire mon travail (...) À e moment là je n'avais pas le support que j'aurais aimé avoir. Donc, je n'ai pas eu accès a un psychologue, par exemple. (...) On se vidait le cœur entre interprètes (...) mais ce n'est pas assez. (...) Mais plus tard, on a eu une session dans laquelle un des médecins professionnels, il est venue et il parlait avec tous les gens de l'Hôpital sur comment... le « how to cope », comment faire face à des situations pareil (...) Mais c'est venue tard, pour moi c'est venue beaucoup plus tard !*

33:13 ( 0:07:55.14 [0:02:40.70] )

Los intérpretes desconocen el presupuesto del BII, así como el del SCIS. Puesto que el BII es un órgano con dependencia gubernamental (concretamente depende de la ASSS), los entrevistados consideran que la aportación gubernamental de dichos servicios es mayor que la del SCIS, que únicamente recibe una subvención del gobierno, aunque no está gestionado enteramente por él, de manera que parte del presupuesto proviene del MCH. Así, algunos intérpretes del SCIS consideran que el presupuesto del servicio para el que trabajan es insuficiente, dado que no alcanza para contratar a intérpretes a jornada completa.

Cabe destacar que el presupuesto del BII está destinado únicamente a sufragar la gestión y el mantenimiento del BII, pues los salarios de los profesionales de la ISP corren a cuenta de las instituciones que recurren a ellos. En base a eso, algunos profesionales de la ISP del BII aseguran que éste cuenta con un presupuesto básico, pues el personal de oficina del mismo es bastante reducido. Así, aunque algunos entrevistados consideran el presupuesto del BII insuficiente, cabe destacar que dichas respuestas en ocasiones se basan en el uso que los diferentes centros de salud hacen de sus servicios, con lo que realmente comparten sus opiniones acerca del presupuesto que las instituciones del ámbito de la salud destinan a los servicios de ISP. En este sentido, subrayan que algunos centros de salud solicitan cada vez menos servicios de ISP debido a una reducción presupuestaria, llegando, en ocasiones, a mentir acerca de los motivos de la

falta de uso de dichos servicios, alegando recurrir a personal bilingüe o al desconocimiento de los servicios. A este respecto, Basma expone:

*Il y a beaucoup de... de... d'endroits où ils n'offrent pas d'interprète. (...) Il y a beaucoup d'endroits où ils disent « on sait pas c'est quoi... » Puis... les cliniques, par exemple, parfois certaines cliniques et ils n'ont pas ce service. Parfois les hôpitaux ils ont... ils vont dire « non, non, on n'offre pas d'interprète mais il y a toujours quelqu'un qui parle arabe », mais parfois le client arrive mais il y a personne qui parle arabe ou... arabe ou autre et il y a pas de service. Donc, le budget... le budget est en train de... ils sont en train de couper le budget dans plusieurs hopital eh... puis il y a de moins en moins de demande parce qu'il n'y a pas... il n'y a pas de budget.*

13:29 ( 0:19:32.96 [0:01:23.14] )

A pesar de que los centros de salud se quejan repetidamente del elevado coste de los servicios de ISP, los entrevistados los ven como una inversión. Además, consideran que el precio no supone un elevado gasto para el presupuesto del sistema de salud. Dodek argumenta:

*Somos (...) 115 intérpretes para 98 lenguas, según las últimas estadísticas. (...) La paga que... la última vez... no sé, no... no me acuerdo, pero es quizás eh... 1.600.000 dólares para esas 115 personas. (...) Para todo el ministerio de la salud pública, la existencia de la banca de intérpretes... intérpretes no constituye ningún peso... eh... muy singular en la... en la... para un presupuesto, no sé, de ocho cientos millones o... de mil millones de... digamos, de... o de dólares al año. Un millón doscientos mil o un millón, digamos trescientos mil, no constituye ningún... ningún... (...) No hay ninguna... ninguna... ninguna crisis presupuestaria (...) Quizás desde hace 18 años o 19, cuando se fundó la... el presupuesto ha sido modificado. Las estadísticas dicen, ahora, de ahí que quisieron introducir el sistema informatizado (...)*

28:4 ( 0:08:29.21 [0:07:25.14] )

#### **4.6.6.5. Beneficios obtenidos con los servicios de ISP**

En este apartado presento los beneficios que la implantación de servicios de ISP ha reportado. Así, describo los beneficios aportados a la relación interpersonal entre el personal sanitario y el usuario, así como los beneficios para los centros sanitarios, para el personal sanitario, para los usuarios y para la sociedad montrealés.

Los profesionales de la ISP entrevistados aseguran que sus servicios han aportado beneficios a la relación entre el personal sanitario y los pacientes, entre los que destacan:

- Acentuación de la comprensión del intercambio conversacional.
- Aumento de la confianza entre el profesional de la salud y el paciente.

De acuerdo con Amanda, dicho aumento de la confianza puede suponer una posible comunicación básica de las partes en futuras intervenciones a espera de unos resultados médicos, para cuya comunicación se volverá a llamar al intérprete, dada la importancia de la información a transmitir:

*Une fois qu'ils se comprennent, la confiance est bâtie. Après, même, des fois, sans interprète ça fonctionne. (...) Parce qu'ils comprennent c'est quoi le problème. Ils n'ont pas besoin d'interprète pour le deuxième, troisième, quatrième fois, parce qu'ils se comprennent mieux. Ils commencent à s'exprimer tous seuls aussi. (...) Après ça (...) seulement quand ils ont besoin pour expliquer une grande évaluation. (...) Là ils nous appellent parce que (...) l'utilisateur doit comprendre. Mais ça peut aller aussi, parce que là... si c'est la maladie, ça va être (...) les mêmes mots... (...) Alors ça va être facile aussi, après.*

20:10 ( 0:12:06.48 [0:02:30.43] )

- Incremento de la comodidad de las partes.
- Incremento de la sensibilización cultural.

Mayra comenta:

*Creo que el personal sanitario, vuelvo a utilizar la palabra, se ha sensibilizado a muchos problemas, situaciones... contextos inclusive, que en... en otros momentos no tenía ni idea. Por supuesto que un pl profesional va a pensar que las cosas funcionan como funcionan en su país, que todo eso es lo normal, que no hay otra cosa aparte. Sin embargo, no hay ninguna duda que cuando el usuario viene de otras realidades, de otros países, de otras culturas, hay muchas cosas que eh... que les resultan, que para el profesional, porque vamos a tomar al profesional, que para el profesional en principio le resulta difícil de comprender. El intérprete, además de permitir la comunicación, puede hacerle ver que todos estos otros puntos son muy importantes (...) para tener en cuenta, o sea, no solamente el idioma en sí, sino todos los otros eh... todos estos otros puntos (...) que son indisociables, en cierta forma.*

8:14 ( 0:15:39.75 [0:01:24.13] )

- Fomento del acercamiento entre las partes.
- Acentuación de la seguridad de los profesionales de la salud.
- Mejora de la calidad asistencial.

- Mejora el seguimiento de los tratamientos y, por ende, el resultado de los cuidados proporcionados.
- Decrecimiento de los malentendidos.
- Incremento de la apreciación de los servicios de salud por parte de los usuarios.
- Aumento del sentimiento de pertenencia al centro sanitario.

De acuerdo con los profesionales de la ISP, cuando los centros sanitarios ponen a disposición de sus usuarios los servicios de un intérprete consiguen:

- Reducir el número de visitas necesarias.
- Ahorrar tiempo y dinero.

Dodek dice lo siguiente:

*¡Le puedo repetir lo que ellos declaran! Muchas veces es ahorro de tiempo. Quizás si para ellos tiempo es dinero, también puede ser un ahorro... porque si llega eh... si el paciente va a llegar tres veces sin... sin saber lo que tiene que hacer, si viene una vez y sabe lo que tiene que hacer gracias a los servicios de un intérprete, se ahorra tiempo.*

27:4 ( 0:16:57.36 [0:02:46.03])

- Atender a una población más amplia.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud.
- Reducir el número de citas perdidas.
- Acercar a los usuarios a las instituciones sanitarias.
- Potenciar el sentimiento de tranquilidad entre los profesionales del centro sanitario.
- Optimizar la explotación de los recursos sanitarios.
- Aumentar el éxito en la comunicación.
- Potenciar la comodidad de los profesionales del centro con el trabajo propio.
- Incrementar los seguimientos de los tratamientos.
- Fomentar la independencia de los usuarios, al no tener que recurrir a terceras personas.
- Reducir los errores médicos al aumentar el éxito de las prácticas médicas (diagnósticos, evaluaciones, etc.).

Los beneficios que los profesionales de la ISP consideran que sus servicios han reportado al personal sanitario son:

- Ahorro de esfuerzos por entablar la comunicación.
- Éxito en la comunicación.
- Ahorro temporal.
- Incremento de los sentimiento de seguridad y tranquilidad.
- Aumento de la eficacia de su trabajo.
- Evitación de problemas causados por fallos en la comunicación.
- Sensibilización cultural.
- Reducción de los errores médicos al aumentar el éxito de las prácticas médicas (diagnósticos, evaluaciones, etc.).
- Reducir las confrontaciones causadas por malentendidos culturales o faltas de entendimiento.

En referencia a esto, Ari comenta:

*To the healthcare providers (...) Well, not having, you know, legal battles because of clients saying "I didn't understand what they told us". So... no... no legal problems... Eh... What else has it brought to them? Making sure that (...) the clients don't say "well, it wasn't explained to us".*

15:12 ( 0:07:59.91 [0:00:42.78] )

De acuerdo con los entrevistados, la sociedad se beneficia de la implantación de servicios de ISP en el ámbito sanitario en tanto y en cuanto:

- Facilita el acceso a los servicios de salud a personas alófonas.
- Posibilita la atención adecuada a las personas de origen extranjero.
- Supone un ahorro económico en el sistema sanitario.
- Fomenta el acercamiento.
- Favorece la sensibilización cultural.
- Promueve la convivencia pacífica.

*Ça donne l'assurance... dans un... dans une ville, dans une société multiculturelle.. Je pense que quand... quelqu'un peut se sentir aise en s'adressant à un service en sachant que ce qu'il veut, ce qu'il eh... attend de lui*

*est bien compris, parce que lui, il utilise sa... son... sa langue qui est traduite en... d'autre langues. Ça diminue cette incompréhension. Ça fait, je crois, un bon bénéfice et... ça rend eh... une vie harmonieuse dans la société.*

10:27 ( 0:20:04.32 [0:00:46.00] )

- Fomenta el respeto de las normas que rigen el sistema sanitario.
- Potencia la comprensión mutua.
- Provoca el aumento de la apreciación del sistema de salud por parte de los usuarios alófonos.
- Fomenta la integración a la sociedad de los usuarios.
- Influye en el decrecimiento de las exclusiones sociales.

Basma relaciona este punto con el anterior argumentando:

*À la société, c'est comme... ça aide à... les gens à s'intégrer (...) Parce que les gens qui n'ont pas d'interprète, ils se sentent comme... exclus, refusés et tout, mais quand on leur amène un interprète et qu'on leur dit que c'est gratuit (...) là ils apprécient beaucoup... beaucoup, beaucoup, beaucoup...*

13:26 ( 0:17:22.87 [0:00:46.78] )

Según los profesionales de la ISP, los beneficios que sus servicios han reportado a sus usuarios son:

- Acceso más fácil a servicios de salud.
- Fomento de la independencia de los usuarios, al no tener que recurrir a terceras personas para comunicarse.
- Reducción del riesgo a que su salud empeore.

*Ça leur évite, eh? Des des... cas importants... Si on commence pas par... eh ? le débout pour les choses les plus... moins problématiques, bah... ça peut aggraver ! Et ça crée de le stress aux familles, là.*

17:31 ( 0:17:22.33 [0:00:24.03] )

- Aumento de la confianza con el personal sanitario.
- Posibilidad de plantear dudas al profesional de la salud.
- Mejora de la comprensión del intercambio conversacional.
- Incremento de los sentimientos de tranquilidad, comodidad y seguridad.

- Mayor éxito de las prácticas médicas (diagnósticos, evaluaciones, tratamientos, etc.).

Ghida relaciona este punto con el anterior de la siguiente manera:

*Ils se sentent plus en sécurité, parce que, encore une fois, il s'agit de la sécurité et le futur de leur enfant, c'est une question de vie ou de mort. Quand on a un bobo et on l'amène quelque part, si je n'arrive pas a m'exprimer, je peux avoir un mauvais diagnostique, je peux avoir le mauvais traitement, ça peut causer la perte de tel ou tel chose, ça peut causer la mort d'une personne !*

34:10 ( 0:11:42.13 [0:00:54.59] )

- Comprensión de las particularidades del sistema sanitario local.

A este respecto, Li comenta:

*Bénéfices... aux usagers... c'est que... leur faire comprendre le système et de savoir chercher des services, connaitre les services existants pour eux, certains, ils l'ignorent, carrément... Barrière de langue... ils savent pas où s'informer...*

17:30 ( 0:16:50.38 [0:00:20.80] )

- Mayor precisión en la información recibida.

#### 4.6.6.6. Aspectos mejorables de los servicios de ISP

Los intérpretes de ambas instituciones (BII y SCIS) coinciden en que los servicios de ISP mejorarían si se consiguiera:

- Una formación más clara, así como una acreditación profesional reconocida que incluyera una capacitación precisa de interpretación por idiomas.
- Un aumento del salario de los intérpretes.
- Unos criterios de selección de profesionales de la ISP más estrictos.

Algunos entrevistados aseguran que se deberían incrementar las exigencias en cuanto al nivel de dominio lingüístico de los profesionales de la ISP. Igualmente insisten en la necesidad de que aquellos intérpretes en activo que presenten problemas lingüísticos en alguna de sus lenguas de trabajo mejoren el nivel de idioma o se ciñan a trabajar en las lenguas que dominan lo suficiente como para hacer una prestación profesional.

Además, según los profesionales de la ISP del BII, los servicios ofertados podrían mejorar si se atendiera a los aspectos siguientes:

- Celebración de reuniones de profesionales de la ISP.

Los entrevistados consideran conveniente celebrar reuniones de profesionales de la ISP en las que se puedan compartir experiencias y debatir sobre temas relacionados con su trabajo. Los entrevistados apuntan igualmente que resultaría interesante poder visionar grabaciones de interacciones de otros profesionales de la ISP con tal de aprender de las situaciones del día a día de otros compañeros, aunque esto no se hace por confidencialidad.

- Celebración de reuniones de los profesionales de la ISP con profesionales de la salud.

Los intérpretes del BII aseguran que sería beneficioso para los servicios ofertados la celebración de reuniones con miembros del personal sanitario en donde se pudieran tratar las posibles dudas de los intérpretes. Igualmente, afirman que estas reuniones se podrían aprovechar para abrir un debate con los profesionales de la salud que permitiera conocer sus opiniones acerca de cómo mejorar los servicios de ISP.

- Disposición de bibliografía acerca de la ISP y temas afines.
- Acceso a atención psicológica o a un servicio de apoyo al intérprete que proporcionara cierto *coaching* acerca de cómo actuar frente situaciones de elevada carga emocional en su trabajo.
- Mayor inmediatez de respuesta ante la gestión de servicios de ISP de urgencia.
- Disposición de una persona intermediaria que velara por los intereses de los intérpretes así como por los de los centros sanitarios.

*Ça serait bien s'il y aurait un... de personnel qui pourrait... eh... liaison avec les institutions, à part de recevoir le... le... les appels. Il y aurait quelqu'un qui fait les relations publiques avec les institutions, à base de leur écouter leur besoins et puis ça il n'y a pas là, il manque ça.*

17:38 ( 0:21:02.15 [0:00:25.79] )

- Elaboración de credenciales que identificara a los profesionales de la ISP como tales.
- Posible aumento del número de empleados de oficina encargados de gestionar los encargos de ISP.
- Promoción de los servicios ofertados.

Por su parte, los profesionales de la ISP del SCIS añaden que los servicios prestados mejorarían si se insertaran las modificaciones siguientes:

- Formación en terminología de especialidad.
- Evaluación del trabajo de los intérpretes, con tal de mejorar los servicios en función de los resultados obtenidos.
- Limitación del número de intérpretes de cada lengua.
- Expansión de los servicios del SCIS a otros centros sanitarios y a otras instancias de la administración (colegios, etc.).
- Disposición de un espacio de trabajo más amplio.

A este respecto, Ghida menciona:

*J'aimerais ça avoir un espace plus grand pour les interprètes. (...) On est parfois plus qu'une vingtaine d'interprètes, (...) pour les interprètes on a un ordinateur et un bureau. Je trouve ça un peu catastrophique, honnêtement. Mais... Parfois on est là set, dis, quinze personnes au même temps, on veut imprimer nos horaires, on veut faire des petites recherches... eh... on se prépare parfois aussi avant de... se présenter à la rencontre, au rendez-vous... on veut réfléchir notre mémoire sur certaine terminologie, on utilise souvent des encyclopédies pour lire sur la maladie pour avoir une meilleur connaissance, mais on n'a pas d'espace. Les interprètes n'ont pas d'espace propre à eux-mêmes.*

34:18 ( 0:19:21.01 [0:01:02.27] )

#### **4.6.7. Comunicación con usuarios alófonos en ausencia de servicios de ISP**

Aunque los servicios de ISP del BII se encuentran disponibles en todo momento (pues se aceptan servicios de urgencias), en ocasiones los profesionales de la salud del ámbito sanitario montrealés atienden a usuarios alófonos sin servicios de este tipo.

Las soluciones que se aportan al problema de incomunicación en el ámbito sanitario montrealés cuando no se cuenta con los servicios de un intérprete son:

- Reprogramación de la cita incluyendo los servicios de un intérprete.
- Consulta sin intermediario.

En aquellos casos en los que no se cuenta con un intérprete y no se tiene acceso a un tercero con conocimientos de la lengua del usuario y la local, las partes intentan adivinar lo que su interlocutor intenta comunicar. Aunque en ocasiones los usuarios tienen nociones básicas de la lengua local, a menudo la comprensión es errónea y el resultado no es el deseado por el profesional.

- Recurso a miembros bilingües del personal sanitario

Ghida revela que algunos centros recurren a la interpretación de otro profesional de la salud (quien debería estar haciendo otro trabajo):

*Souvent ce qu'ils vont faire s'ils n'ont pas d'interprète sur place, ils vont aller chercher le service... l'interprétation d'un de leur collègues : d'un médecin, un chirurgien... Mais c'est un peu plate, parce que lui, il est là, pendant qu'il fait un autre travail, on est obligés d'aller le chercher, pour faire de la traduction, l'interprétation, mais ce n'est pas à lui de le faire.*

4:9 ( 0:09:02.89 [0:02:32.87] )

- Uso de intérpretes voluntarios.
- Interpretación de acompañantes (familiares, amigos, etc.).

Los entrevistados destacan que las interpretaciones de acompañantes presentan a menudo numerosas deficiencias. A pesar del dominio lingüístico del intermediario, la intervención de una persona que no es profesional de la ISP puede funcionar hasta que se llega a tratar temas de especialidad, en donde a menudo una mala traducción puede causar prejuicios tanto al usuario como al profesional. Además, los entrevistados insisten que la intervención de una tercera persona no profesional puede suponer la vulnerabilidad de la confidencialidad de la visita médica.

- Interpretación de menores de edad.

Si bien en muchos centros se prohíbe la intervención de menores de edad para hacer las veces de un intérprete, en otros esto es una práctica recurrente. Esto supone un problema, dado que, en ocasiones, el menor se ve obligado a faltar a la escuela para asistir en la comunicación en contexto sanitario.

Los entrevistados revelan que en el MCH a menudo los pacientes menores interpretan para sus padres (aunque no deberían). Esto tiene el riesgo, según se observa en las entrevistas, de que el menor oculte ciertas informaciones por interés propio.

#### **4.6.8. Formación en ISP**

En este apartado describo la formación específica en ISP que han recibido los entrevistados. Para ello, profundizo en aspectos como la institución o instituciones que ofrecen dichos cursos de formación, el contenido de los mismos, los aspectos que, en opinión de los entrevistados, requieren de una mayor formación y la oferta de formación continua.

La mayoría de los entrevistados (un total de 10) aseguran haber recibido formación previa en ISP por parte de las instituciones a las que están adscritos. Aun así, algunos explicitan haber asistido a dichos cursos cuando ya se encontraban en activo, dado que dicha formación no estaba disponible en sus inicios en la profesión. A pesar de que unos pocos (6 entrevistados) aseguran no haber recibido dichos cursos formativos, la mayoría de ellos (5 entrevistados) aseguran contar con estudios o acreditaciones que justifican su falta de participación en ellos, como son estudios universitarios en traducción e interpretación, medicina o antropología, así como acreditaciones profesionales por parte de la OTTIAQ.

Marcela asegura haberse interesado en la lectura del manual utilizado en los cursos de ISP impartidos por el BII para sus profesionales:

*Yo sé que la Banca hacía una formación... eh... para, eh... antes de empezar el trabajo, se hacía... se hacía (...) formación. Yo cuando pregunté a [Marion], que yo no la había hecho cuando me contrataron y ella me dijo "con... con la formación que ya tenías pensábamos que no era... necesario". Entonces, yo me... me... me estudié el libro (...) que ahí te explica, como son los servicios aquí en Montreal donde uno va a trabajar, qué es lo que se espera del intérprete... bastante detallado, ¿no? Incluso la manera de actuar, que para mí fue... yo con eso me sentí pronta para trabajar, trabajé y... y... fue bien.*

18:11 ( 0:06:17.96 [0:01:41.84] )

Aun así, los entrevistados aseguran haber asistido a conferencias sobre el trabajo del intérprete, aunque aseguran que éstas no han sido muy numerosas.

La información obtenida demuestra que los intérpretes del ámbito sanitario montrealés opinan que se precisa de una acreditación reglamentada en ISP con tal de que su profesión adquiriera el estatus que se merece, obteniendo mayor respeto y valorización. Marcela razona a este respecto:

*Yo vuelvo a la cuestión de la... de la formación, que no depende tanto de la Banca de intérpretes, pero la creación de un profesional que sea valorizado, pero para ser valorizado precisamos de una... de una formación seria, ¿no? que nos eh... entonces que.. que... que seamos respetados y que seamos conocidos por hacer ese tipo de trabajo, no sólo algo de traducir pero una mediación cultural, que yo creo que es necesaria también.*

18:32 ( 0:28:14.20 [0:01:55.41] )

#### **4.6.8.1. Instituciones formadoras en ISP**

En sus inicios, el BII impartía un curso de formación en ISP (de entre unas 35 y 40 horas de duración) a los profesionales de la ISP que empezaban a trabajar vinculados a él. Según revela Matilde, dicho curso formativo formaba parte de un proyecto piloto de la

ASSS para demostrar que había necesidad de intérpretes en el ámbito sociocultural. Hoy en día, dicha formación se imparte en la Université de Montréal.

El MCH también proporciona formación a sus intérpretes. Actualmente, en colaboración con el Dawson College, están preparando un curso formativo en ISP en el ámbito sociosanitario, que cuenta con la colaboración de uno de los entrevistados. Dicho curso tendrá una duración de un año.

#### **4.6.8.2. Contenidos de los cursos de formación en ISP**

A continuación describo las características de los diversos cursos de formación en ISP mencionados anteriormente. La información obtenida en las entrevistas permite describir los temas tratados en ellos, así como las impresiones de los entrevistados acerca de dichas formaciones.

El curso formativo en ISP del BII, que fue substituido por el que se celebra actualmente en la Université de Montréal, se centraba en el funcionamiento del BII, tras lo que trataba aspectos prácticos de la ISP. El curso formaba a profesionales de la interpretación intercultural. En él se insistía en la importancia de traducir tanto los códigos lingüísticos como los culturales.

De acuerdo con los intérpretes del BII entrevistados, el temario de este curso formativo incluía:

- Peculiaridades de los servicios de salud y servicios sociales.
- El rol del profesional de la ISP.
- Transferencia de códigos lingüísticos y culturales.
  - Interpretación del sentido.
  - Importancia de la diversidad cultural.
- Aspectos metodológicos de la ISP.
- La ética profesional de la ISP
  - Derecho a rechazar encargos alegando un conflicto de intereses.
  - Confidencialidad.
  - Neutralidad.
  - Límites profesionales.
    - El intérprete no añade información de la que es emisor, se limita al papel de intermediario.

- El intérprete no permanece a solas con el usuario.
  - Adaptación del vocabulario al registro del usuario.
  - Solicitud de aclaraciones a los profesionales de la salud y servicios públicos.
  - Etc.
- Situaciones recurrentes en el trabajo en ISP en el ámbito de la salud y los servicios sociales.

*Circunstancias que muchas veces no son típicas porque eh... ninguno de nosotros, de los intérpretes era ni médico ni trabajador social ni nada, pero cada uno de nosotros tenía, de lo que yo tenía entendido, cada uno de nosotros tenía una formación lingüística. (...) Más o menos era una visión global de los... de la situación de la población alófona aquí en... en... Montreal y diferentes situaciones en las cuales se requiere la presencia de un intérprete. O sea, eran como... como una demostración de diálogos de qué puede decir un médico y que tiene que responder un intérprete en el momento, cuando sabe bien... conoce la cultura, conoce los hábitos, conoce eh... más o menos lo que... lo que, este... un enfermo o un usuario puede responder.*

23:4 ( 0:06:51.64 [0:06:15.23] )

De acuerdo con la información obtenida mediante las entrevistas a profesionales de la ISP del BII, esta era una formación muy teórica con orientación práctica, pues se trataban temas a nivel teórico de modo que luego el profesional de la ISP iba adaptando los conocimientos adquiridos en función de las necesidades de la práctica diaria. En el aula se analizaban situaciones comunicativas propias de la ISP con tal de abordar el tema de cómo debería actuar un profesional. Aseguran que en este tipo de actividades era el profesor quien exponía los diversos conocimientos, aunque con la interacción del alumnado se conseguía profundizar en ellos. Además, de acuerdo con Dodek, los intérpretes recibían feedback positivo por parte de los evaluadores, lo que hacía que se sintieran valorizados en su trabajo.

Los entrevistados califican de útil la formación recibida y la consideran de calidad.

Mayra asegura haber realizado el curso de formación en ISP impartido en la Université de Montréal, que tiene una duración de un trimestre, a modo de oyente. De acuerdo con la entrevistada, dicho curso trata temas relacionados con la interpretación, aunque de manera muy sucinta, con los que asegura que ya estaba familiarizada. Igualmente, trata el tema de la mediación intercultural como aspecto esencial de la práctica de la ISP. Este curso formativo se basa en explicaciones y juegos de rol, con tal de trabajar las diferencias culturales.

Igualmente, este curso contaba con una serie de sesiones destinadas a la interpretación, lecturas comentadas y simulaciones de situaciones con intérpretes. Este curso no tenía en cuenta los idiomas de trabajo, sino se centraba más bien en la resolución de problemáticas culturales.

Mayra aprecia que podría resultar beneficioso para el alumnado de este curso el hecho de poder celebrar sesiones de debate con profesionales de la ISP en activo, de manera que estos últimos puedan compartir con ellos sus experiencias en ISP, así como aconsejarles acerca de cómo actuar en ciertas situaciones delicadas.

Los profesionales de la ISP del SCIS aseguran que el MCH les proporciona formación especializada, aunque la califican de eminentemente teórica. En la opinión de Diego, esto es así porque algunos de los profesionales de la ISP del SCIS no tienen estudios previos especializados en interpretación. Según los entrevistados, dicha formación trata temas muy variados, entre los que destacan los siguientes:

- Peculiaridades de los servicios de salud y servicios sociales.
- Transferencia de códigos lingüísticos y culturales.
- Aspectos metodológicos de la ISP.
- Terminología de especialidad
- La ética profesional de la ISP
  - Imparcialidad
  - Uso de la primera o la tercera persona
  - Control de las emociones
  - Posicionamiento en la consulta
- Situaciones recurrentes en el trabajo en ISP en el ámbito de la salud y los servicios sociales.
- Etc.

A este tenor, Diego opina que la formación recibida por los intérpretes del SCIS debería ser mayor en cuanto a formación terminológica y en aspectos metodológicos de la interpretación (técnicas, etc.) se refiere, dada la falta de formación previa específica en la materia de algunos profesionales de este servicio.

El SCIS del MCH colabora con el Dawson College en la elaboración de un programa formativo en ISP en el ámbito sociosanitario. Para ello, se ha configurado un equipo de trabajo en el que participan profesionales de la salud y los servicios sociales, así como un profesional de la ISP de dicho servicio. Es el caso de Diego, quien explica que en dicho

curso formativo se tenía previsto (en fecha de la realización de la entrevista) introducir a los alumnos en las técnicas de interpretación. No obstante, la previsión en dicha fecha era hacerlo únicamente en inglés, descartando la propuesta del entrevistado de realizar talleres de interpretación en al menos dos lenguas. Dicha decisión se basó, según afirma Diego, en la existencia de limitaciones presupuestarias. Si bien dicha formación se diseñó de este modo con tal de llegar a un número superior de alumnos, el entrevistado se muestra partidario de incluir un número superior de idiomas, con tal de poder trabajar las técnicas y estrategias de las diferentes modalidades de la interpretación.

*Es un tema bastante práctico y... este... se deberían hacer talleres de interpretación. O sea, talleres de interpretación en el cual incluya dos idiomas, por lo menos, ¿eh? Entonces por ahora no estamos en ese nivel, o sea, no me han dado carta libre para eso, entonces este... se quieren enseñar algunas técnicas de interpretación dentro del programa, pero en un solo idioma. Y... eh... choca bastante, para los... este... (...) Se hacen ejercicios de interpretación, pero en inglés. Yo no lo encuentro... bueno, con un... en un comienzo me parece... indicado, pero... hay que ir mucho más allá, ¿no? (...) Para un intérprete... o sea, para nosotros que hemos estudiado un poco nos... nos choca, o sea, nos afecta eso, no tiene sentido, ¿no? Pero es un tema de presupuesto también porque quieren tener más alumnos... Yo pienso que las... la formación debería de ser focalizada. O sea, agarrar.... Los idiomas que más se hablan aquí son el español y el chino. Más interpretamos español y chino. Entonces debería haber talleres específicos dentro del curso de interpretación, debería de haber talleres específicos relacionados con español y chino, o sea, eh... poder ver en práctica eh... cómo se desarrollan los intérpretes y cómo utilizan digamos la interpretación, ¿no? O sea, simultánea, consecutiva... toma de notas, este... interpretación de enlace.*

9:5 ( 0:04:14.30 [0:06:02.03] )

De acuerdo con Diego, este programa de formación en ISP, que tiene una duración de un año, está compuesto de varios módulos, en los que se tratan temas relacionados con la salud, los servicios sociales, las normas y leyes tanto provinciales como federales, etc.

#### **4.6.8.3. Aspectos que requieren mayor formación**

Si bien algunos profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés no consideran necesario ampliar su formación, se enumeran a lo largo de las entrevistas temas que podrían tratarse en formaciones complementarias que serían beneficiosas para su trabajo. Estos incluyen:

- Formación en terminología de especialidad.
- Formación especializada en técnicas y estrategias de interpretación según la combinación lingüística.

- Formación en avances médicos.
- Formación relativa a las modificaciones institucionales de los servicios de salud.
- Formación en ámbitos diferentes al sanitario (educativo, etc.).
- Formación extensa en interculturalidad.
- Formación relativa a los recursos disponibles para la población alófono.

Además, Lionel asegura que necesitaría recibir formación complementaria en caso de tener que trabajar en otro ámbito de especialidad. No obstante, al tener formación en el campo de la medicina, considera que su formación es la suficiente para desempeñar sus labores como profesional de la ISP en el ámbito sanitario. Por su parte, Ghida opina que, dadas las restricciones temporales de la formación recibida, no se han podido tratar todos los temas que interesan a sus participantes, con lo que aboga por una formación de mayor duración.

#### **4.6.8.4. Formación continua**

En cuanto a la formación continua recibida, Marcela comenta que el BII celebró una serie de conferencias acerca del trabajo del intérprete, aunque éstas no fueron muy numerosas. La entrevistada se muestra partidaria de ampliar el abanico de formación continua recibido, dado que los intérpretes vienen de diferentes campos, con lo que se dan desigualdades de conocimientos de la propia profesión.

Por lo que respecta al SCIS del MCH, Ghida señala que se celebran pequeños cursos formativos, tanto antes de integrarse en el equipo de trabajadores de la ISP, como al largo de su carrera profesional. Destaca que, un par de años antes a la realización de las entrevistas, los profesionales de la ISP de este centro recibieron un curso intensivo especializado en ISP en el Dawson College, que les proporcionó una certificación en ISP.

#### **4.6.9. Funciones del profesional de la ISP**

A lo largo de las entrevistas, algunos profesionales de la ISP insisten en que sus funciones se deberían perfilar más, pues todavía quedan ambigüedades, dado que, según comentan, las funciones no están definidas por escrito en un documento que las regule. En este sentido, Marcela considera que las funciones de este perfil profesional no están del todo claras ni para el profesional ni para el intérprete.

Diego asegura que toda comunicación entre profesionales de la salud y usuarios alófonos cuenta con la intervención de un profesional de la ISP. Sin embargo, insiste en que el intérprete no interviene únicamente con la interpretación de la consulta médica. Ghida, por su parte, resalta que el profesional de la ISP del SCIS tiene muchas otras funciones atribuidas, además de la interpretación.

Si bien algunos intérpretes (como es el caso de Amanda o Agata) no recuerdan haber realizado ningún tipo de actividad en calidad de profesionales de la ISP no relacionada con la comunicación entre un profesional de la salud y un usuario, a lo largo de las entrevistas realizadas a este perfil se enumeran diferentes funciones no relacionadas con la comunicación.

Las diferentes tareas de las que se llegan a ocupar los profesionales de la ISP incluyen:

- Interpretación

De acuerdo con los entrevistados, la interpretación constituye la función principal de su profesión, centrándose así, tal y como apunta Amanda, en la traducción del mensaje oral. De acuerdo con Charlotte, el profesional de la ISP se limita a facilitar la comunicación entre el inmigrante más o menos reciente y los servicios ofertados en la ciudad, o en el país, o en la región. Así, de acuerdo con Dodek, este profesional constituye un intermediario entre el profesional y el usuario. Igualmente, Li comenta que el intérprete es una herramienta para la institución que lo requiere, que actúa de puente entre los diferentes organismos y sus usuarios.

En este sentido, Ari comenta que el rol del intérprete del BII se limita a acudir a la cita y transmitir el mensaje. El entrevistado explica:

*Getting the message across as clearly as possible, you know, without adding anything or subtracting anything. That's it. I think, I don't see... You know, being transparent and just... that's... that's it!*

14:13 ( 0:11:00.07 [0:00:51.45] )

Así, tal y como apunta Yan, el profesional de la ISP tiene una mera función comunicadora, en la que el intérprete es un puro intermediario. Yan puntualiza que los intérpretes del BII hacen trabajos de interpretación, aunque no de conferencias, y no se limitan a la intervención entre dos personas, sino que en ocasiones hay conversaciones entre tres personas o incluso reuniones en las que prestan sus servicios entre interlocutores que hablan dos lenguas diferentes.

Por su parte, Fai comenta que la función principal de los profesionales de la ISP del SCIS es ayudar en la comunicación entre los profesionales de la salud y los padres de los usuarios, porque la mayoría no hablan inglés ni francés o tienen un nivel muy limitado.

- Mediación en un malentendido cultural

Ghida asegura que el trabajo del profesional de la ISP no se limita a interpretar. Yan comenta que, con tal de establecer una comunicación exitosa, además del trasvase lingüístico, a veces el intérprete tiene que facilitar información a las partes acerca de la cultura del país de su interlocutor, para explicar

comportamientos o reacciones o incluso precisar cómo son determinadas realidades en el país del otro. Así, asegura que recae en el intérprete la función de entrar en explicaciones culturales, en caso necesario, para evitar malentendidos. Safia explica:

*I take the functions of my job as like beeing there for them not just physically, interpreting, but mentally, even! Because if you are in a hospital setting, you are not here to have a party. You've come here because there is a concern, and usually if it's for your child, it's the biggest concern, if you have kids. If a child is sick is like everything is falling apart. And you have to be there for your client or for the patient not just physically, mentally too! Very often there are so many questions that eh I'm with the parent, I know the parent is having, but they are so overwhelmed with the situation of their child being sick, the questions are there, but you even don't know how to voice them. And I feel it's not just that you are doing interpretations, you are also explaining their culture to the doctors, eh... and what... what their feelings are and explaining what the doctors are trying to do for your child, I think. So, it is not a shared interpretation of eh... from sentence to sentence, you are also translation emotions, you are also translating the culture to the doctors and what the doctors are trying to explain to the patients.*

35:12 ( 0:06:27.49 [0:01:17.78] )

Aun así, Marcela opina que la idea de mediar entre culturas no se puede desarrollar en su totalidad debido a la falta de formación en la materia de los profesionales de la ISP.

- Traducción de material

Otra de las funciones de los profesionales de la ISP es la de traducir textos utilizados en su contexto de trabajo que faciliten la comunicación con los usuarios alófonos. Los entrevistados afirman traducir materiales muy diversos, como folletos informativos, textos personales (como historiales médicos, informes de trabajo social, etc.), cartas institucionales, formularios médicos, etc.

De acuerdo con Dodek, las traducciones forman parte de los servicios ofertados por el BII a sus clientes, de modo que aparecen en la ficha descriptora del servicio que rellena el profesional de la ISP, de modo que se puede, por tanto, facturar a la institución un precio preestablecido, consistente en 25 céntimos de dólar canadiense por palabra.

- Acompañamiento

Mayra menciona en su entrevista que en ningún momento se le ha solicitado realizar acompañamientos a usuarios a diferentes servicios, pero admite que puede que otros profesionales de la ISP se hayan visto en tal situación, aunque lo desconoce.

Diego, en cambio, asegura que, parte de las funciones de los profesionales de la ISP del SCIS, recae en los acompañamientos. Explica que los intérpretes acompañan a sus usuarios desde el momento en el que llegan a la sala de espera y los asisten en diferentes tareas dentro del sistema sanitario, como en la elaboración de trámites administrativos (solicitud de tarjetas sanitarias, etc.). El entrevistado comenta que, tras la consulta, acompañan a sus usuarios a pasar las pruebas pertinentes, dado que hay pacientes que no conocen el Hospital, asistiéndoles en cualquier dificultad que puedan encontrar. Ghida, por su parte, señala que los profesionales de la ISP de dicho servicio llegan a acompañar a sus usuarios, en ocasiones, al exterior del MCH.

- Orientación cultural

Los profesionales de la ISP se encargan de orientar al usuario dentro del sistema sanitario, así como, en caso necesario, dentro de la red de servicios públicos.

De acuerdo con Safia, algunos pacientes no saben cuáles son los recursos que la sociedad les ofrece porque no hablan el idioma e incluso porque no saben leer. La entrevistada afirma comunicarles cuáles son los servicios a su disposición. Cita el ejemplo de haber animado a algunas familias a recurrir a los servicios sociales en busca de ayudas, puesto que a menudo las familias con las que trabaja desconocen que tienen dicho derecho. De este modo, la profesional de la ISP la entrevistada asegura guiarles hacia dichos servicios, aunque resalta que es el propio usuario quien debe solicitarlos.

- Funciones más allá de su perfil

Aunque esto no es representativo de todos los entrevistados, algunos profesionales de la ISP revelan haber asumido en algún momento funciones que son más propias de otros profesionales, como:

- Tareas de administración

Diego afirma que, en ocasiones los intérpretes del SCIS ayudan a la secretaria de dicho servicio, sacando su listado de servicios, imprimiendo sus horarios, etc.

- Contacto con diversas instituciones

Según Ghida, los profesionales de la ISP del SCIS realizan llamadas telefónicas al exterior del hospital para solicitar servicios externos, como los de transporte adaptado a las necesidades del usuario.

- Apoyo personalizado

Ghida comenta que en ocasiones los usuarios del SCIS del MCH acuden a los intérpretes con tal de solicitarles asistencia personalizada en la

traducción de documentos personales como cartas gubernamentales (externas al ámbito sanitario), etc.

- Localización y seguimiento de pacientes

Los profesionales de la ISP acostumbran a llamar por teléfono a sus usuarios para confirmarles o recordarles las citas. Igualmente, les asisten en su programación.

Dodek asegura que ésta es la única función de seguimiento de los usuarios propia de los profesionales de la ISP. Sin embargo, destaca que algunos profesionales de la salud les solicitan un mayor contacto con el usuario. Aun así, el entrevistado asegura negarse a dichas peticiones sugiriendo hacer conferencias telefónicas interpretadas, dado que el profesional de la ISP no debe formular preguntas propias ni responder a las preguntas del usuario. Igualmente, destaca que cuando el usuario no se encuentra en el domicilio en el momento de la llamada, algunos profesionales de la ISP le dejan un mensaje en el contestador, aunque el entrevistado se niega a hacerlo dado que según el código del BII se cuenta dicho caso como conferencia telefónica con línea ocupada. Además, insiste en que en una llamada telefónica en mensaje al contestador se cobraría por un minuto, lo que el entrevistado considera un servicio infructuoso.

Igualmente, Ghida menciona que los intérpretes del SCIS del MCH reciben, en ocasiones, llamadas telefónicas de los usuarios para comunicarle complicaciones que el paciente ha podido experimentar en el domicilio familiar, con tal de que le haga llegar el mensaje al profesional de la salud pertinente.

- Realización de pruebas médicas

Diego asegura que, si bien esto no ocurre en todas las áreas del MCH, en aquellas relacionadas con la comunicación se les solicita a los profesionales de la ISP que realicen ellos mismos algunas pruebas médicas a los pacientes. Esto ocurre, por ejemplo, en terapia del lenguaje. En dicho departamento, en ocasiones, los profesionales de la salud explican cómo deben hacer exámenes médicos para que los intérpretes los hagan en el idioma del paciente. Así pues, de acuerdo con Diego, son los profesionales de la ISP quienes hablan directamente con éste último. En dicho proceso, el intérprete puede dar su opinión acerca de la pronunciación (y, por lo tanto del diagnóstico) del paciente.

- Redacción de informes

Según Ari, los profesionales de la ISP del BII en ocasiones se ocupan de la redacción de informes para los usuarios en nombre de los profesionales cuando trabajan en contacto con terapeutas ocupacionales o psicólogos.

Los profesionales de la ISP consideran que los profesionales de la salud comprenden bien sus funciones. Por norma general, afirman que el personal sanitario entiende las funciones del intérprete. Es por ello que Dodek opina que el BII hizo una buena campaña de concienciación. De acuerdo con Basma, la mayoría de los profesionales de la salud están acostumbrados a trabajar con ISP. No obstante, los profesionales de la ISP se encargan de explicarles la manera de proceder en este tipo de interacciones a aquellos profesionales de la salud que presentan más dificultades en el recurso a sus servicios.

Sin embargo, se vuelve a mencionar el problema de una falta de delimitación formal de las funciones que les son propias, con lo que se crea ambigüedad tanto para los profesionales de la salud como para los propios profesionales de la ISP. Eso lleva, según Marcela, a que algunos profesionales traten a los intérpretes como una mera máquina de traducir, lo que la entrevistada considera que significa explotar poco al profesional de la ISP, pues podría realizar tareas mucho más profundas incluyendo, por ejemplo, aclaraciones culturales (lo que no siempre es posible dada la manera de trabajar). Igualmente, Yan comenta que esto provoca que algunos profesionales de la salud les soliciten realizar actividades que se escapan de sus funciones, como rellenar formularios o incluso entablar un contacto poco ético con el usuario, solicitándoles que les faciliten su número de teléfono, etc.

Li menciona que los profesionales de la salud de los hospitales están menos familiarizados con la ISP que los de otros centros, llegando en ocasiones a confundir a los intérpretes con un miembro de la familia del usuario.

Los entrevistados aseguran que, por norma general, los usuarios suelen comprender las funciones de los profesionales de la ISP. Sin embargo, Mayra apunta que en ocasiones se observan dudas acerca del rol del intérprete, en cuyo caso el propio profesional de la ISP se encarga de clarificarlas. En esta línea, Ari y Li aseguran que en ocasiones, dada la falta de familiarización de algunos usuarios con los servicios de ISP, le han llegado a confundir con un miembro más del personal sanitario. A esto esta última entrevistada añade que algunos usuarios no tienen muy claro por qué ni para qué se persona en la visita médica un profesional de la ISP, sobre todo en aquellos casos en los que los propios usuarios creen contar con un nivel lingüístico suficiente como para defenderse en ciertas conversaciones. Esta falta de comprensión hace que el usuario llegue a sentirse insultado frente al cuestionamiento de sus habilidades lingüísticas.

Por otra parte, Yan y Ghida aseguran que a menudo, los usuarios desconocen la deontología propia de la ISP, con lo que presentan unas expectativas acerca del profesional del intérprete que nada tienen que ver con sus capacidades profesionales. De

hecho, Ghida afirma que dado que pertenecen a la misma comunidad, en ocasiones esperan que se pongan de su lado, interfiriendo en la conversación.

*Ils savent à quoi s'attendre, ils savent qu'est-ce qu'on fait... eh... parfois avec certaines familles c'est un peu plus difficile, parce que... comme on est de la même communauté, ils s'attendent que... vous allez faire ce que eux ils veulent !*

33:17 ( 0:17:04.48 [0:01:52.84] )

Ante situaciones de este tipo, Diego asegura que el profesional de la ISP tiene que aclararle al usuario cuáles son los límites establecidos por el código deontológico que rige su profesión y actuar en consecuencia.

#### **4.6.10. Competencias necesarias de todo profesional de ISP**

Los entrevistados consideran que las competencias esenciales para la ISP son la competencia interpersonal y la instrumental profesional, seguidas por la competencia comunicativa y textual, la competencia intercultural, la competencia temática y la competencia estratégica (en ese orden).

Veamos los aspectos que los profesionales de la ISP consideran más importantes dentro de cada una de dichas competencias:

- Competencia interpersonal

Los profesionales de la ISP entrevistados otorgan mucha importancia a la necesidad de todo intérprete de saber relacionarse con los demás actores de la situación comunicativa en la que trabaja. Es por ello que insisten en la importancia de tener tacto, empatía, paciencia, asertividad, compasión, diplomacia y habilidades comunicativas (como la de saber escuchar y comunicar). Igualmente, destacan que el profesional de la ISP debe ser una persona respetuosa, abierta de mente, atenta y cortés. Igualmente, debe respetar las convenciones sociales en cuanto la puntualidad se refiere.

- Competencia instrumental profesional

Los entrevistados comentan que el profesional de la ISP debe tratar, en la medida de lo posible, de no imponerse en la situación comunicativa. Esto es, no tratar de tomar el papel del profesional, sino que debe tener en cuenta cual es su papel y defender sus límites profesionales. Mayra explica:

*Guardar una distancia también, guardar una distancia tanto con el profesional como con el cliente, porque esa distancia le va a permitir ser mucho más objetivo, y eso es lo que se necesita, porque hay situaciones que por supuesto no son fáciles, porque cuando hay una situación sobre todo de salud, donde hay una persona que está sufriendo, directa o indirectamente, y que uno, en fin, por*

*principios o por como ser humano uno trata de de de ayudarlo, pero hay que tener cuidado porque a veces en ese deseo de ayudar no hace realmente lo que la profesión le pide.*

8:2 ( 0:01:00.76 [0:04:38.76] )

Se observa una elevada voluntad por parte de los intérpretes en insistir en que todo profesional de la ISP debe tener presente el código deontológico de su profesión y respetarlo en todas sus prácticas profesionales. De este modo, se citan aspectos como la confidencialidad, la transparencia, la neutralidad o la distancia entre el profesional de la ISP y los demás participantes de la situación comunicativa en la que interviene, que comentaremos más a fondo en el apartado destinado a cuestiones éticas de la ISP.

- Competencia comunicativa y textual

Los entrevistados se reiteran en la necesidad de que el intérprete cuente con un conocimiento profundo de las lenguas en las que trabaja, de manera que se pueda mover en diferentes registros y dialectos. En este sentido, Mayra considera imprescindible que el profesional de la ISP conozca las sutilezas de la lengua y tenga un conocimiento elevado de las diferentes formas de hablar en los diferentes países (variedades dialectales, acentos, etc.). La entrevistada apunta que este aspecto es el que diferencia al profesional de la ISP del intérprete de conferencias. Así, aclara:

*Las personas con las que trabajamos no están, como decimos, en el mismo... "même longueur d'onde"... perdón, en el mismo nivel... sino que cada persona va a tomar un tema diferente, las personas hay ciertos vocabularios diferentes, entonces el intérprete tiene que tener cierta sensibilidad que le permita comprender eso... Y eso va un poquito más lejos que la lengua en sí, que el idioma."*

8:2 ( 0:01:00.76 [0:04:38.76] )

Vemos como las habilidades de comunicación son esenciales para los entrevistados, quienes aseguran que un profesional de la ISP debe tener un profundo conocimiento en todas y cada una de sus lenguas de trabajo, con tal de poder entender y comunicar. En esta línea, Amanda insiste en la necesidad de saber adaptar la manera de hablar a los interlocutores, quienes en ocasiones únicamente dominarán una variedad dialectal en su lengua materna, que, tal y como explica, en su lengua de trabajo (tamil) puede tener características muy peculiares.

- Competencia intercultural

Los entrevistados consideran esencial que un profesional de la ISP sepa comprender las diferencias entre personas, respetarlas y tenerlas en cuenta en el

desarrollo de su trabajo. Basma argumenta que dicho conocimiento cultural resulta básico para poder comunicar a los profesionales cuando surgen temas considerados tabú en la cultura del usuario. Asegura que en ocasiones el profesional de la ISP debe explicar por qué no se pueden plantear ciertas preguntas debido a la existencia de un tabú que incomodaría sobremanera al usuario. Según la entrevistada, esto es esencial en situaciones diversas. Cita el ejemplo de consultar a los padres de un niño si configuran un matrimonio, lo que se da por sentado en algunas culturas, como la árabe.

Así, los intérpretes destacan la importancia de la sensibilidad ante la diferencia. Matilde asegura que si bien una lengua puede llegar a estar vinculada a diversas culturas, el profesional de la ISP debería tener un conocimiento amplio de las mismas, así como de las diferencias existentes entre ellas.

Con todo, defienden que el profesional de la ISP debe tener una cultura altamente variada, que englobe conocimientos varios sobre la sociedad y sobre el mundo en el que vive, incluyendo aspectos culturales, políticos y sociales de los países vinculados a las lenguas con las que trabajan.

- Competencia temática

Además del obligatorio conocimiento de terminología médica, los profesionales de la ISP entrevistados subrayan la importancia del conocimiento de los servicios para los que trabajan. Así, consideran básico tener un conocimiento de cómo funciona el sistema sociosanitario. Marcela asegura que esto es necesario para que el usuario llegue a comprender la realidad que le envuelve, dado que, en ocasiones, es el intérprete quien da información relativa a los servicios de salud, pues el profesional lo da por sentado.

- Competencia estratégica

Diego insiste en la necesidad de conocer los diferentes métodos, técnicas y estrategias de interpretación para una óptima implementación de los servicios de ISP.

#### **4.6.11. Modalidades de ISP**

Los intérpretes de ámbito sanitario montrealés aseguran que la modalidad de interpretación utilizada en sus intervenciones viene condicionada por las preferencias de los profesionales de la salud. Diego expone:

*La interpretación que uso como... como te decía era... yo utilizo... utilizo la interpretación... usamos interpretación de enlace, pero dentro de la interpretación de enlace hago este... la interpretación del susurro eh... a modo de simultánea, muchas veces. Toma de notas no hago... A veces hago consecutiva, pero la*

*gente... depende también, como te digo, del departamento, este... depende, ¿no? depende de... si al doctor le gusta o no...*

9:24 ( 0:50:01.89 [0:02:21.70] )

A continuación expongo cuáles son las modalidades utilizadas, incidiendo en cuál es su frecuencia de uso:

- Interpretación de enlace

La modalidad de interpretación más utilizada en el ámbito sociosanitario montrealés es la interpretación de enlace. Si bien algunos intérpretes se refieren a la interpretación consecutiva, por sus explicaciones posteriores se observa que están refiriéndose a la modalidad de enlace, dado que explican que suelen intervenir de manera semiconsecutiva, esto es, tras mensajes no muy extensos. Safia, por ejemplo, explica que suele intervenir tras una serie de frases o cortas intervenciones. La entrevistada añade que no suele recurrir a la toma de notas, a menos que se trate un tema muy científico. Fai y Li, por su parte, aseguran que cuando empezaron a ejercer de intérpretes tomaban más notas, lo que fue decreciendo con su experiencia en el ámbito. Matilde subraya que recurre a la toma de notas cuando las conversaciones en las que interviene involucran a más de dos interlocutores, siendo los nombres propios y los números que aparecen en la conversación los datos más recurrentes en sus notas. Dodek, por su parte, insiste en que desecha sus notas de interpretación una vez acabada la intervención, en pro de la confidencialidad garantizada.

Diego añade que algunos profesionales de la salud tienen conocimientos básicos de su lengua de trabajo, con lo que solicitan expresamente una interpretación semiconsecutiva con tal de entender al máximo al paciente en su intervención y ayudarse, posteriormente, de la interpretación del profesional de la ISP. El entrevistado asegura:

*Hay algunos doctores que hablan poco español... y... este... ellos quieren entender. Entonces cuando escuchan el español, este... mezclado con el francés.... Al mismo tiempo... este... el inglés... entonces, como que se pierden y no entienden nada, entonces ellos prefieren que lo haga de manera consecutiva. Y yo lo hago de manera consecutiva. (...) Toma de notas... muy poco hago... porque la... la opción que tenemos es... eh... de interrumpir en parte la... la comunicación en interpretación de enlace, podemos interrumpir para clarificar unas cosas. Entonces, este... los lapsus normalmente de interpretación no son muy largos. Eh...si no, interrumpimos, ¿eh? Al... al doctor... e interpretamos, ¿no?*

9:24 ( 0:50:01.89 [0:02:21.70] )

En línea con lo anterior, Basma asegura que cuando trabaja en esta modalidad de semiconsecutiva, las intervenciones suelen ser cortas, aunque en caso de alargarse, interviene con tal de acortarlas en pro de su prestación futura. Matilde puntualiza que dichas pausas se suelen solicitar tras haber dado por zanjados temas concretos en la conversación. Li, por su parte, comenta que cada profesional interviene de una manera distinta. Mientras que algunos realizan media frase y paran esperando la interpretación (frente a lo que la intérprete solicita que se siga hablando, al menos hasta completar la frase), otros hacen intervenciones muy largas. Li asegura que suele escuchar un máximo de 5 minutos, tras lo que corta la intervención para proceder con la interpretación del fragmento en cuestión.

Por último, Dodek destaca que en esta modalidad a menudo los profesionales de la salud se sorprenden al escuchar intervenciones en la lengua del usuario que tienen una extensión mayor que las realizadas en la lengua del profesional. Igualmente, menciona que los profesionales le suelen permitir reformular, utilizar expresiones simplificadas, etc., siempre que no se perjudique el contenido y el mensaje, pudiendo variar la forma de mostrarlo.

- Chuchotage

Si bien entrevistados como Mayra, Amanda o Safia aseguran no recurrir al *chuchotage* en el ámbito sanitario, otros como Diego o Ghida se muestran más partidarios de esta modalidad de interpretación.

Diego prefiere esta modalidad dado que, según comenta, ésta facilita la comunicación entre interlocutores. En esta línea, Marcela menciona que, si bien algunos profesionales de la salud se sienten incómodos con esta modalidad, otros lo prefieren por la rapidez de la interacción. Igualmente, Diego y Ghida aseguran que la modalidad que ahora comentamos les permite transmitir no sólo el mensaje sino también la manera de expresarlo (con una facilidad mayor que la semiconsecutiva), de manera que se llega a transmitir énfasis, bromas, etc.

Diego y Dodek han constatado que la simultánea es muy bien recibida en servicios como psicología y psiquiatría, dado que, al no haber tantas pausas, la conversación resulta más fluida. No obstante, el entrevistado admite que en otros departamentos dicha fluidez no se considera tan necesaria. Aun así, se suele recurrir a esta modalidad cuando la conversación se entabla entre más de dos interlocutores (reuniones, etc.). En estos casos, se interviene de manera simultánea y en voz baja, con tal de que el usuario siga la conversación (aunque algunos profesionales siguen prefiriendo la semiconsecutiva en estos casos). Así, Charlotte asegura que el intérprete se adapta a la situación, a cuantas personas hay, a los conocimientos lingüísticos de cada uno. Si hay varias personas y algunos no entienden una lengua dada, se sienta a su lado para hacer *chuchotage*.

En cambio, tal y como adelantaba al inicio de esta sección, Mayra desaconseja vivamente el uso de esta modalidad en el ámbito sanitario, alegando que aunque los interlocutores no entiendan la lengua del otro, la semiconsecutiva es positiva en tanto y en cuanto el lenguaje no verbal aporta información que puede ser beneficiosa para la conversación. La entrevistada asegura que la intervención simultánea del interlocutor y el intérprete puede mermar esta comunicación no verbal.

- Interpretación telefónica

Los profesionales de la ISP del ámbito sanitario de Montreal realizan, a menudo, interpretaciones telefónicas. De acuerdo con Dodek, ésta es una de las posibilidades que se recogen en la ficha de servicio del BII y su remuneración se basa en los minutos invertidos en el servicio. Li afirma que este tipo de intervenciones son comunes en el SCIS y que se realizan frecuentemente con tal de verificar que el usuario ha entendido lo que tiene que hacer y que está siguiendo la medicación sugerida. Safia, por su parte, comenta que este tipo de intervención es solicitada tanto por médicos como por trabajadores sociales.

- Interpretación resumida

Si bien ningún entrevistado lo menciona en su entrevista, de acuerdo con Diego, los profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés realizan, en ocasiones, interpretaciones resumidas, de modo que no se interpreta la totalidad del mensaje emitido por las partes, de lo que se acaba dando cuenta el profesional de la salud. Marcela, por su parte, asegura no hacer este tipo de interpretación, dado que considera imprescindible que el profesional de la salud tenga toda la información transmitida por el usuario, de manera que no se llegue a perder ni a alterar información.

- Traducción a la vista

Los entrevistados aseguran realizar traducciones a la vista de textos escritos, como formularios, informes, etc. Basma apunta que, en ocasiones, los profesionales explican el contenido de dichos documentos, tras lo que el profesional de la ISP interpreta sus intervenciones mientras que, otras veces, se realiza directamente la traducción a la vista del texto entregado en papel. De acuerdo con los entrevistados, este tipo de intervenciones se realizan, en ocasiones, sin la presencia del profesional de la salud. Sin embargo, Ari se posiciona en contra de dicha práctica, alegando que requiere un exceso de energía por parte del profesional de la ISP. Alega que su función dentro del BII es la de interpretar y no la de traducir, aunque se trate de un traductor certificado por la OTTIAQ. Por dicha razón, en casos así solicita a los profesionales de la salud que expliquen el contenido del texto, con tal de proseguir con la interpretación del mensaje oral, negándose así también a traducir en ausencia del profesional sanitario.

### 4.6.12. Características de la situación comunicativa

De acuerdo con Ghida, los participantes de la conversación trialógica en contexto sociosanitario se posicionan conformando un triángulo imaginario, de manera que el profesional de la ISP se encuentra en medio de los dos interlocutores, aunque, tal y como apunta Lionel, un poco retirado (a un segundo plano). Lógicamente, esto no es posible en aquellas reuniones en las que intervienen más de dos interlocutores. De hecho Safia asegura que las salas de consulta suelen ser pequeñas y en ocasiones se llenan, pues se puede dar el caso que, en una misma conversación, estén presentes un médico, el paciente, los padres del paciente (en consultas pediátricas), algún residente e incluso un trabajador social, de manera que el espacio acaba siendo muy reducido, en detrimento del posicionamiento descrito por Ghida.

En la conversación trialógica propiamente dicha, el profesional de la ISP se encarga de gestionar el flujo de la conversación, de manera que solicita pausas para la interpretación entre las diferentes intervenciones para poder intervenir prestando el mensaje en la otra lengua:

*Il y a des intervenants qui parlent juste... demie phrases... ils arrêtent et ils te demandent traduire... mais je dis « vous continuez, vous complétez une phrase... ». Il y en a qui parlent sans arrêt, sans arrêt... même deux sujets, trois sujets, mélangés ! Alors... eh... moi, c'est... ma limite c'est que cinq minutes... « vous parlez pendant cinq minutes, après ça je vous arrête... » ou un sujet, quand je vois... il... il y a une tendance à ne pas comprendre c'est quoi l'interprète, alors il faut lui donner le temps, parce que... eh... je... je... je m'impose des fois... c'est que... « excuse-moi, si c'est trop long... je peux... je... je... j'ai peur de perdre des informations ! Mais ils comprennent... « oui, oui, c'est vrai », parce qu'ils sont pas habitués, tout le monde n'est pas habitué de trava... moi, ma... ma... ma technique c'est que j'écoute, puis je traduis puis... c'est... c'est ça, j'écoute comme quand même, eh... un paragraphe là... pour traduire, oui !*

32:1 ( 0:13:14.30 [0:01:18.66] )

Por norma general, los entrevistados parecen ser partidarios de la comunicación directa. Mayra menciona que uno de los mayores cumplidos que puede recibir un profesional de la ISP es que las partes olviden su presencia en la conversación, dada la facilidad con la que se ha compartido la información. Como veíamos anteriormente, esta entrevistada asegura que, gracias a la comunicación directa, los interlocutores se pueden beneficiar de la información transmitida por el lenguaje no verbal. No obstante, en función del tipo de situación, los interlocutores se miran entre ellos o dirigen la mirada hacia el intérprete.

Ghida asegura que se dan tanto situaciones de comunicación directa como indirecta por parte de ambos interlocutores. De acuerdo con Fai, los interlocutores se suelen dirigir el uno al otro, aunque en ocasiones miran al intérprete para asegurar la comunicación. Los entrevistados aseguran que esto varía según la persona con la que se trabaja. Lionel

comenta que, por norma general, los profesionales de la salud suelen plantear las preguntas directamente al paciente y no al intérprete. Por otra parte, Dodek afirma que algunos usuarios tienen poca experiencia en ISP y se dirigen únicamente al intérprete, siendo el centro de sus miradas, obviando así la presencia del profesional. Agata comenta que esto puede verse motivado, en cierta manera, por el hecho de que el usuario escuche al intérprete hablar en su lengua (la cual lleva mucho tiempo sin oír), con lo que se siente cercano al intérprete y centra su atención en él. Por su parte, Charlotte comenta que los profesionales de la salud tienden con mayor facilidad a dirigirse al usuario, mientras que, como también apuntan Ari, Amanda y Agata, a menudo el usuario se dirige al intérprete (dado que habla su misma lengua) y, aunque la profesional de la ISP intenta redirigir su comportamiento, en ocasiones resulta complicado.

En cambio, Li, Basma, Matilde y Marcela observan cierta tendencia a que ambas partes se dirijan al intérprete. En esos casos, algunos profesionales de la salud solicitan que el usuario se dirija a ellos. En los casos en los que no lo hacen, los profesionales de la ISP se esfuerzan por reconducir la situación, con tal de propiciar una comunicación directa. Esto lo hacen ya sea implícita o explícitamente. De hecho, los profesionales de la ISP cuentan con estrategias que les sirven para, animar a las partes a proseguir con una comunicación directa. Los entrevistados mencionan las siguientes:

- El intérprete se retira físicamente de la conversación, quedando relegado a un segundo plano, con tal de que los interlocutores se dirijan la mirada mutuamente.
- Cuando el intérprete recurre al *chuchotage*, al no haber pausas, los interlocutores no dirigen su mirada al intérprete. Tanto Diego como Charlotte comentan que la comunicación indirecta es más habitual en la modalidad semiconsecutiva, pues los interlocutores esperan el final de las intervenciones de su interlocutor para centrarse en la intervención del intérprete.
- El intérprete rompe el contacto visual con los interlocutores bajando la mirada.

De acuerdo con Marcela, con estas estrategias no se busca la exclusión del profesional de la ISP de la conversación. La intérprete considera esencial la confianza de los interlocutores en el profesional de la ISP, aunque trata de distribuir dicha confianza entre todos los participantes de la situación comunicativa, fomentando así el contacto entre los interlocutores.

En otro orden de cosas, Safia comenta que en aquellos casos en los que la conversación se da entre más de dos interlocutores, el espacio puede acabar siendo muy reducido, situación que se presta a que puedan ocurrir ambas cosas (tanto comunicación directa como indirecta).

Varios entrevistados comentan que, en ocasiones, el profesional de la salud tiene nociones de la lengua del usuario. En otras, es el usuario quien tiene nociones básicas de inglés o francés, pero se les presta igualmente los servicios con tal de evitar malentendidos. En situaciones de este tipo, a menudo las partes establecen la

comunicación en el idioma compartido por ambas, quedando el profesional de la ISP relegado a un segundo plano, de manera que únicamente interviene para solucionar problemas de comunicación puntuales. Esto se debe a que, según Amanda, los profesionales de la salud tienden a preferir la comunicación directa en estos casos. Para evitar dichas situaciones, Amanda revela que, cuando el profesional le pregunta en qué idioma prefiere trabajar, opta por el francés, dado que es la lengua menos conocida por sus usuarios, de modo que puede realizar una interpretación con normalidad.

Los entrevistados se encuentran divididos entre aquellos que usan la primera persona y los que usan la tercera persona en sus intervenciones en ISP. Ocho de los entrevistados aseguran utilizar siempre la primera persona en las interpretaciones que realizan en el ámbito sanitario. De acuerdo con los entrevistados, esta es la opción más recomendada. Lionel afirma ponerse en el lugar de la persona que habla, actuando de voz de los interlocutores. Si bien Li utiliza normalmente la primera persona, en los casos delicados en los que la persona insiste en su persona, utiliza la primera.

Seis entrevistados aseveran recurrir siempre a la tercera persona. En el caso de Charlotte, esto se debe a que, si bien ha intentado la opción más aconsejada (uso de la primera persona), esto le resulta muy difícil.

Finalmente, dos entrevistados aseguran que utilizan indistintamente la primera o la tercera persona, en función de la situación. Matilde explica que su elección se basa en la direccionalidad del intercambio informativo. Así, cuando la comunicación es directa, utiliza la primera persona. En cambio, cuando es indirecta, utiliza la tercera.

*Depende. Depende, porque a veces... a veces la gente se dirige a mí, es decir "dígame esto". O sea que... "dígame..." a veces son ellos que comunican de tú a tú y de... y a veces los dos se dirigen a mí, tanto el interveniente como el... entonces, digo "ha dicho esto...", si se hablan entre ellos, entonces puedo repetir en la persona que está hablando.*

16:24 ( 0:18:32.53 [0:00:50.69] )

#### **4.6.13. Principios deontológicos básicos de la práctica de la ISP**

En este apartado presento los principios deontológicos que han ido surgiendo en las contribuciones de los profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés. Los puntos tratados han sido los siguientes:

- Exactitud

Los entrevistados consideran importante que la prestación fruto de la interpretación sea precisa y transmita la totalidad del contenido del original. Insisten en la obligación profesional de interpretar la toda la información que se comparta en la sala.

Insisten en la necesidad de mantener el mensaje original, sin añadir ni omitir información. En este sentido, Ari comenta:

*You can't remove information from the message and you cannot add information to the message based on what you think... ok? Based on your... your... whatever! Your thoughts! So you have to be... it has to be like a translation. It has to be... not saying more and not saying less! Ok? So... that's... that's... for me... that's the number one. Don't say more and don't say less. Unfortunately, some of the translators, they say more! Most of them they say more...*

14:19 ( 0:17:15.64 [0:00:49.64] )

Igualmente, es esencial que el profesional de la salud no altere la información transmitida por sus interlocutores, basándose en la supuesta intencionalidad del mensaje. En este sentido, Mayra insiste en la necesidad de que el mensaje interpretado sea lo más cercano posible al original:

*En ningún momento interpretar, en el mal sentido, de decir... de decir, "bueno, la persona quiso decir tal cosa...", ¡no! Directamente la traducción, no palabra a palabra, pero la traducción lo más cercana posible del... del... eh... del idioma... del idioma de partida.*

7:5 ( 0:02:39.72 [0:00:55.47] )

Sin embargo, la entrevistada defiende la importancia de que la comunicación tenga lugar, es decir, que los interlocutores entiendan el mensaje, por lo que trata de adaptar el registro (con el permiso del profesional) al nivel de instrucción del usuario. Según Mayra esto implica un reto para el intérprete, pues asegura que el registro de los funcionarios (trabajadores sociales, etc.) de Quebec está muy burocratizado y en ocasiones, aunque haya un término equivalente en la otra lengua, el usuario, dado su nivel de instrucción, no lo va a entender. Sea como fuere, cuando se decide realizar dicha adaptación de registro, de acuerdo con la entrevistada, siempre se hace con total transparencia para con las partes.

Por otra parte, Ghida comenta que los usuarios, al sentirse próximos al profesional de la salud por la afinidad que encuentran en el hecho de compartir una lengua (o incluso proceder de la misma cultura o culturas cercanas), a menudo intentan que el intérprete se alíe con ellos haciendo comentarios que no quieren que se transmitan al profesional de la salud, como su intención de no seguir un tratamiento dado. Lo mismo ocurre, según Dodek, con algunos profesionales de la salud, quienes, al pertenecer a la institución que presta servicios, en ocasiones realizan comentarios al intérprete, sin intención de que le lleguen al usuario. En ambos casos, el profesional de la ISP debe transmitir dicho mensaje al otro interlocutor, pues su papel es transferir a la otra lengua todo lo que se diga en la consulta. Dodek insiste en que esto llega a causar conflictos,

dado que algunos profesionales no entienden la necesidad profesional que tiene el intérprete de transmitir la totalidad de los mensajes emitidos. Ghida insiste:

*Moi je suis tenue par la loi et par la fonction de mon travail de dire et de traduire mot par mot tout ce qui sort de la bouche du médecin, je dois le dire... mais aussi tout ce qui sort de la bouche des parents !*

33:17 ( 0:17:04.48 [0:01:52.84] )

- Confidencialidad

El secreto profesional rige la práctica de la ISP. Los entrevistados insisten en la importancia de aclarar que se respetará la confidencialidad del usuario y velan por el cumplimiento de dicho principio. Así, se insiste en que el intérprete no guarda ninguna información obtenida a lo largo de su intervención. Esto incluye las notas tomadas a lo largo de la interacción que, como veíamos anteriormente, Dodek asegura desechar una vez completada la consulta:

*Mi técnica, desde un principio es... gráfica. Muchas veces tengo hojas, que no las traje porque... porque muchas veces... esas hojas, después de la intervención, van a la... a la basura.*

26:5 ( 0:14:21.58 [0:06:52.15] )

- Imparcialidad y neutralidad

Los profesionales de la ISP insisten en la necesidad de mantener la imparcialidad en su trabajo. Diego comenta que el intérprete tiene dos clientes (el usuario y el profesional de la salud) y no debe posicionarse de parte de ninguno de ellos. Yan añade que el profesional de la ISP debe procurar no influir en la conversación, con lo que tiene que ser muy cuidadoso con la forma de presentar el mensaje, con tal de permanecer neutral. En este sentido, Li comenta que en la práctica de la ISP no hay lugar para juicios de valor propios que puedan afectar al intercambio conversacional. Aun así, la entrevistada considera que se tendría que hacer mucho más énfasis en ese aspecto, dado que en su opinión no todos los profesionales respetan dicho precepto.

*Moi j'ai reçu le message comme quoi il faut être compressif, il faut... eh... il faut être... il faut être comme... beaucoup de compassion, parce que dans cet milieu c'est pas... c'est quelque chose de... c'est pas très léger là, c'est pour les gens qui ont... qui sont dans le besoin... (...) Rester neutre, sans toucher de sentiments, d'émotions, c'est pas évident ! Parce qu'on est pas des machines, c'est que... eh... mais les gens, comme... ils comprennent... (...) Les interprètes on est des êtres humains, mais d'autre côté on est des interprètes, eh ? On est... on doit pas porter de jugements (...) Dans la formation on avait insisté de rester neutre, mais eh... dans la réalité... eh... je ne sais pas... est-ce que le message n'est pas passé ou le gens voulaient pas comprendre le message ? Moi, je pense*

*que ça c'est, dans ce coté il faut... vraiment... eh... dans le programme, peut-être mettre plus d'accent, parce que dans la réalité... c'est pas que le programme n'est pas parfait ou quelque chose... pas complet, mais que... eh... je sais pas... peut-être le message n'était pas... eh... rendu ! (...) Peut-être c'est un sujet à discuter un peu plus.*

31:5 ( 0:08:00.83 [0:02:32.54] )

Como vemos, esto supone una tarea ardua para los intérpretes. Ghida comenta que los usuarios, considerándolos cercanos, en ocasiones esperan que se pongan de su parte, interfiriendo en la conversación. Si bien los profesionales de la ISP no deben sucumbir a dichas solicitudes, Pedro revela que a algunos intérpretes les cuesta negarse, llegando a causar con su posicionamiento perjuicios en la relación médico-paciente.

Igualmente, el profesional de la ISP debe desvelar los posibles conflictos de intereses susceptibles de influir en su prestación ante ciertos encargos.

*Si no, por cuestiones culturales, una persona no... no... no... no se sentía como... como... eh... a gusto por... por cuestiones de... religión o culturales de hacer una interpretación, tenía que decirlo.*

16:5 ( 0:03:03.02 [0:00:56.52] )

- Respeto

Los profesionales de la ISP deben mostrarse respetuosos para con los interlocutores de las conversaciones en las que intervienen. Si bien en algunos casos debe rechazar solicitudes de servicios o peticiones de tratos de favor, de acuerdo con Dodek y Agata, lo deben hacer de manera educada y sin caer en la grosería, mostrando un trato atento hacia las personas con las que trabaja.

- Fronteras profesionales

Los profesionales de la ISP entrevistados destacan la importancia de actuar acorde al papel que les corresponde, sin realizar actividades que se salgan de lo propio de su perfil profesional. Sin embargo, Diego comenta en su entrevista que dado que algunos de los intérpretes del servicio en el que trabaja no tuvieron una formación previa específica en ISP, se dan puntualmente problemas de rebasamiento de las fronteras profesionales. Es por ello que el entrevistado afirma que a veces se tiene que recordar que un intérprete no presta servicios, sino que es un mero intermediario.

Los profesionales de la ISP insisten que el intérprete no comunica por él mismo información sociosanitaria al usuario, sino que se limita a interpretar los mensajes del profesional. Igualmente, en la medida de lo posible, deben mantenerse al margen de mantener conversaciones privadas con las partes. De este modo, tal y

como constata Marcela, el intérprete no debe sustituir nunca al profesional sociosanitario. Así, con tal de ejercer su trabajo de manera no intrusiva, el intérprete se ciñe a actuar de vector que hace llegar los diferentes mensajes de un interlocutor a otro, evitando en todo momento convertirse en emisor. De acuerdo con la información recogida en las entrevistas, en aquellos casos en los que el profesional de la ISP considera oportuno adaptar el vocabulario a los conocimientos de los usuarios o consideran que el usuario necesita una explicación más profunda acerca de un tema dado, solicitan previamente la aclaración pertinente al profesional de la salud y, posteriormente, la interpretan. En este sentido, Ghida explica:

*J'ai déjà fait face à des petits problèmes ou est-ce que (...) le niveau d'éducation de la famille, il n'était pas très fort, il n'était pas très élevé. Donc, souvent il y a des problèmes, non seulement de traduction, mais de connaissances. (...) Dans ce cas là, moi je dis au... parce que je ne veux pas expliquer la chose, même si je sais c'est quoi, je ne veux pas l'expliquer à ma façon, je préfère que le médecin l'explique. Alors je dis « bon, médecin... docteur... je viens de traduire tout ce que vous dites, mais je sais très bien que il ne connaît absolument rien de la biologie du corps et de la fonction du corps. Il ne sait pas c'est quoi une pression, comment voulez-vous lui traduire ça ? (...) Et là les médecins (...) ils prennent du temps, ils sortent une feuille en papier, ils vont designer...*

34:9 ( 0:09:02.89 [0:02:32.87] )

A algunos profesionales de la ISP, tal y como apunta Diego, les cuesta trabajar a nivel de emociones, pues crean vínculos con sus usuarios, se encariñan, entablan una amistad, los ven fuera de horas, etc. Dicho comportamiento rompe con el precepto del código ético de la ISP según el cual el intérprete debería evitar un exceso de contacto con las partes. Esto les lleva incluso a interpretar de manera privada para ciertos usuarios, fuera del marco de la institución para la que trabajan (ya sea el BII o el MCH), lo que queda prohibido por las normas del BII. Esto se observa en la entrevista a Ari, por ejemplo, quien, aunque asegura en una de sus respuestas ser muy ético en su trabajo, no entrar en discusiones mientras el profesional está ausente ni facilitar su tarjeta profesional a los clientes (lo que demuestra su conocimiento del código ético), en otra ocasión asegura entablar fuertes lazos con algunos de sus usuarios.

- Responsabilidad

En los intérpretes recae la responsabilidad de la realización de un buen trabajo, que implica, entre otros factores, el respeto de las fronteras profesionales. Así, el profesional de la ISP debería rechazar aquellos encargos para los que no se encuentra capacitado. No obstante, de acuerdo con Charlotte, en ocasiones algunos profesionales con conocimientos lingüísticos no lo suficientemente

elevados en una lengua dada, aceptan encargos que difícilmente podrán asumir con profesionalidad.

Por otra parte, recae en la responsabilidad del intérprete el dar a conocer, en caso necesario, los principios de su código deontológico, con tal de velar por el respeto del mismo. En este sentido, Diego insiste en su trabajo diario en que los intérpretes tienen códigos de ética que tienen que respetar, explicando a sus usuarios que no deben prestar sus servicios fuera del marco institucional para el que trabaja, crear vínculos de amistad con los pacientes (lo que asegura que resulta complicado especialmente en la cultura latina).

- Integridad profesional

Los profesionales de la ISP insisten en la necesidad de actuar en todo momento con profesionalidad. Ghida subraya la necesidad de todo profesional de la ISP de aprender a separarse de la realidad en la que interpreta, la cual puede ser muy traumática (tratando temas como enfermedades terminales e incluso presenciando muertes). Además, Agata señala que en ocasiones los usuarios buscan un contacto a nivel personal con el profesional de la ISP, lo que es totalmente impropio y rompería con la profesionalidad del intérprete, con lo que el profesional de la salud debe impedir tal situación. Por otra parte, Ari asegura que en ocasiones conoce a usuarios trabajando para el BII y, si les gusta su trabajo, le contactan con posterioridad para servicios fuera del ámbito público. Dicho comportamiento también merma la imagen del profesional de la ISP y es considerado por gran parte de los entrevistados como inadecuado.

- Desarrollo profesional

Como se ha visto en apartados anteriores, la mayoría de profesionales de la ISP entrevistados muestran un elevado interés en seguir ampliar conocimientos relacionados con su profesión mediante la formación continuada. Como hemos visto, la mayoría participan en cursos, conferencias y otras sesiones de difusión de conocimiento. Igualmente, proponen nuevas sesiones formativas basándose en las dificultades que observan en su trabajo diario. En este sentido, se muestran muy partidarios de crear un espacio de intercambio de conocimientos entre intérpretes, que les ayude a preservar una actitud autocrítica en beneficio de los servicios prestados.

Igualmente, muestran su interés por el aumento del reconocimiento de la profesión. En este sentido, denuncian que su trabajo no sea reconocido por la OTTIAQ, como el del resto de intérpretes (que trabajan en otros ámbitos). Si bien Diego lo asocia a la falta de una estructura formativa rígida en el ámbito de la ISP, éste asegura que se está trabajando hacia un sistema acreditativo más definido que contribuya al fortalecimiento de la imagen de la profesión.

## 4.7. Informe de análisis de las entrevistas a miembros del personal sanitario de Montreal

### 4.7.1. Los participantes de la situación comunicativa

Los profesionales de la ISP trabajan en contacto con todo tipo de profesionales de la salud, puesto que trabajan de manera multidisciplinar. De este modo, facilitan la comunicación entre los usuarios alófonos y médicos, enfermeras, nutricionistas, ergoterapeutas, etc. En este sentido, Marie-Ève comenta:

*Ici c'est surtout... les... ils traduisent pour les intervenants. Et on travaille en interdisciplinarité, fait que infirmière, nutritionniste, ergothérapeute, médecin, etc.*

39:12 ( 0:15:19.49 [0:00:11.47] )

El perfil del usuario de los servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés se caracteriza por representar una gran diversidad étnica. Los servicios sociosanitarios montrealeses atienden a personas procedentes de diferentes partes del mundo. De este modo, entre los usuarios de los servicios de ISP encontramos personas procedentes de América Latina, África, Asia (China, Tailandia, Vietnam, Pakistán, Bangladés, etc. Marie-Ève comenta que su centro atiende a gran cantidad de inmigrantes, a menudo recién llegados, de unas 80 lenguas diferentes. Añade que frecuentemente se trata de personas con un estatus migratorio precario, con condiciones socioeconómicas muy frágiles y con un nivel elevado de angustia, dado que se suelen encontrar a la espera de una resolución de su estatus oficial de inmigración:

*Ici (...) [dans le CLSC] on a 80 langues parlées. Alors, il y a une multi... multidiversité au niveau de... de les ethnies, des gens qui proviennent de partout a travers le monde : L'Amérique Latine, l'Afrique, de l'Asie, du Sud Asiatique, eh... Et souvent on rencontré des gens qui sont nouvellement arrivés, les gens qui sont dans (...) [le CLSC] sont des gens qui sont nouvellement arrivés, souvent avec un statut migratoire précaire, des conditions socioéconomiques très fragiles, et puis une détresse parce qu'ils sont en attente d'un statut officiel d'immigration.*

39:1 ( 0:00:44.05 [0:02:42.49] )

Igualmente, Mélodie comenta que algunos usuarios de los servicios de ISP llevan tiempo afincados en Quebec, pero no hablan francés ni inglés. Esto le resulta sorprendente, dado que el gobierno de Quebec ofrece cursos de francés gratuitos. La entrevistada insiste en que, a menudo, se trata de personas que, ya sea por una falta de socialización en la comunidad montrealesa o a causa de su avanzada edad, sus capacidades mentales o su falta de interés, no han aprendido los idiomas del lugar.

Melissa comenta que en ocasiones se atienden a personas autóctonas del Norte de Quebec, que hablan lenguas indígenas. Sea cual sea su perfil, los usuarios de los servicios de ISP son generalmente incapaces de comunicarse en francés ni en inglés, dado que tienen un nivel de dominio nulo o escaso de dichas lenguas:

*Often we have a lot of children from eh... the North of Quebec, who may speak a language other than English or French, who are often in our Emergency Department for a day or more waiting for different services.*

49:2 ( 0:02:03.87 [0:00:53.94] )

Aunque los servicios de ISP atienden a usuarios de edades diversas, los servicios del SCIS del MCH atienden únicamente a pacientes de entre 0 y 18 años, acompañados por sus padres o tutores legales, dado que se trata de un hospital pediátrico. Sharon explica que la mayoría de los padres hablan un poco de inglés o francés, aunque se les presta igualmente los servicios para poder afrontar los posibles momentos de incompreensión.

Stéphanie recuerda la diferencia entre los intérpretes de conferencias y los profesionales de la ISP en el ámbito sanitario, destacando sus diferentes itinerarios formativos. Destaca que en el ámbito sanitario se recurre a intérpretes que no necesariamente están formados para trabajar en conferencias (aunque los hay quienes se dedican a ambos campos de la interpretación). Igualmente, subraya que la interpretación en el ámbito sanitario requiere conocimientos de especialidad, de los que, según la entrevistada, disponen los profesionales de la ISP con los que ha trabajado:

*Il y a des interprètes qui sont spécialisés pour ça. C'est pas... c'est pas le type d'interprète auquel nous on fait nous appelle. C'est pas le... parce que ça demande justement une spécialisation, une maîtrise de langage que les gens... que les interprètes avec qui nous on est appelés à travailler possèdent nécessairement. Donc, c'est plus... eh... parfois... je me suis trouvée à travailler avec des interprètes qui font de... de... la simultanée, de conférences, qui font déjà de travaux de ce type là, mais c'est pas un pré-requis pour nous, c'est pas ce qu'on recherche comme type d'interprète.*

36:14 ( 0:10:51.68 [0:00:38.95] )

En otro orden de cosas, Marie-Ève señala que en el ámbito sanitario montrealés existen dos tipos de profesionales de la ISP: los intérpretes del BII (quienes, de acuerdo con la entrevistada, cuentan con una formación más uniforme) y los intérpretes propios de los centros de salud (quienes cuentan con una formación diferente a los del BII).

### 4.7.2. Formación en ISP

Megan asegura no tener mucha información acerca de los intérpretes del BII. La entrevistada desconoce la formación que éstos han recibido (si se ha contratado a profesionales formados o a personas que eran capaces de comunicarse en diferentes lenguas) y si conocen las problemáticas que se tratan en el ámbito sociosanitario o el código ético de los servicios de salud y servicios sociales.

Por lo general, los entrevistados consideran importante que los profesionales de la ISP pasen una cierta formación conforme a las exigencias de la profesión. Marie-Ève comenta que, para ello, alguna institución debería legislar este aspecto de la profesión. La entrevistada insiste en que, para dedicarse a la ISP, no basta con tener un buen dominio de dos lenguas, sino que, además, este profesional debe ser capaz de aguantar las situaciones incómodas que se generan en contexto sociosanitario, especialmente en salud mental. La entrevistada recuerda que la interpretación consiste también en escuchar a la persona en su angustia, sea cual sea la situación en la que se encuentre (ya tenga tendencias suicidas, etc.). Es por ello que subraya la necesidad de una formación específica en ISP. Denuncia que en la actualidad, la formación en este ámbito no es uniforme. Sin embargo, razona que es de esperar que si hubiera una uniformidad al respecto, cada persona reaccionaría de una manera diferente ante situaciones extremas propias de la profesión:

*Je pense que c'est important qu'il y ait une instance qui... eh... qui légifère la formation que le... les interprètes doivent avoir. C'est pas parce qu'on parle la même langue que tout d'un coup on peut devenir interprète. Ok, je pense que c'est important qu'il y ait un certain cadre pour que les gens aient une formation un petit peu conforme là, aux exigences eh... puis aussi de voir si la personne a l'attitude à faire des traductions. Nous, on travaille avec des gens qui ont envie de mourir, eh... qui sont suicidaires, qui sont déprimés, qui ont parfois beaucoup de colère... Si j'ai quelqu'un qui n'est pas à l'aise avec la détresse de l'être humain, je suis pas en mesure avec cette personne là. (...) C'est difficile. On n'a pas un... un... une qualité standard. On n'a pas une qualité uniforme. C'est très... ça fluctue beaucoup. (...) être intervenant puis savoir être avec une personne en détresse c'est une chose, mais quand t'as pas eu l'enseignement comme interprète, parce que l'interprétariat c'est pas seulement des mots, c'est d'écouter la personne dans sa détresse (...) Fait que les formations sont pas uniformes. Ça donne, eh... c'est sûr y a toujours de variété même s'il y avait une formation uniforme, les gens sont différents, fait qu'ils vont donner un rendement différent. Mais il y a trop des fluctuations.*

Stéphanie recuerda que los profesionales de la ISP pasan una formación facilitada por el BII en la que se abordan temas de elevada transcendencia para la profesión, como la confidencialidad, la necesidad de no hacer juicios de valor o de no inmiscuirse en la conversación, etc. La entrevistada se muestra partidaria de mantener dicha formación, aunque insiste en la existencia de una dimensión personal en el profesional de la ISP que hace que interiorice mejor el rol propio de su profesión que aquellos que no la tienen, asegurando que algunos de ellos parecen tener una predisposición innata hacia ciertos comportamientos que son propios de su profesión. Igualmente, la entrevistada recalca la importancia de la existencia de una estructura clara de los servicios de ISP. Afirma que no le gustaría trabajar con profesionales de la ISP que no dependieran de un organismo estructurado, pues considera esencial poder dirigirse a una persona con responsabilidad dentro de la institución ante cualquier problema, con tal de reconducir la situación.

Por otra parte, Megan comenta que los profesionales de la ISP con quienes trabaja parecen tener suficiente vocabulario de especialidad como para entender y traspasar el mensaje sociosanitario, aunque menciona que su dominio de dicha terminología podría ser mayor. Aun así, destaca que le resulta difícil pensar en carencias de los profesionales de la ISP. No obstante, Melissa, que afirma tener formación en cómo trabajar con un intérprete, asevera que los profesionales de la ISP a los que recurre en el MCH no utilizan las técnicas ni siguen las normas propias de la ISP. La entrevistada se siente con los profesionales de la ISP con los que trabaja como si estuviera recurriendo a la mediación de un miembro de la familia del usuario. Según comenta, parece que dichos profesionales sigan unas directrices, con lo que desconoce si se está haciendo un buen trabajo.

Por lo general, los profesionales de la salud consideran que los profesionales de ISP tienen una buena formación que les permite realizar sus funciones de manera adecuada. Aun así, algunos entrevistados plantean una serie de aspectos que convendría que trabajaran más en sesiones de formación continua. Dichos aspectos engloban las siguientes temáticas:

- Organización del sistema sociosanitario quebequense.
- Posicionamiento físico en una consulta

Marie-Ève considera que este sería un tema a tratar con los profesionales de la salud, pues admite que en ocasiones el profesional de la salud y los servicios sociales tienen el sentimiento de estar en una co-intervención. A menudo tienen la sensación de que la intervención del intérprete va más allá de la mediación lingüística y cultural, extendiéndose de modo que el profesional de la ISP llega a compartir parte del rol del prestatario de servicios públicos.

- Terminología médica

Geneviève comenta que a veces algunos intérpretes carecen de conocimientos de términos médicos, aunque los incorporan a su vocabulario a medida que los van adquiriendo. Sin embargo, Stéphanie apunta que la terminología no debería suponer un gran problema para el intérprete, pues en caso de utilizar terminología muy específica, ésta va acompañada de las aclaraciones pertinentes para su comprensión. Narra que cuando salen términos especializados que el profesional de la ISP no comprende, éste verifica con el profesional de la salud el sentido del término, para adaptarlo al registro del paciente. Además, revela que los profesionales de la salud intentan no utilizar vocabulario muy específico y, si lo hacen, presentan una definición del término:

*Si c'est des termes plus spécialisés et que... ils ne sont pas certains du sens, c'est parce que... ils doivent le communiquer à la personne, pour être sure que la personne va comprendre le sens, ils vont vérifier quel est le sens du terme pour finalement le vulgariser, le bout est de faire en sorte que la clientèle comprenne de quoi on est en train de parler, donc déjà au départ nous dans notre travail on essaye de... de... pas utiliser des termes ultra-spécialisés ou si c'est le cas... eh... l'explication va venir avec eh... en principe l'interprète devrait pas être perdue dans ce terme là parce que sit l'interprète demande à clarifier ou on lui fournit déjà l'information que va avec, on appelle ça comme ça et... on parle de ça.*

36:7 ( 0:04:06.00 [0:00:52.80] )

- Ética

Mélodie opina que los profesionales de la ISP necesitarían más formación en cuanto a la ética del trabajo con el profesional de los servicios sociales: confidencialidad, ceñirse a interpretar, realizar los comentarios a posteriori, no ocupar el lugar del profesional de la salud, etc.

- Nociones básicas de las enfermedades más habituales.

### 4.7.3. Funciones del profesional de la ISP

De acuerdo con los entrevistados, el trabajo del intérprete consiste en realizar una interpretación lingüística y cultural de la información compartida en la consulta. Stéphanie lo describe de la siguiente manera:

*Le rôle des interprètes est de transmettre le... l'information, les questions... dans les deux directions, mais quand on dit interprète c'est aussi de... d'expliquer*

*parfois pour mettre dans le contexte le sens de la réponse de... ou comment peut être comprise la question par le client ou la réponse du client... Alors, c'est ça!*

36:2 0:01:02.07 [0:00:25.85] )

A continuación, expongo cuales son las funciones que los profesionales de la salud atribuyen a los profesionales de la ISP:

- Interpretación

Sharon asegura que el trabajo del intérprete es traducir el mensaje del profesional de la salud a la familia. De acuerdo con Isabela, el intérprete comunica todo lo que la entrevistada dice a los padres del niño, ya sea en la propia consulta o en los diferentes procesos por los que el usuario tiene que pasar dentro del centro sanitario (solicitud de citas, etc.).

- Mediación en caso de posible malentendido cultural

Marie-Ève explica que el personal sociosanitario recurre a los intérpretes de diferentes maneras. La primera forma que menciona es la de utilizar al intérprete para traducir el mensaje oral (explicada anteriormente). Tras ello, cita la posibilidad de recurrir a dicho profesional como mediador intercultural, de manera que proporcione información cultural relevante en la conversación. Finalmente, asegura que su centro sanitario cuenta con un psiquiatra infantil especializado en mediación cultural. La entrevistada insiste en que utilizan todos los recursos citados con tal de entender al individuo y clarificar la situación, dado que esto puede influir en el diagnóstico en las disciplinas relacionadas con la salud mental:

*L'interprète on peut l'utiliser de différentes façons. Eh... certainement, la première fonction plus apparente c'est traduire, traduire le contenu de l'individu, ce que la personne nous rapporte. On peut aussi les utiliser comme traduc... traduc... eh... interprètes culturels, de nous donner de l'information sur la culture. Si ils sont de la même culture, de la même appartenance au niveau de la classe social, ils peuvent nous donner un peu un aperçu de certains enjeux culturels, mais on a aussi un psychiatre, pédopsychiatre reconnu internationalement qui fait de l'interprétation culturelle. Fait qu'on a d'autre cliniques qu'on va utiliser pour essayer d'avoir une lumière culturelle pour l'individu. Fait qu'on a utilisé multiples outils pour clarifier, parce qu'il y a des problématiques en santé mentale que sont pas nécessairement problématiques médicales ni culturelles, puis si on n'a pas l'information culturelle on va essayer d'intervenir au plan médical, alors que ça devrait être en relation de systemes, de familles, de classes, etc.*

39:2 ( 0:03:34.58 [0:01:50.27] )

De igual manera, Megan subraya que el MCH trabaja para promover la conciencia cultural a través del SCIS, lo que, de acuerdo con la entrevistada, fomenta el respeto a la realidad multicultural de Montreal.

Así, la mayoría de los entrevistados aseguran recibir a menudo explicaciones acerca de la cultura del usuario que precisa de los servicios de un intérprete. Dichas aclaraciones tratan diferentes temas de la cultura del usuario, como puede ser la manera de interactuar con las mujeres, aspectos relacionados con la alimentación, la descripción de prácticas propias de la medicina tradicional propia de una cultura, etc. Como es de esperar, estas aclaraciones culturales a menudo justifican actuaciones o reacciones del usuario en la consulta. No obstante, algunos entrevistados afirman que únicamente las reciben bajo petición expresa. En este sentido, Anne-Marie menciona su iniciativa en documentarse a título personal acerca de las culturas de los usuarios a los que presta servicios. Geneviève comenta que es por su función de mediación intercultural que se conoce a los profesionales de la ISP como intérpretes culturales. La entrevistada considera que esta función de los profesionales de la ISP es esencial para poder llegar a entender al usuario y adaptar los cuidados a sus necesidades reales. Los entrevistados insisten en que las aclaraciones culturales del intérprete pueden tener efectos muy positivos en la consulta, aunque a veces también la pueden dificultar. Dan comenta que en ocasiones se trata de generalizaciones que van en detrimento de la consulta (aunque estén intentando ayudar), dado que el entrevistado analiza muy de cerca las experiencias personales del individuo en su trabajo y asegura que las generalizaciones no siempre son representativas del estilo de vida del individuo:

*Eh... sometimes, yes... sometimes they do... eh... and that's... sometimes... you know, question eh... the appropriateness of that and where that is coming from, you know... because sometimes it's good and sometimes it's not clear... you know, because obviously everybody has had a different experience, so to say... you know... that's the... you know... Iraqi culture! Like that's a big, you know, it's kind of a very... real generalization and obviously... the way we work, we... we try to avoid focusing on generalizations and we try to focus on the actual experience of the client, so sometimes they feel they... they are trying to help, you know they say "no!", you know because they are, you know... they, they, they are trying to help, but sometimes, eh... it... it... sometimes it's not helpful.*

44:9 ( 0:10:23.16 [0:00:56.69] )

- Acompañamiento

Megan comenta que los profesionales de la ISP que trabajan en el MCH suelen acompañar a sus usuarios a realizar pruebas médicas (extracciones de sangre, etc.).

Igualmente, Melissa comenta que los profesionales de dicho centro atienden, durante un corto periodo de tiempo (que oscila entre uno o varios días), a usuarios menores autóctonos, procedentes del Norte de Quebec que hablan una lengua diferente al inglés y el francés. Estos menores se encuentran provisionalmente separados de sus padres, para poder recibir cuidados de salud. En estos casos, el intérprete se convierte también en el acompañante del menor a la espera de la llegada de sus padres.

*Often we have a lot of children from eh... the North of Quebec, who may speak a language other than English or French, (...) so often they... they... they are really as a cultural bow between eh... because often the children are separated from their parents, eh... so, I think they have that added benefit, as well... as being a surged family member when they are separated from their family, waiting for the families to fly down.*

49:2 ( 0:02:03.87 [0:00:53.94] )

- Traducción de material

Los profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés realizan, bajo solicitud expresa, traducciones para los profesionales o centros que lo precisan. Sharon asegura que los profesionales de la ISP a su disposición le han traducido documentación escrita, concretamente, en español, árabe y chino:

*If it would, it would... it had gone through the request of the Multicultural and they would have asked them to do it. (...) I know that one of the documents that I have, (...) I have them in Spanish, Arabic, and Chinese, I did ask (...) if someone could interpret this into the appropriate language, but I don't know whether or not it was an interpreter, but it has been interpreted.*

47:13 ( 0:09:57.17 [0:00:40.44] )

- Funciones más allá de su perfil

Si bien numerosos entrevistados afirman que los intérpretes no realizan trabajos que no estén relacionados con la comunicación directa con los usuarios, Marie-Ève imagina que si se pidiera algún servicio más se podría llegar a hacer. Dan, por su parte, manifiesta que en caso de necesidad de interpretar tratamientos o prescripciones, los profesionales de la ISP se encargarían de ello, aunque siempre en presencia del usuario.

- Localización y seguimiento de los usuarios

Según Anne-Marie, los profesionales de la ISP a menudo se encargan de contactar con los usuarios para concretar las citas pertinentes. Geneviève añade que estos profesionales realizan también seguimientos telefónicos, etc.

#### 4.7.4. Características de la situación comunicativa

Según los profesionales del ámbito sociosanitario, las modalidades de interpretación a las que recurren los profesionales de la ISP son:

- Interpretación bilateral, recurriendo en ocasiones (aunque no necesariamente) a la toma de notas.

De acuerdo con Mélodie, la modalidad utilizada depende de la manera de trabajar de cada intérprete, que según comenta es muy heterogénea. Asegura que algunos intérpretes intervienen tras cortas intervenciones con prestaciones muy largas, de manera que el profesional de la salud no sabe lo que se está diciendo. Para evitar este tipo de situación, la entrevistada asegura solicitar a los intérpretes con los que trabaja que intervengan tras frases cortas, con intervenciones cortas, con tal de no perder el hilo de la conversación. Stéphanie describe sus actuaciones con profesionales de la ISP de la siguiente manera:

*La meilleur façon de travailler avec un interprète, c'est ce qui nous est demandé, c'est de... de faire des phrases courtes, de... de... de transmettre des concepts courts, fractionnés... Alors, avec le temps on devient vraiment habitués à travailler de cette façon, on est obligés de structurer nôtres pensées ou nôtres démarches pour que ça soit facile pour l'interprète. Parce que sinon, les erreurs sont beaucoup plus grands si on donne des réponses très longues ou si on pose des questions très longues ou si on... on... on... on demande de traduire et de communiquer une quantité d'information trop importante à la fois. Oui, il y a des interprètes qui prennent des notes, parfois non. Eh... Ils contrevérifient parfois une information qu'ils ont à transmettre, s'ils ont l'impression de ne pas avoir saisi ou avoir échappé un élément, ils vont venir le vérifier avant de communiquer.*

36:3 ( 0:01:45.43 [0:01:17.99] )

- Chuchotage
- Traducción a la vista

Ioanna afirma haber intervenido con intérpretes que han recurrido a varias modalidades de interpretación. Manifiesta su preferencia hacia la interpretación bilateral, de manera que el intérprete intervenga tras frases cortas o ideas. Sin embargo, señala que algunos usuarios necesitan desarrollar la totalidad de su pensamiento y que la prestación del intérprete venga después, con lo que estas intervenciones pasan a ser más largas, adentrándose en la modalidad consecutiva. Comenta que la interpretación simultánea genera confusión y añade que en ocasiones se realizan traducciones a la vista.

El profesional de la ISP se encarga de la gestión del turno de palabra de la visita médica triangular. De acuerdo con los entrevistados, éste solicita pausas para la intervención cuando las intervenciones de las partes resultan demasiado largas. Así, de acuerdo con

Dan, algunos profesionales de la ISP suelen cortar las intervenciones de los interlocutores primarios tras unos minutos, para proceder con la restitución del fragmento en cuestión.

Sharon asegura que se trabaja de una o de otra manera en función del intérprete, aunque insiste en que la cultura del usuario también puede influir. Aun así, la totalidad de los profesionales de la salud que se han pronunciado a este respecto (5 de los 13 entrevistados) afirman que la comunicación suele ser directa. De hecho, Marie-Ève asegura dirigir la mirada en todo momento a los ojos del usuario con tal de extraer el máximo de información de su lenguaje no verbal. Sharon, por su parte, asegura que la mayoría de los padres de sus pacientes hablan un poco de inglés o francés, con lo que se suele comunicar directamente con ellos, quedándose el intérprete presente para intervenir en momentos de falta de comprensión.

*Most people who come to us do speak a little bit of English or French. And so... sometimes we try to struggle through that and we make it. And the interpreters are there sort to pick up the pieces if there is something that is misunderstood, but I think it's a positive thing.*

47:22 ( 0:15:49.67 [0:00:44.12] )

La gran mayoría de los profesionales de la salud (9 de los 13 entrevistados) aseguran que los profesionales de la ISP intervienen normalmente en tercera persona en sus restituciones de los mensajes compartidos en las consultas sociosanitarias. Marie-Ève cree que los intérpretes utilizan la primera persona, aunque afirma no haber prestado atención a este aspecto en sus intervenciones con intérprete.

Geneviève asegura solicitar a los profesionales de la ISP con quienes trabaja que intervengan en tercera persona para señalar que el intérprete es una tercera persona agregada a la conversación entre los interlocutores primarios, que nada tiene que ver con la emisión de los mensajes. Sin embargo revela que algunos intérpretes se inmiscuyen en la conversación proporcionando información sin la solicitud expresa por parte del usuario, actuando como un interlocutor más de la conversación. Esto, según constata, incomoda a los profesionales de la salud. Veamos sus propias palabras:

*Moi, je les fais intervenir en troisième, parce que... il y a le patient, il y a moi et c'est l'inter... l'interaction se passe entre patient et intervenant et cette personne là n'est pas là pour rapporter son jugement, mais plus pour traduire, donc moi je la vois plus comme une troisième, un troisième pilier là. (...) Oh, ben, des fois, je... les patients vont nous... les interprètes vont nous... comme nous parler a nous et ne pas regarder l'interprète, tu sais, genre le... le patient a dit ça et vont pas se mettre dans la peau du patient, ça je trouve ça un peu agaçant. (...) C'est comme si ils portaient... des fois il y en a qui... c'est comme si c'était un membre de la famille... c'est qu'ils disent « ah, ma mère à besoin de... de ça, ça, ça... », mais sans qu'on le demande et sans que le patient ait demandé, ils vont comme*

*rajouter des choses... c'est peut-être parce qu'ils connaissent de eh... d'un autre... d'un autre service ou d'une autre intervenant. Donc, il y en a quelques uns qui sont pas très, eh... qui respectent pas comme la troisième... la troisième étape, le troisième niveau là.*

40:5 ( 0:03:22.27 [0:01:23.00] )

Melissa, por su parte, explica que si bien su experiencia en otros centros le ha enseñado que los intérpretes deberían usar la primera persona, en el MCH suelen utilizar la tercera persona. En esta línea, Ioanna revela preferir el uso de la primera persona, dado que con su experiencia ha observado un mayor filtro de la información cuando usan la tercera persona. La entrevistada asegura que dicho filtro informativo puede tener consecuencias negativas en el trabajo del profesional, dado que, en su caso, necesita tener acceso al estado emocional del usuario. Asegura que la mayoría de profesionales de la ISP con quienes trabaja recurre a la primera persona de manera natural, mientras que a una intérprete en concreto se lo tuvo que solicitar, ya que en un inicio empezó a intervenir en tercera persona:

*I prefer... again, I prefer if they speak in the first person. Eh... my experience is that when they speak in the third person, they are interpreting more eh... they are filtering more information and that for me is not helpful in my line of work, because I need to have access to the emotional state and the words that the person is using, so I request that they use it in the third person. The majority use it in the first person but there is been one woman interpreter that I had to ask to use it in the first person because she was using it in the third.*

45:4 ( 0:03:58.75 [0:00:39.01] )

#### 4.7.5. La ética en ISP

De acuerdo con los profesionales de la salud entrevistados, los principios éticos básicos que debe seguir un profesional de la ISP son:

- Respeto de la confidencialidad
- Transparencia
- Desapego emocional de la situación
- Respeto de los límites profesionales
- No intromisión

Aunque los entrevistados aseguran que por norma general los profesionales de la ISP desempeñan su trabajo de manera no intrusiva, en situaciones concretas algunos afirman haber vivido conversaciones en las que el intérprete ha tomado

parte en la conversación, llegando a incurrir en la abogacía, defendiendo sobremanera los intereses de un usuario.

En esta línea, Stéphanie comenta que algunos profesionales de la ISP aportan juicios de valor a la conversación en contexto sociosanitario. De acuerdo con la entrevistada, en dichas situaciones los profesionales de la salud intentan hablar con el profesional de la ISP en ausencia del usuario o, en el peor de los casos, lo denuncian al empleador para que lo hablen con él, con tal de evitar que se vuelva a dar dicha situación:

*C'est variable, c'est souvent de très bonne qualité. Parfois il faut recadrer ou il faut réclarifier nos attentes, nos besoins par rapport à comment la personne travaille. Ça arrive parfois, je pourrais dire souvent avec des nouveaux interprètes qui ne sont pas familiers avec vraiment le rôle... le mandat qui leur est demandé. Alors il y en a parfois qui prennent des initiatives ou d'autres fois, quelques interprètes qui peuvent même porter des jugements. Eh... si c'est le cas, si on s'en aperçoit, parce que... il faut... vraiment... être capable de... d'intercepter cette information là, eh... on peut chercher à réagir directement auprès de la personne sans la présence du client eh... ou on demande directement auprès de leur employeur pour dénoncer une situation qui était pas approprié pour que ça se soit rediscuté avec les interprètes pour prévenir que ça se reproduise.*

36:10 ( 0:06:21.34 [0:00:58.33] )

Aun así, la entrevistada insiste en que normalmente se trabaja con intérpretes profesionales, que respetan sus límites y no se inmiscuyen en la conversación. Asegura que, habitualmente, si tienen algún tipo de comentario a hacer, lo hacen una vez el usuario ha abandonado la sala. De este modo, la entrevistada asegura que los profesionales de la ISP suelen respetar la confidencialidad y se suelen guardar sus impresiones para ellos:

*Habituellement on fait affaire avec des interprètes qui sont très professionnels, qui savent rester dans leur rôle et ne pas s'immiscer dans les situations. Eh... s'ils ont quelque chose à exprimer, qui les a rejoint, qui les a touché, ils vont peut-être, parfois, quand ça fait plusieurs fois qu'on a travaillé ensemble, qu'on se connaît, ils vont l'exprimer, mais une fois que la personne a quitté. Alors, juste pour que... juste pour exprimer ce qu'ils viennent de... être vécu... que ça l'a touché, que ça l'a concerné... Eh... mais, les bons interprètes sont... respectent énormément la confidentialité et cherchent à ne pas... eh... s'avancer ou s'immiscer dans le dialogue, dans l'échange qui est en cours, alors va garder pour soi ce que ça a pu venir chercher comme... comme émotion ou comme eh... réflexion.*

36:13 ( 0:09:31.04 [0:01:04.56] )

Geneviève asegura no haber visto a ningún profesional de la ISP erigirse en defensor de un usuario, aunque asegura que estos suelen aportar explicaciones culturales, las cuales únicamente sirven para justificar su comportamiento. En cambio, Mélodie asegura haber visto dos facetas del profesional de la ISP que toma partido en la conversación: el intérprete defensor y el intérprete confrontador. La entrevistada denomina defensor a aquel profesional de la ISP que en ocasiones asegura no poder tratar un tema determinado. Con el término confrontador, se refiere al que hace frente al usuario ante actitudes cerradas al diálogo, con la intención de que se respete la intención de actuación del profesional de la salud.

Marie-Ève afirma haber percibido en alguna ocasión alianzas entre los intérpretes y los usuarios, en tanto en cuanto los intérpretes han aconsejado a los usuarios cómo responder a las preguntas del profesional. Igualmente, Megan insiste en que en algunos casos los profesionales de la ISP han llegado a resaltar aspectos que consideran de importancia para el usuario o incluso a solicitar servicios fuera de horario, etc.

#### **4.7.6. Características de los servicios de ISP**

##### **4.7.6.1. Necesidades que fundamentan los servicios de ISP en el ámbito sanitario montrealés**

De acuerdo con los profesionales de la salud entrevistados, sin los servicios de un intérprete sería imposible atender a un gran sector poblacional, sobre todo a los recién llegados. Melissa asegura que la ISP es esencial para un gran centro pediátrico (como en el que ella trabaja) que atiende a una población multicultural como la montrealés, dentro de un país con una población tan diversa como la canadiense.

Seún Megan, la ISP resulta esencial para que los usuarios puedan comunicarse con los profesionales de la salud, entender el mensaje médico y defenderse dentro del sistema sanitario. La entrevistada explica que el día de la entrevista tenía una cita que fue cancelada a la que el paciente acudió de todos modos, dado que no entendió el mensaje que se le hizo llegar para cancelar la cita. Narra que intentó realizar la consulta sin intérprete, con la ayuda de Google Translate. Según cuenta, se invirtieron unas tres horas en hacer comprender al usuario el mensaje, lo que la entrevistada califica de horrible. Con este ejemplo, la entrevistada pretende poner de manifiesto la necesidad de contar con servicios de ISP.

Melissa, por su parte, alude al hecho de que en el departamento de urgencias, algunos usuarios han llegado a abandonar el centro antes de haber visto a un médico y otros se han visto obligados a repetir consultas a raíz del problema generado por la incomprensión. La entrevistada asegura que el centro pediátrico en el que trabaja

dispone de uno de los dos servicios de urgencias más grandes del país. Insiste en que Montreal es una ciudad multicultural por definición. De este modo, asegura que para atender a la totalidad de su población, se deben prestar servicios en inglés, francés y en tantas lenguas como sean necesarias.

Por lo general, los entrevistados se muestran a favor de la inserción de un equipo de intérpretes a las plantillas de los centros de salud, disponibles las 24 horas del día. No obstante, para muchos esto es más bien una utopía, dados los recursos económicos que se necesitarían. Mylène, por ejemplo, consideraría dicho cambio ideal, aunque duda que sea factible. En la misma línea, Sharon afirma desconocer las cifras relativas a la demanda, con lo que no sabe si dicho cambio se podría justificar. Anne-Marie, por su parte, reconoce que esto es un deseo de todo su equipo. Sin embargo, Stéphanie opina que dicho recurso acabaría siendo excesivamente caro. Dan defiende dicho cambio en función del tipo de centro, argumentando que no sería necesario en los CLSC, pero sí en los hospitales, donde se comparte información muy importante, cuya comprensión es crucial para el usuario y el sistema médico (como los consentimientos informados). Aún así, Megan alude a los recortes a los que se va a someter su hospital para poner en duda la posibilidad de ampliar, hasta tal punto, los servicios disponibles. La entrevistada propone la solución de la interpretación telefónica, al menos para las necesidades urgentes o fuera de horario, aunque insiste en que esto sería un servicio complementario al de la interpretación presencial:

*Another solution would be the language line for Urgency and Emergency cases, it doesn't replace the face to face communication, that is so essential, but at least for in the case of the Emergency room, on a ward, when it's late at night and there is no one around, eh... that is, I think, another option. I'm not sure how feasible it would be to have an actual team with so many languages that show up at the hospital.*

48:27 ( 0:18:55.94 [0:00:35.85] )

Igualmente, Geneviève cree que, contar con unos servicios de ISP propios las 24 horas, sería excesivo, aunque considera esencial tener una persona durante las horas de atención al público. El centro en el que trabajan Marie-Ève y Geneviève cuenta con un intérprete disponible en el horario de atención al público quien, aunque no cubre todas las necesidades que se pueden llegar a tener, sirve de gran ayuda. Marie-Ève explica que su centro llama igualmente al BII para solicitar servicios de interpretación, aunque cuenta con un intérprete propio de urdu, hindi y punjabi, que son las lenguas de la inmigración predominantes en la zona. Geneviève afirma que, si bien la dirección del centro no está presente en el momento de la necesidad, el hecho de que lleguen a contratar a un profesional de la ISP pone de manifiesto la necesidad evidente de estos servicios.

De acuerdo con Megan, los servicios de urgencias y los de hospitalización presentan una gran necesidad de servicios de ISP. En los servicios de hospitalización se atiende diariamente a usuarios alófonos y no se cuenta con los servicios de un intérprete cada vez que se entra en la habitación de un paciente, con lo que normalmente se acuerda una cita para acudir con un intérprete. No obstante, destaca que esto ralentiza toda la interacción, lo que supone un reto a los servicios de hospitalización dada la elevada carga de trabajo. En lo que concierne a los servicios de urgencias, de acuerdo con la entrevistada, se experimentan más dificultades, dado que la imprevisibilidad de estos servicios hace que la disponibilidad de los servicios de ISP sea menor, pues se necesita actuar con rapidez. La entrevistada comenta que, en otro hospital donde ha trabajado, se recurre a la interpretación telefónica, aunque duda que este tipo de servicios se utilicen en el MCH.

#### **4.7.6.2. Disponibilidad de los servicios de ISP**

Melissa comenta la falta de disponibilidad de los servicios de ISP proporcionados durante la noche. La entrevistada considera que en los servicios de urgencias la disponibilidad de estos servicios resulta insuficiente. Asegura ser consciente de la dificultad de prestar un servicio las 24 horas del día, aunque tiende a subrayar que hay personas que acaban de llegar al país y desconocen el funcionamiento del sistema sanitario, con lo que recurren a los servicios de urgencias para realizar consultas regulares. Su opinión personal es que se necesitaría una mayor cobertura por la noche, porque el servicio de urgencias está activo 24 horas al día, 7 días a la semana y, por ende, la necesidad puede surgir en cualquier momento del día o de la noche. Destaca que hay un intérprete siempre accesible para la lengua china, aunque en otras lenguas el servicio es muy limitado a partir de cierta hora.

#### **4.7.6.3. Evolución de los servicios de ISP**

La mayoría de profesionales de la salud (8 de los 13 entrevistados) opina que la demanda de prestación de servicios de ISP ha aumentado, frente a únicamente 2 entrevistados que opinan lo contrario y 3 que no se pronuncian al respecto (aunque uno de ellos asegura que la demanda es elevada y otro se muestra más partidario del sí).

Megan asegura que le resulta difícil decir si la demanda de ISP se ha incrementado, pues trabaja en servicios que suelen atender a usuarios que necesitan de dichos servicios, por norma general. Opina que probablemente ésta sea mayor, puesto que la inmigración ha incrementado. En esta línea, Stéphanie añade que la demanda de servicios de ISP no ha aumentado, sino que ha variado según la llegada de nuevos inmigrantes. Natacha, en cambio aprecia que la demanda ha aumentado, porque los servicios son mucho más accesibles. En este sentido, Mylène relaciona este aumento con el mayor conocimiento de los servicios de ISP, mientras que Ioanna lo asocia con el cambio demográfico que ha experimentado su área de trabajo.

Si bien 7 de los 13 entrevistados aseguran no haber percibido ningún cambio en el tiempo que llevan trabajando en los servicios sociosanitarios montrealenses, algunos entrevistados destacan una serie de aspectos que permiten esbozar cuál ha sido la progresión de los servicios de ISP de este ámbito.

Stéphanie asegura que los servicios de ISP a los que tiene acceso se han ido enriqueciendo. Según la entrevistada, hay más lenguas disponibles. Asegura que, con el tiempo, el perfil del profesional de la ISP ha ido evolucionando. En la actualidad, todos los profesionales de la ISP conocen el sistema sociosanitario montrealés y cuentan con un elevado nivel en sus idiomas de trabajo, así como de los conocimientos culturales necesarios para favorecer la comunicación exitosa entre el personal sociosanitario y los usuarios.

Geneviève asegura que las condiciones de los intérpretes del BII no han variado desde que empezó a trabajar en el ámbito sociosanitario montrealés. Sin embargo, revela que su centro cuenta con un profesional de la ISP cuyas condiciones sí que se han modificado. Comenta que, inicialmente, dicho profesional tenía otras funciones atribuidas (secretaria, recepcionista...) y, tras un estudio de evaluación de las necesidades, se le redujeron las funciones a las propias de la ISP, con la salvedad de que también es la persona encargada de contactar con el BII para solicitar servicios de ISP en nombre del centro. Asegura que dicho cambio fue motivado por la necesidad observada de contar con un intérprete en el centro a tiempo completo para las lenguas más recurrentes en la zona. La entrevistada relata:

*Ici, oui... parce que la personne qui fait l'interprétariat était... elle avait des autres tâches... eh... connexes, disons, et avec l'évaluation des besoins, ben là ils l'ont seulement mis pour l'interprétariat puis c'est elle aussi qui fait la gestion avec la banque d'interprétariat. Donc, je pense que c'était un besoin vraiment réel ici, d'avoir quelqu'un à temps plein qui fait ça, donc avec le temps c'est... ça s'est... ça s'est varié... eh... les gens qui viennent de la banque d'interprètes, eh... je ne crois pas.*

40:14 ( 0:08:45.86 [0:00:55.97] )

Marie-Ève añade a este respecto que esto ha conllevado una mayor rapidez en el acceso a un profesional de la ISP, lo que beneficia, sobre todo, a las clínicas de consulta sin cita previa.

En cuanto a los servicios de ISP del SCIS, Mylène comenta que ahora le parecen más accesibles que en sus inicios. La entrevistada menciona que antes se llamaba a intérpretes externos, mientras que ahora se encuentran en el centro, con lo que resulta más fácil contactar con ellos. No obstante, Sharon afirma que no siempre se encuentran disponibles, lo que puede deberse, según ella, a que la demanda de sus servicios es muy elevada. Igualmente, relaciona este hecho con las características del sistema establecido en el MCH. Por otra parte, la entrevistada asegura que se está viviendo una crisis que

llevará a grandes cambios. Afirma que el servicio de ISP es uno de los que corren peligro de experimentar cambios e incluso llegar a desaparecer:

*It's not a secret that... I mean... we are going through a major crisis right now and there are gonna be huge changes and... so, whether or not, you know, this is one of the... one of the services that we are gonna be able to continue eh... having or whether or not, this could be... its dynamic would change and, you know, things will be down sized or just don't exist anymore!*

47:18 ( 0:13:48.21 [0:00:20.64] )

En esta línea, Megan se muestra preocupada por los rumores existentes en el MCH acerca de las reducciones que eventualmente va a sufrir este servicio y asegura no saber cómo atenderá a ciertos usuarios en ausencia de servicios de ISP. La entrevistada asegura desconocer si dicha reducción se debe a que los servicios de ISP no están vistos como una gran prioridad o por necesidad del MCH de reducir los gastos, aunque confía en que la Dirección del MCH entienda la importancia de la ISP para los profesionales de la salud y actúe en consecuencia.

### **4.7.7.El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario montrealés**

#### **4.7.7.1. Acceso a los servicios de ISP**

La mayoría de los entrevistados opina que el acceso a los servicios de un intérprete resulta, por lo general, satisfactorio. Sin embargo, mientras que algunos aseguran no tener ningún comentario negativo al respecto, otros insisten en la dificultad de acceso a servicios de ISP del servicio de urgencias. Anne-Marie y Mélodie aseguran que las citas con intérprete se deben planificar con tiempo (unas dos semanas de antelación), a menos que se trate de una urgencia, con tal de evitar problemas de acceso a dichos profesionales.

Natacha insiste en que los profesionales de la ISP del BII prestan un buen servicio, aunque considera que sería positivo que se contara con un número mayor de intérpretes, pues, según asegura, tienen mucho trabajo. La entrevistada relata que a menudo estos profesionales tienen una cita de 15 o 20 minutos con ella, tras lo que se ven obligados a correr para llegar a su siguiente servicio. Insiste en puntualizar que desconoce si esto está relacionado con el presupuesto del que dispone el BII. En esta línea, Mélodie comenta que resultaría más fácil el acceso a este tipo de servicios si se recurriera a los servicios comunitarios, pero muchos usuarios se niegan en pro de su propia confidencialidad.

Anne-Marie considera que tiene dificultades para encontrar un intérprete, dado que en su opinión, estos servicios no se encuentran suficientemente desarrollados. Igualmente, asegura que se están viviendo muchos cambios en relación a la ISP. La entrevistada se

posiciona del lado de Mélodie, considerando conveniente que los servicios de ISP dependieran de los organismos comunitarios y estuvieran subvencionados por el gobierno, en lugar de trabajar en el marco de un solo banco de intérpretes. Opina que un banco de intérpretes para toda la isla de Montreal se queda pequeño y considera que el servicio debería tener una mayor diversidad. De hecho, revela que rechazaría tratar a una persona de habla hispana si se viera en dicha situación, dado que, según dice, no tiene acceso a los servicios de un intérprete de español.

Mylène asegura que su equipo de trabajo no se ve restringido por condiciones a la hora de solicitar los servicios de ISP, a diferencia de lo que ocurre en otros equipos y otros centros, a quienes se les tiene que aprobar dicha solicitud de manera previa a contactar al BII. En este sentido, Marie-Ève explica que a causa de las restricciones financieras de Quebec, motivadas por la crisis a la que se ha hecho alusión con anterioridad en este informe de análisis, los profesionales de la salud intentan hacer un uso moderado del recurso a un intérprete. Aun así, la entrevistada asegura no prescindir de los servicios de ISP a causa de dichas restricciones, pues necesita entender la situación del usuario al que atiende:

*C'est sûr que... au Québec on est dans des contraintes financières, alors, eh... on essaye de faire des choix judicieux par rapport à l'utilisation des interprètes, mais... eh... on utilise... on va pas ne pas utiliser un interprète à cause d'une problématique financière. On va vraiment essayer de comprendre la situation du client. Fait que... j'ai des clients... eh... par exemple, j'ai des gens qui sont en attente de statut avec un trouble anxieux dépressif important... eh... et puis qui sont unilingues, de différentes langues, alors moi, en étant travailleuse social en santé mentale, (...) j'ai besoin de comprendre ce qu'il dit, alors on a besoin d'interprète... nécessairement !*

39:1 ( 0:00:44.05 [0:02:42.49] )

Sharon revela que últimamente no siempre tienen disponibilidad de servicios de ISP. La entrevistada cree que esto se debe a que la demanda es muy elevada. Igualmente, lo relaciona con las características del sistema establecido en el Hospital. Melissa opina que, para el servicio de urgencias, los servicios de ISP no resultan suficientemente accesibles. Esta última entrevistada llega a reconocer la existencia de una frustración generalizada en dicho servicio ante la dificultad de acceder a servicios de ISP fuera del horario establecido. Su opinión personal es que se necesitaría una mayor cobertura por la noche, porque el servicio de urgencias está activo 24 horas al día, 7 días a la semana. Apunta que los profesionales de su equipo tienen un intérprete siempre accesible para la lengua china, aunque en otras lenguas el servicio es muy limitado a partir de cierta hora, sobre todo por la noche.

Por lo general son los profesionales de la salud los encargados de solicitar los servicios de ISP. Melissa asegura que notifica la necesidad de ISP en una lengua dada a los coordinadores, quienes se ponen en contacto con los servicios de ISP, desde donde se les comunica si hay o no disponibilidad y para cuando.

Mylène afirma que antes el MCH llamaba a intérpretes externos, mientras que ahora los intérpretes están en el centro y resultan más fáciles de contactar. Sharon constata que los profesionales de la salud de este centro llaman al SCIS para solicitar intérprete.

Megan narra que cuando un paciente no habla inglés ni francés, la oficina de reservas acuerda una cita con el profesional de la salud y el intérprete. Mylène añade que, habitualmente, cuando los padres acuerdan la consulta médica, pueden solicitar los servicios de un intérprete. Igualmente, si se trata de un seguimiento, los profesionales de la salud preguntan si hay necesidad de intérprete. Normalmente, los intérpretes llegan unos minutos antes que los padres, los acogen, hacen el registro pertinente y cuando el médico está listo, se hace entrar al intérprete junto con los padres. La entrevistada asegura que en el MCH se intenta no hacer esperar mucho al intérprete, porque saben que están muy solicitados.

#### **4.7.7.2. Actividades dentro del sistema sanitario en las que se recurre a la ISP**

Los profesionales de la ISP prestan sus servicios en diferentes actividades del sistema sanitario. Los entrevistados destacan:

- **Visitas médicas**

Sharon explica que se recurre a la ISP para conversaciones que tratan problemas específicos, revisiones anuales, en ocasiones para teleconferencias, etc. Natacha añade que se suele utilizar servicios de ISP para evaluaciones y formación. Señala que a menudo los profesionales de la ISP intervienen en las primeras evaluaciones a domicilio (que suponen para muchos un primer contacto en el ámbito sanitario), con lo que también se comparte con los usuarios información acerca de los servicios prestados en el centro. Por otra parte, las conversaciones de esta profesional de la salud con los usuarios en el propio centro, trata temas como las vacunaciones, efectos secundarios, etc.

- **Consultas de trabajo social**

Stéphanie asegura que éstas engloban evaluaciones completas y seguimientos, que se pueden realizar ya sea en el centro sanitario o a domicilio.

#### 4.7.7.3. Características de la visita médica mediada

Sharon afirma que la mayor parte del tiempo conoce a los pacientes, con lo que la conversación se da en un ambiente relajado y cómodo. Dan explica que al empezar a tratar a un paciente se expone cuál es el rol del profesional de la salud o de los servicios sociales, así como los objetivos del usuario al acudir a su consulta. El entrevistado afirma asegurarse de que las familias se encuentren cómodas con el uso de la ISP. Afirma que nunca se ha dado el caso en sus consultas en que una familia se negara al recurso a estos servicios:

*Epecially when we begin with a family or a client there is the need of kind of explain what eh... my role is and to explain eh... what, you know, what their goal is of coming here, just so we have a very... so it's very clear from the outset of, you know, eh... and they are also giving them an opportunity to... eh... to say exactly what... you know... they... they would like to get out of the sessions coming here. Eh... and obviously we make sure that... that... that families are comfortable, you know... because it's obviously... it's usually an option that we give to the family, which they usually are very open to... I never really had a situation where a family was not... you know... open to having an interpreter.*

44:2 ( 0:01:26.65 [0:01:16.79] )

Geneviève expone que las visitas trialógicas pueden tratar cualquier tipo de problema médico. Explica que el intérprete está presente para asistir en la evaluación de problemas médicos corrientes o urgencias. A esto, Marie-Ève agrega que las consultas de trabajo son consultas terapéuticas en la que se necesita crear un contexto propicio a la exploración, que requiere de un cierto nivel de confianza, con lo que la relación del profesional con el usuario dependerá del intérprete. Así, la entrevistada asegura que, si la cosa no funciona, deben cambiar de intérprete. De acuerdo con Ioanna, este tipo de consultas trata temas que abarcan todo tipo de problemas sociales. Estos pueden ser de violencia, altos niveles de angustia, tendencias suicidas, problemas en las relaciones familiares, problemas con los hijos, problemas con deficientes mentales...

#### 4.7.7.4. Reunión previa y/o posterior

La mayoría de profesionales de la salud aseguran reunirse con los profesionales de la ISP de manera recurrente, ya sea antes o después de la consulta. Stéphanie explica que, de manera ocasional, tiene conversaciones breves con los profesionales de la ISP, con tal de familiarizarse con ellos, clarificar el objetivo de la consulta o volver a algo que ha acontecido en la consulta y que debe ser aclarado por el profesional de la ISP:

*C'est bref, c'est quelques minutes, parfois, pour eh... se familiariser l'un à l'autre... eh... reclarifier l'objectif de la rencontre, eh... ou faire un retour par rapport à... à quelque chose qui s'est déroule dans l'entrevue puis que l'interprète*

*souhaite en reparler ou on a besoin de... d'en reparler ensemble, mais c'est à l'occasion, c'est pas toutes les fois.*

36:11 ( 0:07:29.96 [0:00:28.38] )

Natacha explica que, en ocasiones, habla de manera previa con el intérprete cuando el intérprete ha actuado en otras visitas con otros profesionales de la salud con un paciente concreto para comentar las inquietudes que el cliente manifestaba en las otras consultas. Marie-Ève añade que las reuniones previas con los profesionales de la ISP sirven para explicar lo que se pretende hacer con el usuario y comunicarle sus expectativas en referencia a la consulta, de tal manera que los profesionales de la ISP puedan ceñirse a sus indicaciones, siendo lo más invisibles posible. La entrevistada añade que, tras la consulta, busca el punto de vista del intérprete acerca de la conversación o del comportamiento del usuario. Además, insiste en que intenta recurrir, en la medida de lo posible, a los mismos intérpretes que han intervenido en sesiones anteriores para atender a sus pacientes. Todo ello, en pro de una continuidad, de manera que el intérprete puede compartir con la profesional cómo ha visto la progresión del paciente a lo largo de las diferentes visitas, en el trato con diferentes profesionales, etc.

Anne-Marie y Mélodie aseguran aprovechar las reuniones posteriores con los profesionales de la ISP para solicitar la opinión de estos últimos acerca de las reacciones observadas, así como consejos acerca de aspectos culturales. En este sentido, Anne-Marie constata:

*Ça dépend de la situation... on connaît... tu sais... maintenant les familles sont très bien connues, donc si je pense quelque chose, on va se dire, bon ben tu sais, « est-ce que vous avez eu ça », « est-ce que vous avez aperçu que chez la dame il y avait une malaise quand on a abordé la sexualité de sa fille », par exemple. Alors, oui, ça on peut le dire, puis moi, je demande beaucoup, je suis... je suis très curieuse de savoir « est-ce que ça se dit ? », « est-ce que... est-ce qu'on peut aborder ça ? », « de quelle manière on peut l'aborder ? », parce que dans les cultures c'est très différent de... de... par exemple, d'aborder la sexualité... nous, ici, ça va, mais peut-être que une autre personne... qui sont très... gênés... donc... c'est ça... je leur demande ses conseils un peu là.*

41:8 ( 0:06:33.99 [0:00:37.50] )

Aun así, algunos entrevistados (como es el caso de Mylène) afirman no celebrar reuniones previas ni posteriores con los intérpretes de manera regular, a menos que los padres tengan algún comentario especial que quieran hacer fuera de la consulta (sobre temas de elevada transcendencia, como abusos, por ejemplo).

Dan explica que, en función de la relación que tiene con un intérprete determinado, se reúne (o no) con él de manera previa o posterior, aunque normalmente no lo hace. Comenta que hay un intérprete al que conoce desde hace ocho años y la relación con él

es un tanto diferente. No obstante, por norma general, asegura que no suele reunirse con ellos. Sin embargo, si tienen una cita y el intérprete llega pronto, la secretaria se lo comunica y si la familia llega tarde, el entrevistado sale y se lo comunica al intérprete. Aparte de eso, no habla con los intérpretes ni antes ni después, a menos que sea la primera visita o se tenga que tratar algo en concreto. En dichos casos, se reúne con el intérprete antes de la visita para contextualizarlo.

Aunque Ioanna no se suele reunir con el intérprete de manera previa ni posterior, asegura que, en ocasiones, se reúne con él de manera posterior cuando se ha tratado un aspecto delicado que ha tocado la sensibilidad del intérprete, con tal de proporcionarle el apoyo necesario para que pueda seguir trabajando en el caso. No obstante, señala que esto ocurre en casos puntuales. Sharon, por su parte, asegura que no se suele reunir con los intérpretes de manera previa ni posterior, dado que los profesionales de la salud y los de la ISP se conocen muy bien y trabajan con frecuencia de manera conjunta. La única interacción que éstos tienen con la entrevistada se limita a preguntar si el paciente ha llegado, si se sabe quién es, etc. No obstante, si se necesita un seguimiento, al final habría otra reunión del profesional de la ISP y la entrevistada con tal de ultimar detalles. Finalmente, Megan denuncia el hecho de que algunos intérpretes le proporcionen su opinión no solicitada acerca de algunos usuarios, aunque asegura que esto acontece raramente. Asevera que su interacción con los profesionales de la ISP se limita a lo establecido por el protocolo.

#### **4.7.7.5. Cooperación con los profesionales sanitarios**

Natacha comenta que muchos de los profesionales de la ISP intervienen con asiduidad en conversaciones con usuarios del centro en el que trabaja, con lo que los profesionales de la salud llegan a establecer una afinidad con ellos. En este sentido, Mélodie revela que hay intérpretes que son muy buenos, con quien la entrevistada tiene muy buena relación de confianza. Geneviève, por su parte, explica que hay algunos intérpretes con quienes los profesionales de la salud tienen más afinidad, debido a su manera de proceder. Añade que algunos profesionales de la ISP interactúan menos con los profesionales de la salud, aunque subraya que participan plenamente en la entrevista médica. Por último, Melissa considera a los intérpretes con los que suele trabajar muy conocidos en el departamento. Comenta que estos suelen estar en el hospital y tienen buena relación con los profesionales de la salud.

Anne-Marie considera que la relación del personal sanitario con los profesionales de la ISP es muy buena. Subraya que incluso les dan la posibilidad de escribirles e-mails solicitándoles ciertos servicios, lo que la entrevistada valora muy positivamente.

Geneviève asegura que los intérpretes del BII son puntuales, profesionales y tienen una amplia disponibilidad, aceptando incluso solicitudes de última hora. Por lo que respecta al profesional de la ISP del propio del centro, comenta que se encuentra disponible en todo momento, aunque dispone de pocos recursos. No obstante, la entrevistada justifica que dicho profesional de la ISP actúa en poco tiempo de manera satisfactoria. La entrevistada

asegura que los profesionales de la salud y los de la ISP se complementan realizando un estupendo trabajo en equipo. En su opinión, los intérpretes son tan importantes para el trato con el usuario como los profesionales de la salud. Así, opina que los profesionales de la ISP también están satisfechos con el trato recibido por los profesionales de la salud, con quienes tienen una buena relación profesional y de respeto:

*(...) avec les interprètes de la Banque, tu sais, qui sont là à l'heure, qui sont très professionnelles, eh... qu'on demande des fois à la dernière minute et puis ils sont... sont... sont disponibles. Puis l'interprète qu'on a ici, qui est comme toujours disponible, qu'on essaye de faire le plus qu'on peut avec le moins de ressources qu'on a puis le moins de temps aussi qu'on a, ben je pense qu'on réussi à quand même bien... bien faire, puis je pense que le service aussi entre les deux... les interprètes aussi son... son quand Même satisfaits de la relation qu'on a là, c'est une relation professionnelle puis de... de respect là. Ils sont autant importants que nous on est importants pour le patient et vice versa, c'est un travail d'équipe là.*

40:23 ( 0:13:31.90 [0:00:41.02] )

Mélodie apunta que los profesionales de la salud se aconsejan, unos a otros, acerca del recurso a ciertos profesionales de la ISP con quienes el trabajo les ha resultado satisfactorio. Sin embargo, apunta, al igual que Dan, que la satisfacción del profesional de la salud respecto de los servicios de ISP depende del intérprete. Asegura que con algunos el trabajo es más fácil, pues se da una mejor colaboración que con otros. Mélodie comenta que, en ocasiones, dados los lazos establecidos dentro de la comunidad, a veces el intérprete y el usuario se conocen. De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas, ante dicha situación, los profesionales de la salud se preguntan si el trabajo con dicho intérprete resulta apropiado, por razones de confidencialidad y comodidad del usuario. Igualmente, subraya que algunos intérpretes toman las riendas de la intervención, con lo que se pregunta si el mensaje original se traduce palabra por palabra o si se reformula en busca de una respuesta concreta del usuario. Igualmente, la entrevistada admite que las intervenciones con ISP le resultan demasiado largas, pues suponen el doble de tiempo del que se destina a una consulta ordinaria. Dan, por su parte, señala que resulta muy difícil trabajar con algunos intérpretes, porque sus intervenciones no siempre tienen sentido en el hilo de la conversación, dado que no responde a la pregunta inicial, con lo que no queda claro que el intérprete esté entendiendo la conversación.

En otro orden de cosas, Natacha opina que el recurso a la ISP distancia al profesional de la salud del usuario. La entrevistada asegura que con el uso de servicios de ISP, la relación que se establece es diferente a la que se alcanza en una visita ordinaria. Aun así, tiende a señalar que, aunque se llega a entablar una relación con el tiempo, la primera relación es muy distante. Por su parte, Dan comenta que a pesar de que algunos usuarios lleven muchos años instalados en Montreal, se les ofertan servicios de ISP. El entrevistado considera que en ocasiones el recurso a los servicios de un intérprete puede

causar dependencia. Sin embargo, insiste en que se busca la autonomía del usuario potenciando el aprendizaje de la lengua, al mismo tiempo, por otras vías.

Natacha considera la ISP una buena herramienta para el trabajo en el ámbito sanitario. Geneviève asegura que, trabajando con los servicios de ISP, se siente más segura, porque puede entender al usuario, sus necesidades y evaluar su situación de salud, así como interactuar mejor con el usuario e intervenir de manera adecuada. En esta línea, Mélodie se reconoce muy satisfecha con los servicios de ISP recibidos, dado que le ayudan en su trabajo. De no contar con dichos servicios no podría atender a algunos de sus usuarios.

No obstante, hay ciertos detalles que pueden llegar a incomodar a los profesionales de la salud. Stéphanie comenta que a veces se tiene que replantear las expectativas acerca de la manera de trabajar del profesional de la ISP. Esto suele ocurrir con nuevos intérpretes que no acaban de entender cuál es su rol. Menciona que a veces algunos toman parte de la conversación o aportan juicios de valor. En dichas situaciones la entrevistada intenta hablar con el profesional de la ISP en ausencia del usuario o presenta una queja al BII para que lo hablen con los intérpretes, con tal de evitar que vuelva a ocurrir. Igualmente, asegura que las consultas con intérprete se hacen pesadas, dado que se alarga el tiempo de dedicación a un paciente. Sin embargo, asegura que este tipo de intervenciones resultan educativas para el profesional de la salud. Geneviève da un paso más asegurando que el recurso a estos servicios le aporta seguridad, pues se ve capaz de entender al usuario y sus necesidades, de evaluar su situación de salud y de interactuar en mejores condiciones, prestándole una atención adecuada.

Además, la manera de proceder de los intérpretes parece ser bastante heterogénea. Mélodie comenta que algunos intérpretes intervienen tras cortas frases con presentaciones muy largas, de manera que el profesional de la salud no sabe lo que se está diciendo. Esto incomoda a la profesional hasta el punto en el que asegura solicitar a los intérpretes con los que trabaja que intervengan tras cortas frases con cortas intervenciones con tal de no perder el hilo de la conversación. En sintonía con esto, Anne-Marie explica que, en ocasiones, las respuestas del intérprete no responden a las planteadas inicialmente por los profesionales, aunque no sabe si se debe a una diferencia de matiz entre lenguas.

La frecuencia de uso de los servicios de ISP depende del perfil de usuario que solicita servicios de salud. Así, cuanto mayor es el número de usuarios alófonos, mayor es el uso de los servicios de ISP. De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas, un entrevistado recurre a estos servicios en una media de una visita al mes, uno entre una y dos, dos unas dos veces al mes y otro una vez cada dos semanas. Dos entrevistados recurren a los servicios de un intérprete entre dos y tres veces al mes, aunque uno de ellos asegura trabajar con intérpretes, en otra clínica, un par de veces más a la semana. Otro entrevistado afirma hacerlo un mínimo de ente dos a cuatro veces al mes, mientras que dos más aseguran solicitar los servicios de un intérprete unas seis veces mensuales.

Igualmente, uno lo hace entre cuatro y diez veces por semana y otro entre dos y tres veces diarias.

Isabela asegura recurrir a los servicios de un intérprete cuando hay necesidad. Comenta que hay días en los que no se da necesidad de dichos servicios, mientras que en ocasiones se necesita de la ISP todos los días de la semana. Explica que se necesitan intérpretes de manera bastante frecuente, sobre todo de las lenguas española, vietnamita, china, urdu y tamul. Natacha comenta que su recurso a los servicios de un intérprete fluctúa, asegurando que en los seis meses previos a la entrevista ha tenido más de veinte visitas con intérprete. Comenta que algunos clientes necesitan un intérprete cada semana, a lo que añade que tiene un promedio de unos 15 pacientes regulares al mes, de las cuales en unos 5 se recurre a la ISP. Megan expone que, dado que trabaja en la clínica multicultural en el MCH y en el CLSC y en una clínica con inmigrantes, necesita un intérprete para un cuarto de sus pacientes. Sin embargo, apunta que la otra clínica para la que trabaja se ha quedado sin fondos para destinar a la ISP, con lo que en estos momentos únicamente recurre a la ISP un par de veces a la semana. Ioanna, por su parte, menciona que, en función de los problemas tratados y de la profundidad a la que se quiere llegar en la consulta, se solicitará o no un intérprete, dado que, en algunos casos menos complejos, se puede realizar la consulta en el inglés o el francés del usuario. En esta línea, Melissa insiste en que encuentra una necesidad absoluta de recurrir a servicios de ISP probablemente una vez al mes, aunque se dan casos en los que, si los servicios de ISP le resultaran más accesibles, los usaría más. En las conversaciones en las que solicitaría un intérprete pero no lo hace, la entrevistada asegura creer que le están entendiendo, aunque considera que entenderían mejor en su lengua materna. Dado que a menudo no tiene acceso a la ISP, afirma tener que esforzarse por atender a los usuarios de este modo.

Melissa asegura tener formación en cómo actuar con un intérprete. Aun así, comenta que unos años antes de la realización de la entrevista, intentó organizar (sin éxito) una charla acerca de los servicios de ISP, dado que desconoce su estructura. La entrevistada se muestra interesada en recibir información al respecto, con tal de saber, entre otras cosas, de donde vienen los intérpretes y por qué se puede o no se puede acceder a ellos en determinados horarios:

*I tried... years ago, I tried to organize actually a talk to be given by... by... by Multicultural Services, to sort of explain the interpreter services to our department more, and it didn't fell trough... Eh... but that would be something... because as a... as a... I'm embarrassed to say, I don't know... when I ask for an interpreter, I don't know what the system is, I don't know where the interpreters come from, except for the two that we always have... (...) So maybe an explanation of that would be... would be helpful. I'm sure I can find the information myself, but we are obviously very busy, we are thinking of other things... and sort of would be nice to*

*have a base line explanation of “this is the interpreter services”, “this is why you can’t or can have someone after hours”.*

49:18 ( 0:20:46.47 [0:01:06.53] )

#### 4.7.7.6. Evaluación de los servicios de ISP

Geneviève explica que se realizó una investigación para evaluar las necesidades de contratación de un intérprete entre el personal del centro en el que trabaja, pero desconoce si se han llevado a cabo más evaluaciones. Este es el caso de un total de 10 de los 13 entrevistados, quienes aseguran no tener conocimiento de que se realice ningún tipo de evaluación de los servicios de ISP.

Melissa comenta que en sus experiencias pasadas en el ámbito sanitario de la provincia de Ontario rellenaba un formulario de evaluación tras cada intervención con un profesional de la ISP, lo que no se le solicita hacer en el MCH.

Según Marie-Ève, los profesionales ofrecen un feedback, aunque estos servicios no son en estos momentos, según comenta, una prioridad. Igualmente, Sharon se muestra partidaria de la realización de un estudio de evaluación que diera cuenta de la opinión de los usuarios acerca de los servicios de ISP recibidos.

Sin embargo, Natacha afirma que los servicios de ISP se evalúan en términos de eficacia, eficiencia, etc. En esta línea, Stéphanie asegura que, de vez en cuando, el BII realiza evaluaciones de los servicios prestados.

#### 4.7.7.7. Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados

Anne-Marie asegura que queda trabajo por hacer con tal de optimizar los servicios de ISP ofertados en el ámbito sociosanitario montrealés. Comenta que algunos usuarios rechazan los servicios de ISP, con lo que la interpretación se deja en manos de acompañantes (en ocasiones menores) que actúan de intérpretes *ad hoc*. Sin embargo, la profesional asegura que preferiría alguien neutro, que no tuviera implicaciones emocionales con el caso:

*Il y a encore beaucoup de travail à faire... parce que j’ai, j’ai... une famille aussi du Bangladesh qui eux refusent de recevoir l’aide de l’interprète. Alors, c’est un des fils qui traduit, mais je ne sais pas s’il traduit de la bonne manière ou... (...) Ce gens là son très fermés à recevoir quelqu’un à la maison, alors encore là c’est une question de culture. Mais... moi, c’est sure que j’aimerais ça avoir l’aide de quelqu’un de neutre, de pas impliqué, tu sais, niveau émotive, à la famille.*

41:14 ( 0:12:04.44 [0:01:09.47] )

En sintonía con lo anterior, Mylène apunta que, si bien los servicios de ISP disponibles le parecen de elevada calidad, una manera de optimizarlos sería ampliar el número de intérpretes. Marie-Ève, por su parte, alude a la necesidad de reglar los estudios en ISP.

Considera importante que los profesionales de la ISP pasen una cierta formación conforme a las exigencias de la profesión. Considera que para ello alguna institución debería legislar este aspecto de la profesión. Insiste en que el conocimiento de dos lenguas no es suficiente para ejercer de intérprete. Asegura que es igualmente importante que la actitud del intérprete sea propensa a aguantar las situaciones incómodas que se generan en contexto sociosanitario. Insiste en que la interpretación consiste también en escuchar a la persona en su angustia, sea cual sea la situación (suicidios, etc.). Es por ello que atribuye una elevada importancia a que todos los profesionales de la ISP pasen una formación específica que les acredite para la realización de dicho trabajo. Considera que hoy en día la formación que estos profesionales pasan es demasiado heterogénea. No obstante, reflexiona que de existir una formación reglada, cada persona reaccionaría de una manera diferente ante las adversidades. Aun así, opina que en la actualidad se experimentan demasiadas fluctuaciones en este aspecto.

#### 4.7.8. Beneficios obtenidos con los servicios de ISP

De acuerdo con los entrevistados, la aportación de la ISP a la relación entre el personal sanitario y el usuario ha consistido en:

- Mayor acceso a los servicios de salud y servicios sociales
- Éxito en la comunicación

De acuerdo con Mélodie, con el uso de los servicios de ISP, la comunicación es más clara, con lo que no hay necesidad de comprobar constantemente si el mensaje ha llegado al interlocutor. Además, Geneviève asegura que gracias a estos servicios, los profesionales de la salud consiguen comprender al usuario, así como su salud física y psicológica:

*Ben, on les... on les comprene! On sait d'où ils viennent, on comprend d'où ils viennent et... ça explique beaucoup de choses de leur santé psychologique et santé physique aussi.*

40:21 ( 0:12:09.15 [0:00:51.32]

- Acercamiento

De acuerdo con Mylène, los servicios de ISP han hecho al profesional de la salud más accesible, rompiendo las distancias impuestas por algunas culturas:

*Pour certaines... je pensé que pour certaines cultures, un médecin, une infirmière c'est des dieux, mais là ils nous voient, ils voient que ça simplifie les choses, (...)*

*qu'on peut être amicale, que c'est pas là... nécessaire qu'on travaille ensemble. Je pense que ça... ça leur a aidé dans ce sens là.*

43:20 ( 0:14:12.94 [0:00:25.15] )

- Entendimiento mutuo

Natacha asegura que, gracias a la ISP, se da una mayor apertura y una mayor empatía hacia el usuario. Además, éste llega a entender mejor el trabajo de los profesionales de la salud y sus limitaciones:

*On est plus... on a plus d'ouverture, on est plus empathique à ce... ce qu'ils vivent, aussi. On comprend beaucoup plus mieux. Puis au même temps ils sont capables de comprendre avec quoi on travaille si on est des... ils demandent des choses qu'ont peut pas leur offrir, mais ils comprennent avec la traduction.*

38:9 ( 0:04:43.34 [0:00:24.19] )

- Confianza entre los interlocutores

De acuerdo con Geneviève, la ISP fortalece la relación terapéutica y la hace mucho más sincera:

*Quelqu'un qui est capable de... de com... de... de... de bien s'exprimer... eh... ça sert probablement mieux à prendre confiance aussi avec l'intervenant, parce qu'il sait que moi, je peux le comprendre. Il y a un interprète puis eh... tu sais, quand qu'on va voir un médecin ou une infirmière praticienne, comme moi, on s'ouvre un peu à cette personne là, puis si on voit que cette personne là nous juge parce qu'elle nous comprend pas d'où on vient, puis elle n'est pas capable non plus de eh... de comprendre juste le... le langage, mais ça apporte une frustration, donc en ayant une bonne communication des deux... des deux côtés, je pense que la relation thérapeutique qui est beaucoup plus... beaucoup plus forte et beaucoup plus sincère aussi là.*

40:21 ( 0:12:09.15 [0:00:51.32] )

- Mayor eficacia del trabajo del profesional de la salud

Melissa opina que el recurso a un intérprete mejora la eficiencia del trabajo del profesional, pues éste ya no necesita recurrir a la comunicación a través de gestos. Esto, de acuerdo con la entrevistada, hace que la consulta sea más fluida y más eficiente:

*If I can get an interpreter, it also improves my efficiency, because they don't have to, you know, use body language... I can just... can be clear messages that are*

*interpreted right away, eh... so it's a fast patient encounter and more efficient patient encounter.*

49:19 ( 0:22:07.58 [0:00:29.80] )

- Menor frustración de las partes

Genèveve revela que, con la intervención de un intérprete, se consigue una mejor confianza entre ambos interlocutores y decrecen los sentimientos de frustración gracias a la buena comunicación. En cambio, Dan afirma que el hecho de que la intervención de un intérprete permita al usuario expresarse en su propia lengua puede ayudar, aunque en ocasiones puede mermar la relación del profesional de la salud para con el usuario. De acuerdo con el entrevistado esto depende de quién sea intérprete y cómo trabaje. Asegura tener en ocasiones el sentimiento de que el intérprete no entiende a alguna de las partes, lo que puede incrementar el sentimiento de frustración del usuario, pues a pesar de que se les presta estos servicios, siguen teniendo la sensación de no ser comprendidos.

- Mayor colaboración médico-paciente

De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas a profesionales de la salud y los servicios sociales de Montreal, los servicios de ISP han reportado a los centros sanitarios:

- Un abanico de herramientas más amplio a disposición de los trabajadores del centro.
- Un mayor éxito en la comunicación

Natacha comenta que con el uso de estos servicios en el ámbito sanitario se llegan a comprender mejor las situaciones a las que se tiene que hacer frente. Para los profesionales de la salud y los servicios sociales es esencial contar con los servicios de ISP con tal de comunicarse con algunos usuarios, explicar información sanitaria y prevenir y tratar enfermedades de una manera más efectiva, dado que los usuarios entienden el mensaje transmitido y pueden compartir con el profesional de la salud la información que éste necesita de una manera más efectiva.

- Una mayor accesibilidad a servicios sanitarios y, por ende, una mayor afluencia de usuarios

Mylène constata que la disponibilidad de servicios de ISP es un motivo por el que determinados usuarios deciden acudir al hospital en el que trabaja. Dan asegura que la ISP hace al centro más inclusivo, pues abre las puertas a todo tipo de usuario, independientemente de la lengua hablada. Igualmente, Mélodie comenta que de no contar con servicios de este tipo se experimentarían sectorismos en el ámbito sociosanitario. Asimismo, asegura que se remitiría a los usuarios alófonos

a los servicios comunitarios, donde muchos se niegan a ir, con lo que no recibirían los servicios necesarios:

*Je pense que permet d'être plus ouverts... sur tout la clientèle qui... qui... qui peuvent venir au CLSC, sinon on serait vraiment... sectorisés sur français-anglais là, puis que... c'est sure... de rejoindre des gens qu'on n'aurait pas rejoint... si on n'avait pas d'interprète, il faudrait les référer dans leur communauté puis après ça peut-être qu'ils n'iraient pas dans leur communauté, donc ils n'auraient pas des services.*

42:18 ( 0:14:18.43 [0:00:33.06] )

- Una mayor inmediatez en el trato a usuarios alófonos.
- Una mayor eficacia en el trabajo en el contexto sociosanitario.
- Un mejor uso de los recursos sanitarios, con el consecuente decrecimiento del número de visitas médicas repetidas o perdidas.

Natacha asegura que gracias al éxito de la comunicación establecida mediante el uso de la ISP se previene la atención repetida a la misma situación, lo que era recurrente cuando no se contaba con dichos servicios:

*Au centre de santé... ben, ça aide par rapport aux interventions, ben le temps que ça prend les interventions, parce que si on se... on comprend réellement eh la situation, donc on va pouvoir mettre en effective ce qu'il faut réellement, donc on va pouvoir agir plus rapidement, d'une façon mieux, d'une meilleure façon, qui fait que la cliente revienne et revienne parce que bah à chaque fois on la comprends pas, elle revient, on pense que c'est toujours une nouvelle situation, mais c'est toujours la même qui revient, était bien expliquée, donc ça facilite de cette façon là, eh... on devient plus efficace, vraiment, avec les interprètes.*

38:5 ( 0:02:54.41 [0:00:33.97] )

- Un ahorro considerable de tiempo y dinero, a pesar del gasto que estos servicios suponen a los centros de salud.
- Un aumento de la comodidad de las partes en las consultas a usuarios alófonos.
- Un decrecimiento de la frustración de las partes
- Una tolerancia ante la diversidad cultural
- Una mejora de la calidad asistencial

Los beneficios que los profesionales de la salud y los servicios sociales consideran haber obtenido con la implantación de servicios de ISP son:

- Una mayor accesibilidad a los servicios de salud y servicios sociales.
- Una mayor eficacia e inmediatez en la atención sanitaria
- Una atención a un mayor número de casos médicos y sociales
- Un mayor éxito en la comunicación
- Una mejora de la calidad asistencial, fruto de la comprensión establecida.

Natacha asegura que el uso de estos servicios permite centrar los cuidados en las necesidades del usuario, dado que con ellos se consigue que profesional de la salud entienda las necesidades específicas de los usuarios y que estos últimos comprendan el mensaje sanitario proporcionado:

*Ben c'est un... c'est un bon outil, ce qui nous permet... eh... de mieux faire nos interventions, de vraiment valider... parce que des fois on a une perception qui est pas celle du client, puis de mieux comprendre le client, puis de pouvoir mieux axer nos soins, aussi. Parce que si on ne comprend pas... Si on leur explique mais que eux ne comprennent pas ou que on ne comprend pas qu'est-ce qu'ils ont besoin, c'est comme un sens unique, ça... ça sert à rien, donc, ça complètement beaucoup nos interventions, ça nous aide a mieux... aider la... le client, la famille.*

38:3 ( 0:01:55.88 [0:00:27.01] )

- Un incremento de la confianza de los usuarios en los servicios recibidos.
- Un incremento de la seguridad del profesional de la salud, al poder asegurarse de que el usuario ha interiorizado el mensaje sociosanitario.

Melissa comenta que la información importante acerca de la salud de un paciente se tiene que transmitir en la lengua materna del usuario para que éste tenga una mayor capacidad de retentiva, según ha demostrado la investigación científica. De acuerdo con la entrevistada, esto se debe a que el nivel de estrés interferirá en la retención de la información, incluso en la lengua materna, de manera que cuando se proporciona la información en otra lengua, la retención es incluso menor. Por este motivo asegura que es esencial contar con servicios de este tipo en pro de la seguridad de los usuarios, especialmente cuando los problemas de salud son importantes:

*If I have five-ten minutes to... explain very critical information about a child's health, it needs to be done in the language... in maternal... and it applies for French and English as well, so even a family is francophone but they can speak English, I think it's better to provide it in French! They are under stress, so... eh... the amount of information, even in their own language is going to be minimal... Of*

*course, we've done studies looking at, you know, what the doctor told you and then, making interviews five minutes later and about 25 % of the information is captured. So, then, if you add that... to that... a... a... a... second or third language that it's been given in... eh... so, I think it is essential for patients' safety. Especially when I'm dealing with critically ill children. (...) So, I think it's actually a matter of patient's safety for me, it's not just being culturally sensitive.*

49:13 ( 0:13:40.47 [0:01:07.22] )

- Una mayor concienciación multicultural, fruto de una mejor comprensión de las diferencias culturales (maneras de pensar, valores, prioridades...)

Según los entrevistados, los beneficios que la ISP reporta a la sociedad montrealés son los siguientes:

- Acogida de personas alófonas en la sociedad

La ISP actúa como un instrumento de acogida para las personas alófonas en la sociedad montrealés. De acuerdo con Stéphanie, mientras las barreras lingüísticas son importantes, es muy positivo recurrir a estos servicios que, por norma general, se prestan de manera temporal. Geneviève duda si este tipo de servicios pueden incitar a los usuarios alófonos a acomodarse, de tal manera que pierdan interés en el aprendizaje las lenguas del lugar. A pesar de que, como vemos, a lo largo de las entrevistas, se han observado ciertos comentarios de profesionales de la salud que apuntaban en una dirección contraria, la entrevistada insiste en que no porque se recurra a la ISP en un momento en el que el usuario se enfrenta a grandes barreras lingüísticas y culturales, se elimina la posibilidad de ganar autonomía con el tiempo. Esto mismo apuntaba Dan en su entrevista.

- Acceso a los servicios sociosanitarios con igualdad de oportunidades

Mélodie afirma que la ISP posibilita que los servicios de salud y servicios sociales lleguen a una población más amplia, reduciendo los problemas sociales. Todo ello, atendiendo a todas las personas, independientemente de la lengua que hablen:

*Bah, la société... je pensé que c'est ça... on fait tous notre... notre possible pour que le monde soit meilleur... Dans le fond, si les services sont plus accessibles à tout le monde, ben... la société va aller mieux... on va... on va réduire un peu les problèmes sociaux là, pour bien porter du soutien à toute personne, même si il parle pas anglais et français.*

42:19 ( 0:14:58.27 [0:00:24.60] )

- Favorecimiento de la integración

Megan describe a la sociedad de Montreal como multicultural. Asegura que es la multiculturalidad que la caracteriza lo que la enriquece. Igualmente, comenta que la inmigración es en la actualidad el único punto de crecimiento poblacional. Con todo, apunta que los servicios de ISP hacen que el sistema sanitario resulte mucho más accesible y cercano para los usuarios alófonos, facilitando su integración en la sociedad, para el beneficio de la totalidad de la misma. Dan, por su parte, asevera que los servicios de ISP benefician a la sociedad en tanto y en cuanto, al llegar a atender a todos los usuarios, las necesidades de los usuarios alófonos se ven valoradas y atendidas, con lo que crece el sentimiento de comunidad. Mylène explica que esta adaptación se da gracias a las explicaciones del intérprete sobre la cultura mayoritaria (tiempos de espera previos a las visitas, etc.):

*Ça fait tomber des barrières, je trouve. Parce que les gens, en sachant qu'il y a quelque chose... et puis je remarque, les parents qui viennent souvent, la première visite ils disent pas... ils parlent pas... mais après ils apprennent, ils s'ouvrent tranquillement, ils apprennent l'anglais, ils apprennent le français, et ça... ça leur donne d'autres... d'autres perspectives (...) et puis nous, mais je veux dire, tu connais quelqu'un qui c'est différent, donc, ok... la personne n'est pas mauvaise ! Parce que souvent je trouve que c'est l'ignorance qui fait que... « t'aime pas les gens ?! », mais je trouve que pour nousautres c'est une grosse chance là, ça fait que c'est... je trouve que c'est un gros, gros, gros plus. Je pense que si les gens prenaient le temps de voir, tu sais, de connaître la personne, que ça serait beaucoup beaucoup, beaucoup, beaucoup plus simple partout ça... (...) Il y a beaucoup des préjugés là ! Mais ya des ma... comme, il y en a beaucoup qui viennent puis il y a des rendez-vous, ils nous donnent la carte, mais ils nous dissent « quand est-ce que je vais être vue ? », « vous venez d'arriver, attendez dis minutes, au moins, donnez-nous le temps là ! ». Mais je me dis, ces gens là, à force de... ils voient que « ok, c'est comme ça que ça fonctionne, c'est différent », l'interprète leur dit aussi, qu'on va attendre, je trouve que c'est... c'est donné, donnant !*

43:17 ( 0:12:01.23 [0:01:39.33] )

- Rotura de barreras
- Eliminación de prejuicios
- Mejor calidad asistencial
- Acercamiento cultural y aprendizaje mutuo
- Prevención de problemas ocasionados por la imposibilidad de atender a usuarios alófonos

- Optimización de la explotación de los servicios sociosanitarios

Según los entrevistados, los servicios de ISP aportan a los usuarios:

- Mayor facilidad de acceso a servicios públicos en general y sociosanitarios en particular.
- Mayor éxito en la comunicación en ámbito sanitario
- Mayor sentimiento de acogida entre los inmigrantes alófonos.
- Trato más completo y satisfactorio a los usuarios alófonos

Según Stéphanie, la ISP es una herramienta que permite alcanzar mejores resultados en la atención sanitaria a usuarios alófonos:

*Ça leur donne accès d'une façon beaucoup plus complète, eh... aux services, eh... ça leur permet d'exprimer réellement comment ils vivent, qu'est-ce qu'ils comprennent, poser des questions qu'ils ont. Eh... c'est beaucoup plus complet et satisfaisant pour eux puis aussi ça leur... c'est des outils d'avantage pour agir face à la situation qu'ils ont à régler que si c'était avec un français sommaire, un anglais sommaire.*

36:18 ( 0:15:57.73 [0:00:51.51] )

- Decrecimiento de las preocupaciones y de los sentimientos de intranquilidad e inseguridad en el usuario alófono en contexto sanitario.
- Mayor calidad asistencial
- Optimización de la explotación de los servicios de salud y servicios sociales

La ISP permite que se aprovechen las consultas, de manera que se hacen innecesarias las repeticiones de consultas para tratar un mismo problema.

- Mayor autonomía del usuario alófono respecto al cuidado de la propia salud, todo ello de manera puntual y sin cerrar las puertas al aprendizaje de las lenguas de la comunidad mayoritaria.

Ioanna asegura que los servicios de ISP aportan un mayor poder al usuario, en el sentido de que estos servicios les facilitan el acceso a los servicios de salud y servicios sociales, con lo que se encuentran menos aislados y pueden tomar decisiones acerca de sus propias vidas:

*I think it's sort of a... power, that... that... in a positive way, the fact that they can influence their life, I mean all that... there are services out there for them, they are less isolated and they can access this services eh... with the use of an interpreter.*

45:15 ( 0:12:29.69 [0:00:19.27] )

### **4.7.9. Comunicación con usuarios alófonos en ausencia de servicios de ISP presenciales**

En sus entrevistas, los profesionales de la salud y los servicios públicos montrealenses enumeran los métodos que utilizan para comunicarse con sus usuarios alófonos en ausencia de servicios de ISP presenciales, mencionando los siguientes:

- Interpretación telefónica

Natacha menciona que en ocasiones ha celebrado conferencias telefónicas en las que el intérprete ha facilitado la comunicación con usuarios alófonos. Revela que, habitualmente, este tipo de intervenciones se realizan con intérpretes que ya conocen el caso. Si bien Megan asegura haber realizado intervenciones de este calibre en el seno de otros centros en los que ha trabajado, duda que este tipo de servicios se utilicen en el MCH. A pesar de ello, se muestra partidaria de la interpretación telefónica, para subsanar las deficiencias de la interpretación presencial, relacionadas con solicitudes urgentes o fuera de horario.

- Profesional bilingüe

Megan asegura que muchos miembros del personal sanitario tienen conocimientos de una tercera lengua, en la que se defienden en la comunicación con algunos usuarios alófonos en caso de necesidad.

Isabela comenta que, en ocasiones, se recurre a personal bilingüe para aquellas comunicaciones cuyo impacto con el paciente no son muy intrusivas. En su caso, puesto que tiene conocimientos de lengua española, se puede comunicar con las familias hispanas sin necesidad de un intérprete con tal de hacer las gestiones pertinentes del registro de los pacientes. No obstante, para la consulta, se recurre a los servicios de un profesional de la ISP.

- Material lingüístico en varios idiomas

A pesar de que algunos entrevistados niegan disponer de material lingüístico en varios idiomas que les ayuden en la atención a los usuarios alófonos, son bastantes los entrevistados que aseguran recurrir a este tipo de documentos.

Melissa y Mylène comentan haber visto posters en el hospital en los que se tratan temas puntuales en diferentes lenguas. Stéphanie, por su parte, afirma no disponer de listas de vocabulario médico en distintos idiomas, aunque asegura que en su campo (la nutrición) existe documentación adaptada a otras lenguas, con referencias a otras obras con aclaraciones de aspectos culturales. Natacha asegura contar con formularios traducidos (en francés, inglés y español), así como documentos relativos a temas puntuales, como es la vacunación, que han sido traducidos a otras lenguas (como el urdú, el tamul o el tagalog). No obstante, insiste en que no toda la documentación que utiliza está traducida, sino que

aquella que se usa con una mayor recurrencia. Insiste en que el número de documentos traducidos podría ser mayor. Igualmente, revela, que se les ha facilitado referencias de sitios web en donde poder realizar traducciones:

*On a quelques formulaires traduits, oui. Mais c'est... bon, français, anglais, espagnol... on a... par exemple, pour la vaccination, on a sorti beaucoup des formulaires dans d'autres eh langues, comme urdu, tamul, eh... tagalog... Donc, on arrive à avoir certains... documents, on n'a pas pour tous les documents, mais ceux qu'on utilise beaucoup plus fréquemment, oui. Eh... mais on est quand même au courant qu'on a des sites, on nous a toujours donné des références des sites ou on est-ce qu'on peut faire de la traduction, des choses comme ça... Eh... mais on pourrait en avoir plus, je pense. Oui !*

37:6 ( 0:04:44.95 [0:00:33.90] )

Megan niega disponer de listas de vocabulario médico en diferentes lenguas, aunque afirma contar con material informativo para padres referente a la salud del niño en diferentes lenguas, como la guía de alimentos canadiense, traducida a unas 10 lenguas diferentes. No obstante, cree que ese es el único documento disponible en diversas lenguas. Afirma que todo lo demás está únicamente disponible en inglés o francés. No obstante, destaca que el MCH cuenta con un programa de promoción de la lectura, con lo que dispone de libros para niños en unas 10 lenguas. Por su parte, Geneviève apunta que los profesionales de la salud tienen acceso a traducciones de documentos utilizados en el ámbito sanitario por medio de páginas web. Sharon añade que disponen de algunos documentos traducidos, proporcionados por el gobierno, como guías de alimentación saludable en varias lenguas (en 10 ó 12 lenguas diferentes), y documentos informativos traducidos por los intérpretes del SCIS (árabe, chino y español). En este sentido, Stéphanie explica que el CLSC en donde trabaja tiene traducidos algunos panfletos, aunque la mayoría están únicamente en francés y en inglés. Revela que si se necesita la traducción de algún documento, se recurre a miembros del personal bilingües para realizarlas. En cambio, Anne-Marie comenta que tiene acceso a formularios en inglés, aunque si necesitara traducir algún otro documento, sería bajo solicitud expresa y el CSSS lo debería abonar. Asegura que esto se haría en casos muy específicos (como ante la necesidad de traducir una carta para enviar a un abogado...).

- Software informático

Stéphanie afirma haber visto a algunos profesionales recurrir a Google Translate para averiguar, por teléfono, informaciones puntuales de los pacientes. Por su parte, Melissa revela que a menudo se recurre a aplicaciones disponibles para teléfonos inteligentes con tal de establecer la comunicación con los usuarios en un momento de necesidad en que no se dispone de servicios de ISP, lo que supone gran rapidez (respecto al recurso a un profesional de la ISP a quien se le tiene que llamar y esperar a que llegue al hospital). No obstante, la entrevistada

asegura desconocer el nivel de lengua de dichas aplicaciones y la exactitud de las traducciones obtenidas con ellas, insistiendo también en que deja de lado el aspecto cultural:

*I'll be honest, the way most people do interpreting services in the Emergency Department, because our... our true services are not available, eh... there are iPhone applications that you can actually speak into and they will then speak the other language. I would say that's the number one thing that emergency doctors are using. Eh... it's faster, I mean, we're... we're in a time crunch, so I really have, you know, ten minutes or less for a patient... Eh... calling interpreting services, having someone driving from somewhere else in the city... Eh... and usually there is nobody available to interpret, anyway. So, I would say the way we actually do interpretation is actually using the iPhone application, and I don't know how accurate the translation... the interpretation is, I mean, it's a translation, it's the problem, so there is not gonna be any cultural interpretation and also I have no idea if my... the Japanese on my iPhone is correct... So far, nobody has been offended by the application. Eh... but that's really what I noticed it's been used the most in the Emergency Department.*

49:5 ( 0:04:36.77 [0:01:28.01] )

- Acompañantes

Aunque asegura que en el equipo en el que trabaja actualmente no lo hacen, Ioanna comenta que en otros centros en que ha trabajado se recurre a miembros de la familia para entablar la comunicación. No obstante, esto parece ser común cuando no se puede recurrir a los servicios de un intérprete. Tal y como constata Marie-Ève, a veces se requiere a acompañantes que hagan las veces del intérprete, aunque la entrevistada asegura que nunca se recurriría a un niño en un caso de violencia, por ejemplo. Aun así, Mélodie comenta que a veces los profesionales de la salud recurren a la intermediación de menores, aunque la profesional (al igual que Sharon y Melissa) se posiciona en contra de esto, dado que uno de los motivos de recurrir a los servicios de ISP es el no involucrar en estas tareas a los niños. La entrevistada comenta que dichas actuaciones pueden llegar a estigmatizar al padre, dejándolo en mal lugar en relación a los hijos, quienes ganan poder al dominar dichas conversaciones.

Megan comenta que las intervenciones de acompañantes generalmente funcionan, aunque cuando se trata de temas más personales, considera más conveniente tener a una persona imparcial, pues a veces algunas personas no quieren tratar según qué temas delante de los miembros de su familia. Igualmente, destaca que, en muy contadas ocasiones, los usuarios no quieren compartir información delante de un intérprete, dado que pertenecen a la misma comunidad y temen que no se respete su confidencialidad, aunque normalmente

entienden que su protección forma parte del código deontológico del profesional de la ISP.

A pesar del recurso esporádico a acompañantes, Marie-Ève defiende que el intermediario sea una persona externa a la red familiar del usuario, con lo que se muestra partidaria del recurso a los profesionales del BII. En esta línea, Stéphanie asegura que al recurrir a un tercero (familiar, amigo...) siempre hay un filtro. Explica que es muy difícil pedir a un acompañante que sea neutro, dado que siempre hay cierta carga emotiva y tienden a avanzar información por iniciativa propia (lo que no hace un intérprete). De este modo, argumenta que siente que hace un trabajo más real y completo cuando cuenta con los servicios de un intérprete:

*Quant on passe par des membres de la famille, des amis, des connaissances, il y a toujours un filtre. C'est extrêmement difficile de demander aux gens qui jouent un rôle d'interprète, mais en étant un membre de la famille, de leur demander d'être neutre. Il y a une charge émotive où ils... ils... seulement ils vont prendre l'initiative d'avancer des informations sans les avoir vérifié. Eh... de donner des compléments d'information de leur propre initiative, chose qui n'arrive pas avec un interprète. Alors... moi j'ai vraiment le sentiment de... de faire un travail beaucoup plus complet, de disposer des informations plus réelles (...) lors qu'in passe avec des inter... lors qu'on utilise les services d'interprètes quand ça c'est nécessaire.*

36:25 ( 0:19:42.78 [0:01:11.66])

- Gestos

En ocasiones los profesionales de la salud recurren a la comunicación por signos gestuales, aunque Mélodie asegura que esto es bastante complicado.

- Imágenes

En ocasiones se requiere a representaciones gráficas de la realidad a tratar para asegurar la comprensión de la problemática por parte del usuario alófono. Stéphanie asegura que en ocasiones recurre a imágenes con tal de hacer sus consultas más abiertas a la diversidad:

*J'utilise beaucoup des images... Ça c'est international!*

36:8 ( 0:05:18.67 [0:00:43.64] )

#### 4.7.10. Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP

Por norma general, los entrevistados se muestran satisfechos con los servicios de ISP a su disposición. Marie-Ève comenta que en aquellos casos en los que el trabajo con un intérprete determinado no acaba de funcionar por una u otra razón, los profesionales de la salud cambian de intérprete. En este sentido, Stéphanie comenta que el nivel de

satisfacción respecto de los servicios de ISP depende del profesional de la ISP con el que se trabaja, aunque insiste en que a menudo es muy elevado. Sin embargo, Megan asegura que le costó acostumbrarse al recurso a intérpretes, dado que se alarga el tiempo de las visitas, lo que a su parecer puede llegar a ser un poco frustrante. Aun así, actualmente asegura que estos servicios le facilitan mucho el trabajo con determinados usuarios:

*There is a lot of getting used to it first, it definitely makes the whole eh... meeting with the patient take a lot longer. And it also can be a little bit frustrating, but it's so much better than working without interpreters. For example, this morning I had a patient who actually had an appointment with me but it was cancelled, but because the person left the message for them in French, she didn't understand, so she showed up for the appointment anyway, and so we tried to meet with her without the interpreter, because there was no Ukrainian interpreter available, and she... it was... horrific! It was... it took like three hours to try and get the message across and it was... we were using also a computer software that my resident introduced me to... Eh, Google Translate, so we would type something in and then it would convert it into Ukrainian and then the mother would tape any Ukrainian and it would... It was horrible! So, I really, I mean, I really appreciate having an interpreter... the use of interpreters. It's almost impossible to do our job without them when... when they are needed.*

48:5 (0:03:40.25 [0:01:04.49])

En cambio, Anne-Marie revela que algunos profesionales se niegan a aceptar usuarios alófonos (sobre todo en salud mental) porque se tiene que recurrir siempre a un intérprete para comunicarse con el usuario, con lo que se tiene que dedicar más horas de trabajo. En este sentido, asegura que la ISP complica el trabajo de algunos profesionales.

Si bien cuando fueron cuestionados acerca de la percepción de la calidad de los servicios de ISP, algunos entrevistados apuntaron que no tenían suficientes datos acerca de dicha realidad como para poder dar una respuesta que fuera con total seguridad representativa de la realidad, a continuación presento una descripción de las impresiones aportadas a este respecto.

Por norma general, los entrevistados consideran que la dirección de los diferentes centros de salud reconoce una elevada calidad de los servicios de ISP a su alcance.

Natacha cree que la dirección del centro está a favor de los servicios de ISP, pues mejoran la calidad asistencial. Afirma que desde el equipo de dirección se animan a los profesionales de la salud a utilizarlo para garantizar el acceso a los servicios de salud. La entrevistada coincide con Geneviève en tanto en cuanto ambas consideran que, aunque la dirección no está presente en la interacción, si se ha permitido la contratación de un intérprete propia en el centro, debe ser porque se reconoce la necesidad y se reconoce la calidad de los servicios prestados. En este sentido, Ioanna alude al hecho de que, desde

la dirección de su centro sanitario, no se imponen dificultades de acceso a los servicios de ISP (al menos a su equipo), lo cual demuestra que hay cierta conciencia de la necesidad.

Marie-Ève revela que para el centro sanitario en el que trabaja, dada la crisis financiera en la que se encuentra Quebec, la calidad de los servicios de ISP no es una preocupación importante. Cree que el centro tiene la impresión de proporcionar un buen servicio al ofrecer la posibilidad de contar con un intérprete.

En línea con lo anterior, Stéphanie expone que la dirección ha tenido que plantearse cómo utilizar estos recursos. Revela que se han probado varias soluciones para intentar reducir los costos. Asegura que se trata de un servicio relativamente caro pero vale la pena, porque reduce el número de consultas a usuarios alófonos en las que se mantiene la duda frente al nivel de comprensión y en las que la situación no se consigue reconducir:

*Bah, au niveau de la direction, puis que c'est... c'est maintenu, l'accès, c'est que ils voient la nécessité, ils voient la... le... le rôle que ça joue... c'est sure qu'il y a des couts associés. Et au niveau de la direction, c'est sure que c'est une grande préoccupation, donc il y a à penser le comment utiliser ce ressource là. Eh... il y a des différentes formules qui ont été tentées pour essayer de réduire les couts, mais ça demande, oui, c'est un service relativement coûteux, mais, d'après moi, qui vaut la penne, parce que... avoir une rencontre qui amène une solution, plutôt que dis rencontres et on se demande encore si les gens ont compris face à nous ou si eux ont le sentiment de ne pas être compris de leur côté, eh... je pense que ça vaut la penne d'investir pour trois... trois rencontres efficaces, plutôt qu'une dizaine avec encore beaucoup des points d'interrogation, puis une situation qui n'est pas encore tout à fait cernée et réglée.*

36:26 ( 0:21:03.04 [0:01:01.36] )

Megan, por su parte, asegura tener esperanzas en que la Dirección del MCH entienda la importancia que tiene la ISP para los profesionales de la salud, aunque asegura que hay una previsión de recortes para estos servicios. No obstante, asegura desconocer si dicha reducción se debe a que estos servicios no están vistos como una gran prioridad o a la necesidad del MCH de reducir los gastos.

Aunque los entrevistados no disponen de la información necesaria para asegurar que su percepción es una representación de la realidad, opinan que los propios intérpretes consideran que prestan un buen servicio. Geneviève piensa que los intérpretes también están satisfechos con el trato recibido en el contexto sociosanitario. Igualmente, Stéphanie espera que los intérpretes sientan el reconocimiento de la calidad de su trabajo. Afirma que los profesionales de la ISP saben que tienen un papel clave en la comunicación, aunque no sabe si esto se reconoce lo suficiente. Sea como fuere, Mylène imagina que los profesionales de la ISP se sienten útiles. En línea con esto, Geneviève cree que se dan cuenta de que su trabajo es esencial para el seguimiento de ciertos

usuarios, así como de la importancia que tiene su trabajo dentro del sistema sanitario. Megan considera que los intérpretes se suelen sentir orgullosos de su trabajo, pues sienten que son una parte del equipo sanitario, defienden los intereses de sus pacientes y espera que observen el valor de sus servicios:

*I think a lot of them take a pride out of what they do, I think they feel they are an essential part of the healthcare team, which they are... eh, and a lot of them will... eh, as I said, advocate for their patients and probably derive like a real sense of... of value from their work.*

48:26 ( 0:18:25.31 [0:00:20.06] )

Mélodie apunta que los profesionales de la ISP deben hacer frente a diversas dificultades en su trabajo, entre las que destacan el hecho de tener que tomar distancia de los casos, que pueden resultar traumáticos (tratando temas como la violencia de género, etc.) y el hecho de que no todos los usuarios hablan de manera clara. La entrevistada reconoce que esto debe suponer un reto para el intérprete. Ioana también reconoce dicha dificultad. Comenta que en ocasiones los intérpretes hacen frente a situaciones complicadas (violencia, abusos sexuales, violencia de género, suicidio...). Para la entrevistada una dificultad añadida al trabajo de estos profesionales es no saber con qué temas se van a encontrar.

Los profesionales de la salud parecen percibir una buena calidad en los servicios de ISP que se les ofrece. Por esta razón, Mylène asegura que ningún profesional de la salud se va a negar a trabajar con ISP e incluso afirma que si hubiera más intérpretes, el servicio sería todavía mejor. Natacha, por su parte, considera los servicios de ISP importantes y eficaces, aunque considera que esto es algo muy personal, pues a algunas personas no les gusta trabajar con un intérprete. En este sentido, aunque Ioanna tiene experiencias positivas con este tipo de servicios, afirma que algunas personas no tienen tanta apertura hacia la ISP. Desconoce lo que piensan el resto de sus compañeros, aunque sabe que algunas personas muestran reticencias hacia el trabajo con intérpretes. De este modo, Megan asegura que la calidad de estos servicios es percibida por los profesionales de la salud de manera diferente según dónde trabajan. Igualmente, Marie-Ève indica que esto también varía en función del profesional de la ISP con quien se interviene, de modo que si bien la manera de trabajar de los intérpretes del BII es más uniforme, los de los externos al BII no tienen tanta formación, con lo que la calidad de sus intervenciones resulta más compleja de analizar. Veamos sus propias palabras:

*Je pensé que... elle est perçue... ça dépend encore, ça fluctue. Pour les interprètes de l'Agence, je pense qu'elle est perçue comme plus uniforme, pour les interprètes qui ne proviennent pas de l'Agence... ben, des fois c'est un peu plus fluctuable, parce que tu vois que la formation n'est pas nécessairement là, puis c'est un peu plus complexe.*

39:22 ( 0:21:52.65 [0:00:23.51] )

Dan añade que no hay quejas significativas al respecto. Si bien en contadas ocasiones se han tenido pequeños problemas puntuales con algunos intérpretes, se ha pedido que no volvieran a enviar a la persona en cuestión, con lo que se ha reconducido la situación. Finalmente, Melissa asegura que, a pesar de desconocer cómo el equipo de profesionales de la salud percibe la calidad de los servicios de ISP recibidos, reconoce la existencia de una frustración generalizada ante la dificultad de acceder a dichos servicios fuera del horario establecido.

De la información obtenida en las entrevistas a profesionales de la salud, se extrae que los usuarios perciben calidad en los servicios de ISP recibidos. Natacha comenta que los usuarios alófonos parecen más cómodos cuando se les presta servicios de ISP. Igualmente, afirma que actúan de una manera más autónoma y empiezan a entrar en la comunicación de manera activa, mientras que, sin estos servicios, la comunicación era, según comenta la entrevistada, unilateral:

*Je... ceux que j'ai vue qui l'avait... j'ai l'impression... eh... eh... ben, j'ai l'impression qu'ils aiment ça, parce que tu vois qu'ils sont plus... dans... pendant l'interview, plus relax... puis, comme j'ai dit, ils... ils deviennent plus autonomes... Ils arrivent vraiment à dire ce qu'ils ont... à passer le message, alors que avant c'était vraiment un sens unique, alors ils faisaient que prendre l'information l'information qu'ils comprenaient pas, alors que là ils peuvent rajouter des choses, tu vois, quelqu'un a un interprète, si il y a pas l'interprète, tu sais... tu sens qu'ils sont plus stressés, « qu'est-ce qui va se passer ? »... tandis que là, ils sont plus... aptes à nous écouter, parce que... ils ont le message qui est traduit.*

38:13 ( 0:06:34.72 [0:00:41.26] )

Marie-Ève considera que la percepción de la calidad de los servicios de ISP por parte de los usuarios varía. Comenta que se debe tener en cuenta la situación del país para elegir el intérprete de un usuario en concreto, pues si no se es cuidadoso se pueden retomar preocupaciones que el usuario había dejado en su país de origen (como conflictos entre castas, conflictos religiosos, etc.) y esto puede influir negativamente en la calidad de los servicios prestados. Igualmente, Dan señala la negación de algunos usuarios a la intervención de profesionales de la ISP del otro sexo, dado que se sienten incómodos tratando según qué temas, por motivos culturales. El entrevistado comenta que al tratar a familias procedentes del Oriente medio, ha observado que los hombres se sienten incómodos con mujeres intérpretes. Stéphanie destaca haber observado actitudes de desconfianza en algunos usuarios, por miedo a que la información compartida llegue a la comunidad. Sin embargo, cuando tienen confianza con el intérprete, éste se puede llegar a convertir en casi un confidente, alejando un poco en ocasiones al profesional de la salud, lo que este último tiene que redirigir.

De acuerdo con Geneviève, en ocasiones se llega a depender del profesional de la ISP, hasta el punto en que se solicitan los servicios de la intérprete propia del centro en el que trabaja la entrevistada para solucionar situaciones externas al ámbito sanitario (como la lectura de cartas de HidroQuébec). La entrevistada comenta a este respecto que, si bien

la intérprete les ayuda, en algunas ocasiones se ve obligada a establecer unos límites, lo que puede descontentar al usuario. A este tenor, Dan comenta que se puede dar el caso opuesto. Es decir, que si en alguna ocasión algún intérprete encuentra mayores dificultades o sobrepasa sus límites profesionales, esto puede tener un impacto negativo en el nivel de comodidad del usuario. Aun así, Mélodie reflexiona que es difícil saber la opinión del usuario en ausencia del intérprete porque no hablan la lengua. Menciona que cuando el intérprete no está disponible y les preguntan acerca de la comprensión que consiguen con el uso de ISP, a veces encuentran que algunas cosas no están claras. No obstante, no puede profundizar mucho más dado que no habla la lengua de los usuarios y cualquier otro comentario al respecto sería meramente especulativo.

## **4.8. Informe de análisis de los cuestionarios realizados a usuarios de los servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés**

En este informe expongo el análisis de las respuestas de los 9 cuestionarios rellenados por los usuarios de los servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés que participaron en el estudio. Concretamente, la totalidad de los cuestionarios han sido rellenados por usuarios de los servicios de interpretación del BII.

Tras exponer el perfil de los usuarios que han respondido a estos cuestionarios, muestro cómo estos describen los servicios recibidos. De este modo, a partir de la información obtenida, expongo las diferentes maneras en que los encuestados, usuarios alófonos de los servicios de salud montrealés, se comunican con los profesionales de la salud. Todo ello, incidiendo en las preferencias manifestadas, su nivel de satisfacción en la comunicación, etc. Acto seguido, presento cuál es, en su opinión, el perfil ideal del profesional de la ISP. Por último, describo brevemente la práctica de la ISP en el ámbito sanitario montrealés desde el punto de vista de los usuarios.

### **4.8.1. Perfil de los encuestados**

Gracias al análisis de las variables demográficas recogidas en estos cuestionarios, expongo el perfil de los usuarios que han respondido a los cuestionarios:

- Sexo  
El porcentaje de mujeres encuestadas es de un 55,56 %, cinco veces la cantidad de hombres, que ha resultado ser de un 11,11 %. Por otra parte, el porcentaje de personas que no han querido revelar su sexo ha sido de un 33,33 %.
- Edad  
Para el estudio de esta variable se sugirieron múltiples respuestas presentadas a modo de rangos de edad. Como se puede observar, la respuesta más recurrente entre los encuestados fue la del intervalo [31-40]. De la información obtenida se infiere que las edades de los usuarios de estos servicios se distribuye de la

siguiente manera: un 44,44 % tiene edades comprendidas entre los 31 y 40 años, un 22,22 % entre 41 y 50, otro 22,22 % representa a los mayores de 60 años y un 11,11 % a los entrevistados de edades comprendidas entre los 21 y los 30 años.

- Lengua materna

Los datos recogidos mediante los cuestionarios revelan que únicamente personas hispanohablantes rellenaron los cuestionarios de este estudio. De hecho, la lengua materna de todos los usuarios que han respondido a los cuestionarios es el español.

- Nivel de estudios

El nivel de estudios es una variable cualitativa, que se ha agrupado por rangos. En la siguiente tabla vemos como el valor más frecuente se encuentra en los estudios de ciclo medio, con un 55,56 %. El siguiente nivel de estudios por abundancia de sujetos es el nivel avanzado, con un 33,33 %, seguido de los usuarios sin estudios, que representan el 11,11 % de los encuestados.

#### 4.8.2. La comunicación entre los usuarios alófonos y los miembros del personal sanitario

Como se observa en el gráfico siguiente, la mayoría de los encuestados (concretamente un 66,67 %) se siente más cómodo cuando en su comunicación con el personal sanitario cuenta con los servicios de un intérprete o familiar, frente a un 11,11 % que se siente más cómodo con la intervención de un familiar, otro 11,11 % que prefiere afrontar solo la situación comunicativa en ámbito sanitario (a pesar de las dificultades encontradas) y otro 11,11 %, que se siente igual de cómodo cuando su acompañante es un intérprete como si es un familiar.

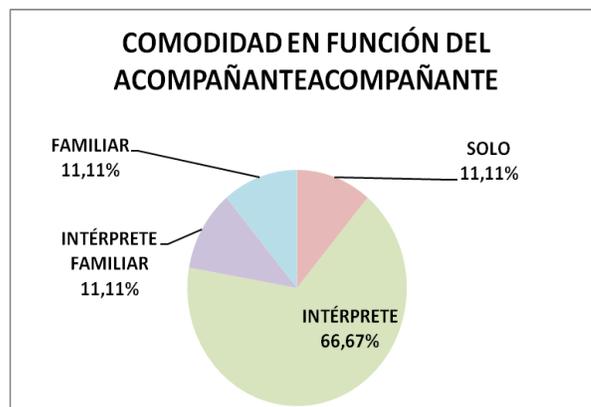


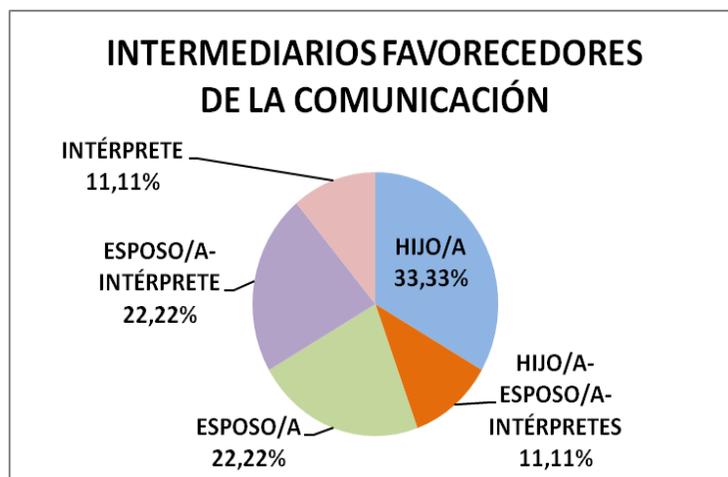
Gráfico 21. Nivel de comodidad en presencia o ausencia del intérprete.

Cuando los encuestados acuden a una visita médica acompañados por una tercera persona, ésta suele ser un profesional de la ISP o un familiar. Así, tan solo un 11,11 % asegura acudir acompañado de un intérprete a sus visitas médicas. Por otra parte, un

33,33 % de los encuestados afirma acudir a menudo acompañado por un intérprete o por un familiar, mientras que un 55,55 % asegura contar frecuentemente con la intervención de un familiar (ya sea hijo o cónyuge) en dichas situaciones.

De entre aquellos que aseguran contar generalmente con la ayuda de un intérprete o familiar, únicamente un 33,33 % (el 11,11 % del total de los encuestados) afirma recurrir ya sea a la intervención de un intérprete, de un hijo/a o de su cónyuge, mientras que el 66,67 % restante (el 22,22 % del total) recurre a la intervención de un intérprete o de su cónyuge, indistintamente.

Por otra parte, un 22,22 % del total afirma acudir habitualmente a sus visitas médicas con su cónyuge con tal de establecer la comunicación con el personal sanitario, mientras que un 33,33 % certifica recurrir con asiduidad a sus hijos con tal de comunicarse en el ámbito sanitario.



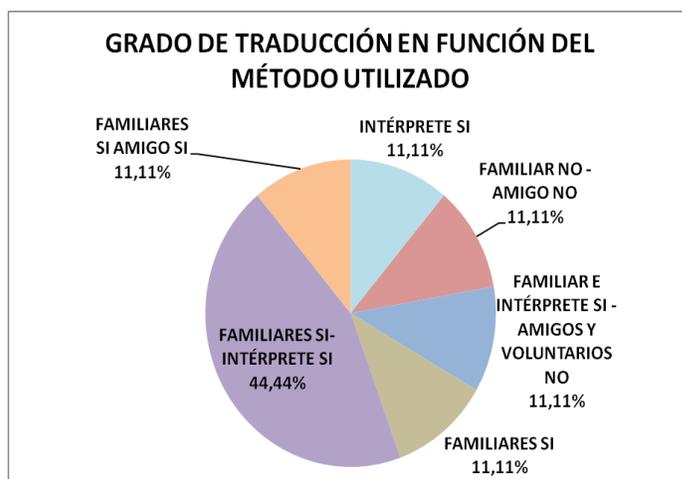
**Gráfico 22. Intermediarios favorecedores de la comunicación en los servicios públicos del ámbito sanitario.**

La gran mayoría de los encuestados, un 88,89 %, niega recibir documentos informativos sobre el problema tratado traducidos a su idioma en sus visitas médicas. A este porcentaje le sigue un 11,11 %, que afirma recibirlos a veces.

En referencia a si las terceras personas que intervienen en las visitas médicas traducen o no todo lo que se dice en ellas, los encuestados responden de la siguiente manera:

- Un 11,11 % de los encuestados aprecia que los intérpretes traducen la totalidad del intercambio conversacional.
- Otro 11,11 % opina que los familiares que les acompañan a las visitas traducen todo lo que se dice en las consultas.

- Un 44,44 % de los usuarios considera que tanto los intérpretes como los familiares traducen la totalidad de la información compartida a lo largo de las visitas médicas.
- Un 11,11 % opina que tanto familiares como amigos traducen todo lo que se dice en las consultas, frente al mismo porcentaje (11,11 %) que afirma que estos no lo consiguen.
- Y por último, otro 11,11 % opina que la totalidad de la conversación es traducida por familiares e intérpretes pero no lo es por amigos y voluntarios.



**Gráfico 23. Gado de traducción en función del método utilizado.**

La mayoría de los encuestados (un 55,56 % del total) se muestran satisfechos tanto con la intervención de sus familiares como con la de los profesionales de la ISP.

Un 33,33 % del total de encuestados, se muestra totalmente satisfecho ante la intervención de un intérprete, aunque se abstiene de valorar su nivel de satisfacción ante las intervenciones de familiares o amigos. Y por último, un 11,11 % se reconoce satisfecho con las intervenciones de estos últimos, aunque no opina sobre las intervenciones de los intérpretes.

#### **4.8.3.El perfil del profesional de la ISP según las preferencias de los usuarios**

La mayoría de los encuestados, un 77,78 %, prefiere que el intérprete sea una persona no autóctona, sin dar más importancia a otras características como la edad o el sexo del mismo.

Veamos los datos obtenidos acerca de estos tres valores (origen, edad y sexo) de una manera más detallada:

- Edad

La totalidad de los encuestados afirma no tener preferencias acerca de la edad del profesional de la ISP.

- Origen

Un 88,89 % de los encuestados prefieren que el intérprete comparta su lengua materna y tenga conocimientos de la lengua del país de acogida, frente a un 11,11 % que se muestra más partidario de un profesional autóctono con conocimientos de la lengua del usuario.

- Sexo

La mayoría de los encuestados (un 77,78 %) se muestra indiferente ante el sexo del intérprete. Sin embargo, un 22,22 % prefiere un profesional de la ISP de sexo femenino.

A la pregunta acerca de qué aptitudes se valoran más en un intérprete tan sólo han respondido el 55,56 % de las personas encuestadas, el resto ha contestado de manera errónea.

En el siguiente gráfico expongo las aptitudes del profesional de la ISP más valoradas por los usuarios, según su importancia. Observaremos que, con un porcentaje del 17,09 %, la aptitud que los encuestados consideran más importante en un intérprete es el dominio de la lengua materna del usuario. En segunda posición, nos encontramos con el dominio del francés y/o inglés con un 12,00 %. En tercer lugar encontramos la simpatía, con un 11,64 %. A continuación ubican el conocimiento de ambas culturas, con un 10,91 %. En quinto lugar, los usuarios han valorado la predisposición, con un 10,55 %. La sexta aptitud más valorada por los usuarios (con un 9,82 %) es la paciencia del profesional de la ISP. La séptima posición la ocupa la neutralidad del intérprete, con un 9,09 %. En octava posición, encontramos, con un 6,91 %, con la confidencialidad. En penúltimo lugar, con un 6,55 %, se encuentra la seriedad y, por último, en décima posición, la solidaridad del intérprete, con un 5,45 %.

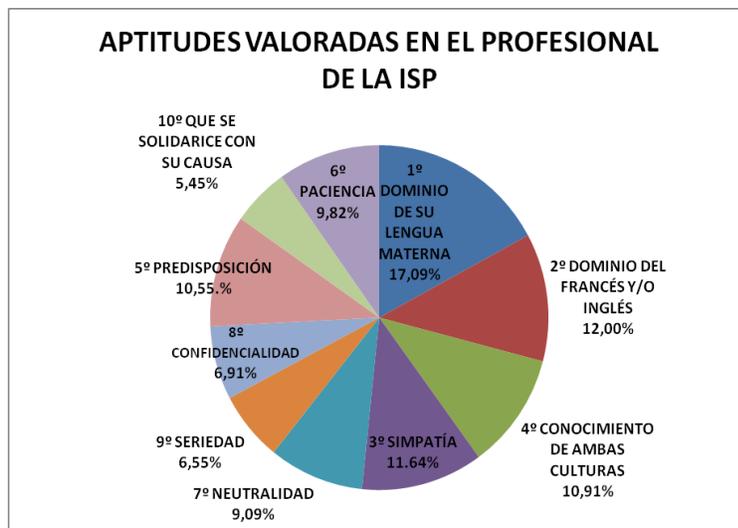


Gráfico 24. Aptitudes del profesional de la ISP en función de la valoración de los usuarios.

#### 4.8.4. Descripción de los servicios de ISP ofertados en el ámbito sanitario montrealés

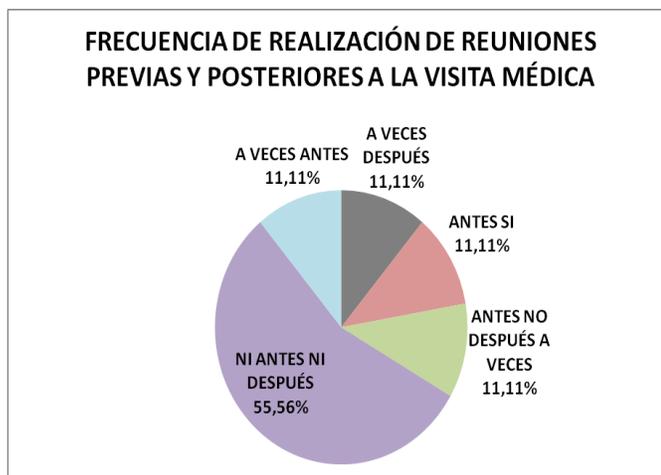
El 44,44 % de los encuestados asegura haber sido asistido por profesionales de la ISP en tareas distintas a la interpretación, como la asistencia a la hora de rellenar formularios o acordar citas, sugerencia de libros, lugares o aspectos relacionados con los idiomas o consejos (ya sean generales o de salud). Concretamente, un 33,33 % afirma rotundamente que los intérpretes les asisten en otras tareas a parte de la de interpretación y un 11,11 % asegura que en ocasiones estos les asisten en otras tareas, mientras que un 55,56 % niega haber recibido otros servicios de dichos profesionales.

Un 66,67 % de los encuestados afirma no recibir explicaciones del intérprete acerca de la cultura mayoritaria. Sin embargo, un 33,33 % asegura recibir explicaciones de este tipo. De entre los que aseguran recibir información en caso de malentendido cultural, el 33,33 % asegura recibirlo siempre, mientras que un 66,67 % lo recibe ocasionalmente.

#### 4.8.5. Implementación de los servicios

La mayoría de los encuestados, un 55,56 %, afirma no haberse reunido nunca con el intérprete, ni antes ni después de la visita médica. Sin embargo, un 22,22 % garantiza mantener reuniones con el profesional de manera previa, un 11,11 % afirma tenerlas de manera previa ocasionalmente y otro 11,11 % asegura no tenerlas nunca de manera previa pero en ocasiones sí de manera posterior.

De entre aquellos que afirman celebrar reuniones con el profesional con anterioridad a la visita médica, el 50,00 % asegura tenerlas siempre, mientras que el resto sólo a veces.



**Gráfico 25. Frecuencia de realización de reuniones previas y posteriores a la visita médica trialógica.**

Un 66,67 % de los encuestados asegura dirigirse al intérprete en la comunicación a tres en el contexto sanitario, mientras que un 22,22 % afirma dirigirse al profesional de la salud. Asimismo, un 11,11 % garantiza dirigirse a ambos indistintamente.

Igualmente, un 88,89 % de los encuestados afirma solicitar aclaraciones cuando no entiende la prestación del intérprete, mientras que un 11,11 % afirma no solicitar aclaraciones.

La gran mayoría de los encuestados (un 77,78 %) opina que los intérpretes son imparciales en su trabajo. Sin embargo, un 11,11 % opina que éstos se posicionan en la conversación en defensa de los usuarios. Cabe destacar que un 11,11 % no contesta a esta pregunta.

Por otra parte, un 88,89 % de los encuestados niega haber sido aconsejado por un intérprete acerca de cómo responder las preguntas del personal sanitario, frente a un 11,11 % que afirma haber recibido consejos de este tipo en ocasiones.

#### **4.8.6. Nivel de satisfacción de los usuarios**

El 100 % de los usuarios que han respondido al cuestionario considera satisfactorio el acceso a los servicios de interpretación del ámbito sanitario montrealés.

En lo que se refiere a la cobertura lingüística de los servicios ofertados, una gran mayoría (el 88,89 %) confiesa no haberse encontrado nunca con un intérprete que no hablase su misma lengua o dialecto. Sin embargo, un 11,11 % afirma haber experimentado dicho problema, aunque asegura que esto no supuso un mayor problema, dada la facilidad de comprensión de dicho dialecto.

Se observa un elevado grado de satisfacción generalizado respecto a los servicios de ISP del ámbito sanitario de Montreal. Concretamente, los usuarios que se reconocen muy satisfechos ascienden a un 44,44 % del total. Los que se muestran satisfechos representan otro 44,44 %. El resto (un 11,11 %), afirma estar bastante satisfecho con los servicios recibidos.

La inmensa mayoría de los encuestados (un 88,89 %) asegura que, cuando cuenta con los servicios de un intérprete, comprende y se hace comprender perfectamente. Sin embargo, un 11,11 % afirma no llegar siempre a comprender la totalidad del intercambio conversacional.

La totalidad de los encuestados considera que el servicio de interpretación ha mejorado la relación del personal sanitario con los pacientes.

#### **4.8.7. Aspectos mejorables de los servicios de ISP**

Esta pregunta abierta tuvo una participación del 55,56 %. En ella, un 22,22 % del total de los encuestados opinan que los servicios de ISP recibidos en el ámbito sanitario montrealés no necesitan mejorar. En cambio, un 11,11 % sugiere que el número de profesionales de la ISP debería, en su opinión, ser mayor. Otro 11,11 % indica que se les tendrían que realizar más encargos a los intérpretes e invita a mantener la calidad de los servicios prestados. Finalmente, otro 11,11 % asegura que se debería contar con intérpretes siempre, con tal de poder disponer de ellos ante cualquier necesidad.

## Segunda parte

En esta segunda parte del análisis procedo a triangular la información obtenida a partir de las entrevistas a profesionales de la ISP, gestores de este tipo de servicios y profesionales de la salud, con la obtenida mediante los cuestionarios rellenos por usuarios de dichos servicios.

### 4.9. Informe de triangulación de la ciudad de Barcelona

#### 4.9.1. La comunicación entre los miembros del personal sanitario y los usuarios alófonos

Todos los perfiles de la muestra de este estudio describen métodos alternativos a la ISP mediante los cuales los profesionales de la salud se comunican con los usuarios alófonos (o al menos lo intentan). Los gestores, los profesionales de la ISP y los de la salud coinciden en enumerar los siguientes métodos de comunicación alternativos a la ISP:

- Acompañantes

Los gestores, así como los profesionales de la ISP y los de la salud apuntan que frecuentemente los usuarios acuden a la consulta acompañados por una tercera persona que interviene para facilitar la comunicación. Dicha situación, según los profesionales de la ISP, a menudo es propuesta por los profesionales de la salud. Estos últimos coinciden con los profesionales de la ISP en señalar que cuando un usuario acude acompañado, no se recurre a la ISP pues, de acuerdo con lo que se extrae de las entrevistas a los profesionales de la salud, para algunos ésta es una solución más cómoda que la ISP. No obstante, los profesionales de la ISP destacan que dichos acompañantes suelen cometer errores involuntarios que no cometería un profesional de la ISP. Esta información es corroborada por los profesionales de la salud, quienes aseguran que los acompañantes de los usuarios no siempre llegan a transmitir el mensaje sanitario en condiciones, dado que, si bien presentan un nivel de dominio lingüístico superior al del usuario, éste también suele resultar insuficiente para mantener una conversación de especialidad. Además, los gestores insisten en que el recurrir a la intervención de acompañantes vulnera la privacidad y la intimidad del usuario. Con todo, en las entrevistas a los diferentes miembros del personal sanitario se observa que la intervención de un profesional de la ISP les aporta mayor seguridad. La

información obtenida a partir de la distribución de cuestionarios a usuarios de estos servicios ratifica dicha idea. Así, teniendo en cuenta que únicamente un 53,46 % de los respondientes se pronuncian acerca del grado de traducción alcanzado por los profesionales de la ISP, se observa que la totalidad de dichos respondientes opina que los profesionales de la ISP traducen toda la información compartida a lo largo de las visitas médicas. En cambio, en lo referente al grado de traducción alcanzado por los acompañantes de los usuarios, se pronuncia únicamente el 31,68 % de los encuestados. De dicho porcentaje, un 65,63 % (que representa un 20,79 % del total) creen que las personas no profesionales que les acompañan a las visitas traducen todo lo que se dice, frente a un 34,37 % (que representa un 9,9 % del total) que opina que las personas no profesionales no traducen la totalidad de la información.

- Acompañantes menores de edad

Tanto los gestores como los profesionales de la salud y los de la ISP destacan que, en ocasiones, estos acompañantes llegan a ser menores de edad quienes, dada su escolarización en el país, tienen un buen dominio de la lengua. En este sentido, un 10,98 % de los usuarios encuestados afirman recurrir a sus hijos con tal de comunicarse con los profesionales de la salud. Si bien algunos profesionales de la salud apoyan dicha práctica, los profesionales de la ISP y los gestores de dichos servicios que tratan el tema tienden a resaltar la necesidad de evitar que se utilicen niños a modo de intérpretes *ad hoc*.

- Material lingüístico en varios idiomas, clasificable en:
  - Guías de conversación en el ámbito sanitario
  - Listas de vocabulario
  - Formularios multilingües
  - Anuncios y carteles con información acerca del centro sanitario
  - Manuales de acogida
  - Programas multimedia: Los profesionales de la salud enumeran, concretamente, el Google Translate y el Universal Doctor, aunque afirman que el nivel de comodidad alcanzado con ellos es insuficiente.

Según los datos recogidos de los profesionales de la salud, no todos utilizan este tipo de material, pues les resulta pesado, por lo que recurren a él exclusivamente cuando no se dispone del profesional de la ISP.

De los cuestionarios realizados a los usuarios se extrae que un 38,61 %, de los encuestados no ha recibido documentos traducidos a su idioma frente a un 25,74 % que afirma recibirlos y un 32,67 % que los recibe a veces (quedando un 2,97 %, que no se pronuncia al respecto).

A los métodos de comunicación anteriormente citados, los profesionales de la ISP y los de la salud añaden la comunicación por gestos. Además, los profesionales de la salud y los gestores afirman que, ante la falta de disponibilidad de servicios presenciales, se recurre al servicio de interpretación telefónica del Departament de Salut, conocido en el momento de la fase de observación de este estudio como Sanitat Respon. No obstante, cabe destacar que si bien algunos profesionales de la salud consideran este servicio más que suficiente, en detrimento de los servicios de ISP presenciales, a la mayoría les resultan más cómodos (y en ocasiones más efectivos) los servicios presenciales.

Por su parte, los profesionales de la salud los completan con los siguientes:

- Profesional bilingüe

De las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud se extrae que algunos recurren a sus conocimientos (a menudo básicos) de otros idiomas con tal de comunicarse con algunos usuarios, ya sea para hacerlo en el idioma del usuario o en un tercer idioma común.

- Dibujos

Las entrevistas a profesionales de la salud ponen de manifiesto que, en situaciones extremas, se ha llegado a recurrir al trazado de dibujos, así como a señalar la zona afectada en el paciente en pósteres, con tal de ofrecer un diagnóstico.

En los cuestionarios rellenados, los usuarios proporcionan información tanto sobre cuáles son los métodos de comunicación más utilizados para salvar las barreras comunicativas en contexto sanitario, como sobre sus preferencias al respecto (aunque un 0,99 % no contesta a estas preguntas). La información obtenida revela que cuando acuden a una visita médica acompañados por una tercera persona, raramente ésta es un profesional de la ISP. De hecho, un escaso 14,85 % de los encuestados afirma afrontar sus visitas médicas acompañado por un profesional de la ISP. Si bien un 30,69 % asegura asistir a sus consultas ya sea acompañado de un profesional de la ISP o de un familiar o amigo, según las disponibilidades, un 53,47 % confiesa personarse generalmente en los centros de salud acompañado por algún familiar o amigo.

A modo de curiosidad, destaca el dato obtenido sobre la nacionalidad de los amigos acompañantes. En sus cuestionarios, un 61,9 % afirma recurrir habitualmente a personas de su misma lengua materna, con conocimientos de español y/o catalán, mientras que solamente un 38,1 % acude con amigos cuya lengua materna es el español y/o catalán y dominan la lengua materna de los usuarios.

De acuerdo con los datos obtenidos en los cuestionarios, la mayoría de los encuestados se muestran satisfechos tanto con la intervención de sus familiares y amigos (con un 58,42 % de satisfechos) como por la de intérpretes o mediadores interculturales (con un 73,27 % de satisfechos, de entre los cuales, un 72,98 % también están satisfechos con

otros acompañantes). Aún así queda un insignificante 16,83 % que afirma quedar insatisfecho ante la intervención de cualquier tercera persona. Recordemos que un 4,95 % no contesta a esta pregunta.

Sea como fuere, los cuestionarios permiten organizar estos métodos de comunicación en función del orden de preferencia de los usuarios. Según los datos obtenidos, en primer lugar encontramos los servicios de un profesional de la ISP (con un 69,31 %), aunque algunos de los partidarios de utilizar los servicios de ISP (un 20,79 %) afirman sentirse igualmente cómodo con un familiar. Acto seguido encontramos, según el orden de preferencia manifestado por los respondientes, tanto la intervención de un familiar como la comunicación de manera autónoma por parte del propio usuario, ambos con un 3,96 %.

#### **4.9.2. Los participantes de la situación comunicativa**

Antes de profundizar en los servicios de ISP propiamente dichos, se ha considerado esencial examinar qué actores intervienen en dicha práctica. La situación comunicativa en ISP cuenta con participantes tanto primarios (el profesional de la salud y el usuario) como secundarios (el profesional de la ISP). No obstante, tal y como se ha visto en el análisis de los datos obtenidos, en el ámbito sanitario Barcelonés esta condición de secundario del profesional de la ISP se ve en ocasiones descuidada, dadas las funciones que le son atribuidas, así como las actitudes tomadas en la propia interacción. De hecho, esta figura llega, en ocasiones, a participar de manera activa de la conversación en el contexto sanitario. Si bien este tema será tratado con posterioridad, en esta sección describo el perfil de todos los participantes de la situación comunicativa en ISP clasificándolos en los grupos mencionados.

Tanto los profesionales de la salud como los profesionales de la ISP y los gestores de dichos servicios afirman que este tipo de servicios es utilizado por todos los miembros del personal sanitario que necesitan comunicarse con usuarios alófonos. Los tres perfiles de entrevistados destacan por su frecuencia de uso de estos servicios a los médicos, dado que se trata del perfil profesional más abundante tanto en centros de atención primaria como en hospitales, seguidos del personal de enfermería. A esto, los profesionales de la ISP añaden que dichos médicos son tanto médicos de familia como especialistas (ginecólogos, pediatras, endocrinos, radiólogos, etc.). Como se verá más adelante, los profesionales de la salud destacan un trato especial con los trabajadores sociales, con quienes trabajan de manera muy cercana.

Los gestores insisten en que el uso de servicios de ISP es proporcional al número de profesionales de cada perfil, así como al contacto de cada uno de ellos con usuarios alófonos. Así pues, tanto profesionales de la ISP como gestores enfatizan que estos servicios también son utilizados por miembros del personal de enfermería, miembros del personal administrativo, trabajadores sociales, etc. En las entrevistas realizadas a los gestores de los servicios de ISP se ha puesto de manifiesto que estos últimos tienen una manera especial de trabajar con los servicios de ISP. Esto es debido a que los

profesionales de la ISP pueden llegar a detectar en sus usuarios problemas de carácter social, difíciles de observar para un profesional del trabajo social, dada la barrera idiomática existente entre ambos. Así, de acuerdo con los gestores, se observa que, en sus actuaciones con trabajadores sociales, los profesionales de la ISP pueden trabajar de dos maneras distintas, ya sea como facilitadores de la comunicación entre el profesional y el usuario o como comediantes, bajo la dirección del trabajador social, colaborando activamente en la interacción del usuario con otros profesionales de la salud. De esta manera, las funciones del profesional de la ISP se llegan a solapar con las del trabajador social.

Los profesionales de la salud, los profesionales de la ISP y los gestores de los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés entrevistados describen a los usuarios de dichos servicios como personas que encuentran barreras en la comunicación en dicho contexto. De acuerdo con los dos perfiles mencionados, dichas barreras pueden ser lingüísticas (pues no presentan un nivel de dominio elevado de las lenguas española ni catalana) o culturales (ya que, según revelan los profesionales de la salud y los de la ISP, proceden de realidades culturales muy diversas, a menudo con su propia cultura sanitaria, en ocasiones muy distinta a la autóctona).

Los profesionales de la ISP afirman que el perfil del usuario de sus servicios es muy variado. En lo referente a la edad de los mismos, tanto los gestores de estos servicios como los mismos profesionales de la ISP aseguran tener usuarios de todas las edades. Los profesionales de la ISP afirman atender desde usuarios recién nacidos (acompañados por sus padres), hasta a personas de muy avanzada edad, pasando por los jóvenes en edad laboral. Los cuestionarios pasados a los usuarios han puesto de manifiesto que el perfil de usuario más común es el de edades comprendidas entre los 21 y 60 años, siendo bastante escasos los menores de 18 y los mayores de 60 (que representan únicamente un representa el 4,95 % del total de encuestados). Aunque estos datos coinciden con la información proporcionada por los pocos profesionales de la ISP que han profundizado en esta pregunta, se podría valorar la existencia de un posible sesgo en las respuestas a esta pregunta, dado que puede que los menores de edad y los usuarios de edad avanzada hayan presentado una menor predisposición a participar en el estudio, debido a factores como el nivel de instrucción, que puede ser menor a edades tempranas o muy avanzadas. Igualmente, destacaremos que la mayoría de menores de edad acudirían a los servicios de salud acompañados por una figura paterna, que puede ser quien respondiera al cuestionario. Sea como fuere, se ha observado a partir de los cuestionarios realizados a la población usuaria de estos servicios que destacan por su recurso a la ISP los usuarios de los servicios de salud pública alófonos de entre 31 y 41 años (con un 39,60 %), seguidos de los de edades comprendidas entre los 21 y los 30 años (con un 21,78 %) y de los de entre 41 y 50 años (con un 18,81 %).

Por lo que respecta al sexo de los usuarios, si bien tanto los profesionales de la ISP como los gestores de este tipo de servicios afirman encontrar usuarios de ambos sexos, ambos perfiles advierten un mayor uso en mujeres que en hombres. De hecho, los gestores resaltan el recurso a estos servicios por parte de un elevado número de amas

de casa. Según los profesionales de la salud, esto puede ser debido a que, por norma general, son las mujeres quienes acompañan a los menores en sus visitas médicas. Sin embargo, de los datos obtenidos de los cuestionarios a los usuarios se podría extraer que es mucho mayor el número de hombres que acuden a estos servicios que el de mujeres, dado que el porcentaje de mujeres encuestadas (32,67 %) representa casi la mitad que el de hombres (60,40 %, teniendo en cuenta un 6,93 % que no respondió a dicha pregunta). Esto podría deberse a un posible sesgo motivado por varios factores: Por una parte, se ha visto en el análisis que las culturas de muchos usuarios son propensas a que sean los varones de la familia quienes tomen las decisiones, con lo que puede que dicho aspecto cultural haya influido en que hayan respondido al cuestionario más hombres que mujeres. Por otra parte, al igual que ocurría con el factor edad, podría haber influido el nivel de estudios de los respondientes.

En cuanto al nivel de instrucción de los usuarios, los profesionales de la ISP han asegurado que la mayoría tiene un nivel de estudios más bien bajo, insistiendo en que, por lo general, son personas analfabetas procedentes de zonas rurales. Insisten en que muchos no saben leer y escribir. Sin embargo, aseguran que hay una pequeña parte de sus usuarios que sí ha recibido una enseñanza, aunque ésta sea básica. Los cuestionarios realizados a los usuarios revelan que más de la mitad de los encuestados (un 52,48 %) afirman haber alcanzado un nivel de estudios máximo de ciclo medio, frente a únicamente un 30,69 % de encuestados que afirma tener un nivel de estudios avanzado. Igualmente, cabe recordar que un 9,90 % afirmaba no haber estudiado. En este sentido, puede que hayan respondido a estos cuestionarios un mayor número de hombres que de mujeres porque el porcentaje de analfabetismo entre las mujeres inmigrantes en nuestro país sea mayor que entre los hombres, a causa del estilo de vida propio de cada cultura. Igualmente, puede que se dé otro sesgo en la pregunta referente al nivel de instrucción, pues, por lo general, las personas que aceptan colaborar suelen ser los que cuentan con un cierto nivel, dejando de lado a aquellos que no saben leer ni escribir o encuentran dificultades. Por otra parte, de acuerdo con la información obtenida en las entrevistas a los intérpretes, tanto el escaso nivel de estudios como el estilo de vida propio de la mayoría de personas inmigradas a nuestro país, que dedican su tiempo a trabajar (en el caso de los varones) y a ocuparse de sus familias (en el caso de las mujeres), dificultan el aprendizaje del idioma autóctono. Esto se debe a que son personas con dificultades económicas, cuya primera prioridad es ganar dinero con tal de hacer prosperar a sus familias en este nuevo contexto, quedando poco tiempo para el aprendizaje del idioma (algo esencial a los ojos de la mayoría de profesionales de la salud). Aun así, de acuerdo con los profesionales de la ISP, algunos usuarios de los servicios de ISP cuentan con un nivel de dominio lingüístico (en español o en catalán) básico. No obstante, de las entrevistas realizadas a este perfil se extrae, contrariamente a lo que opinan un elevado número de profesionales de la salud, que dicho dominio lingüístico no resulta suficiente para la comunicación exitosa en contexto sanitario, dadas las especialidades del vocabulario utilizado. Por otra parte, los profesionales de la salud denuncian la falta de aprendizaje de las lenguas autóctonas (español y/o catalán) por parte de algunos usuarios afincados en el país durante años, subrayando, a su parecer,

una falta de interés que podría estar motivado, en parte, por la existencia de servicios de este tipo. De hecho, debido a tal falta de conocimientos lingüísticos, los profesionales de la salud han llegado a advertir una posible dependencia a la ISP por parte de algunos usuarios, que iría en detrimento de la voluntad de aprendizaje de las lenguas española y catalana, algo de imperativa necesidad en la opinión de los profesionales de la salud.

En otro orden de cosas, los profesionales de la salud destacan que a menudo los usuarios de los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés son inmigrantes clandestinos, que acuden a solicitar servicios de salud con un elevado nivel de inseguridad hacia las instituciones sanitarias y, por lo tanto, hacia el profesional que las representa, por miedo a las repercusiones que acudir a un servicio gubernamental les pueda acarrear. De este modo, los profesionales de la salud afirman que muchos de los usuarios de estos servicios suelen mostrarse distantes y a la defensiva en la comunicación. Además, tanto los profesionales de la ISP como los profesionales de la salud destacan un elevado desconocimiento del sistema sanitario por parte de estos usuarios. Esto, de acuerdo con ambos perfiles, provoca que no utilicen adecuadamente los servicios disponibles, tendiendo a sobreutilizar los servicios de urgencias. No obstante, como veremos más adelante, este problema se suaviza gracias a la ISP.

Si bien de acuerdo con los gestores de los servicios de ISP los idiomas más necesitados en la comunicación intercultural en el contexto sanitario han ido variando con la fluctuación de los flujos migratorios hacia el interior de las fronteras, de acuerdo con los gestores de los servicios de ISP, en el momento de realización de la observación de este estudio, las nacionalidades más atendidas eran la china, la magrebí (y población árabe, en general) y la rumana, seguidas de la rusa, la ucraniana, la india o la paquistaní. De acuerdo con los cuestionarios realizados a la población usuaria de los servicios de ISP, el idioma más utilizado es el chino (con un 42,57 %), seguido del inglés (con un 27,72 %), el árabe (con un 20,79 %), y el rumano (con un 8,91 %). Sin embargo cabe mencionar la existencia de un posible sesgo a este respecto, dado que los cuestionarios fueron traducidos únicamente al inglés, al francés, al árabe, al ruso y al chino, con lo que estos datos serían representativos únicamente dentro de dicho abanico lingüístico. Cabe subrayar que, como veremos en futuros apartados, los profesionales de la salud denuncian una necesidad importante de muchos otros idiomas que no se encuentran accesibles en estos servicios. En esta línea, los gestores de los servicios de ISP aseguran que el único motivo por el que se llega a excluir a un usuario de este tipo de servicio en el ámbito sanitario barcelonés es la falta de disponibilidad de un profesional de la ISP para una lengua dada en un momento determinado.

Cabe destacar que, si bien las personas procedentes de América latina no presentan problemas de lengua, los gestores abogan por ofrecerles servicios de ISP alegando que estos pueden tener problemas culturales o incluso de dialecto que pueden trabar la comunicación en el ámbito sanitario. Aun así, estos servicios son menos frecuentes que los de las lenguas anteriormente mencionadas.

Finalmente, es preciso insistir en que, según comentan los gestores de estos servicios, a medida que las diferentes comunidades de inmigrantes se van estableciendo en nuestra sociedad, van recurriendo en menor medida a la ISP. Esto se debe, de acuerdo con los gestores y profesionales de la salud, a que se van aumentando los conocimientos lingüísticos de las personas inmigrantes en español y/o catalán. No obstante, ambos perfiles coinciden en que la ISP es un recurso más que necesario para las personas recién llegadas.

En lo que concierne a los intérpretes, cabe destacar que, aunque tal y como se ha revelado en las entrevistas a profesionales de la ISP, gestores de estos servicios y profesionales de la salud, éstos no tienen, por norma general, estudios universitarios especializados en traducción e interpretación, no están considerados por dichos perfiles como intérpretes accidentales. Esto se debe a que cuentan con una formación específica, aunque en mediación intercultural. En las entrevistas realizadas a los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés se ha visto que el nivel de estudios de los mismos es muy variado: únicamente dos de los entrevistados afirman tener estudios de máster (uno de ellos en Traducción e Interpretación), otra entrevistada afirma haber realizado cursos de postgrado. Estos forman parte de los 10 entrevistados que afirman haber empezado (al menos) estudios universitarios. Otros tres entrevistados afirman haber recibido cursos de formación profesional, mientras que un entrevistado afirma haber concluido los estudios de bachillerato y otro admite no haber estudiado más allá de la secundaria. Sea como fuere, todos cuentan con un curso de especialización en mediación intercultural.

De acuerdo con los gestores de los servicios de ISP los servicios de salud barceloneses participantes, se ha observado que, por lo general, el profesional de la ISP es, en este contexto, una persona inmigrante, procedente de la misma cultura que el perfil de usuario al que atiende, que domina la lengua de la comunidad, así como la del país, y tiene conocimientos culturales y del sistema sanitario de ambos lugares. Esta información se ha confirmado gracias a la información recogida en las entrevistas a profesionales de la ISP, que demuestra que la totalidad de los profesionales de la ISP entrevistados son inmigrantes procedentes de la cultura del usuario. De acuerdo con lo que se ha manifestado tanto en las entrevistas a gestores de servicios de ISP como en las realizadas a profesionales de la ISP, estas personas se han dedicado a esta profesión a pesar de no ser su primera opción, dada la imposibilidad de continuar la profesión propia tras haber inmigrado. Estas personas han visto pues en la mediación intercultural una salida profesional en el país de acogida que, por norma general, no se habían planteado antes de inmigrar. Igualmente, en las entrevistas a profesionales de la ISP se ha declarado que las lenguas de trabajo de los entrevistados suelen coincidir con sus lenguas maternas, aunque también se ofrecen servicios de ISP en terceras lenguas. Esta información concuerda con las preferencias de los gestores de estos servicios, quienes afirman decantarse por profesionales de la ISP procedentes de la cultura de la minoría, que comparta lengua y cultura con usuarios. Igualmente, se corresponde con las preferencias manifestadas por los usuarios, quienes en los cuestionarios revelan que un 31,68 %, prefiere que el profesional de la ISP sea una persona no autóctona, sin

importarles la edad ni el sexo del mismo. Más concretamente, destacaremos que un 57,42 % del total de los entrevistados prefiere un profesional de la ISP que comparta su lengua materna y tenga conocimientos de la lengua del país de acogida, frente a un 32,67 % que se muestra más partidario de un profesional de la ISP autóctono con conocimientos de la lengua del usuario. Cabe destacar que este perfil de profesional de la ISP acarrea, de acuerdo con lo expuesto por los propios profesionales de la ISP, problemas puntuales cuando el mediador y el usuario de una misma cultura son de sexos diferentes, dado que en algunas culturas no se suelen tratar ciertos temas con personas del otro sexo. Esto, según comentan, lleva a menudo a la negación por parte del paciente a recurrir a los servicios de ISP. A este respecto, los datos obtenidos a raíz de los cuestionarios rellenados por los usuarios demuestran que un 50,49 % se muestra indiferente ante el sexo del profesional de la ISP, aunque un 27,72 % prefiere un profesional de la ISP de sexo femenino, frente a un 1,98 % que lo prefiere de sexo masculino. Cabe destacar que un 4,98 % no contesta a esta pregunta y otro 0,98 % lo hace erróneamente. Teniendo en cuenta que, tal y como comentábamos en el apartado destinado a la descripción del usuario la mayoría de los usuarios entrevistado eran hombres, los problemas generados a raíz de la diferencia de sexo entre el usuario y el profesional de la ISP parecen poco frecuentes. Por otra parte, los usuarios no han manifestado una preferencia importante en lo que respecta la edad del profesional de la ISP. De hecho, un 65,35 % se muestra indiferente, mientras que un 8,91 % prefiere que el profesional de la ISP sea menor de 25 años y un 14,85 % se decanta por un profesional de la ISP mayor de 25 años.

### **4.9.3. Multiplicidad de denominaciones**

Las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, los profesionales de la ISP y los gestores de estos servicios han puesto de manifiesto la existencia de dos perfiles profesionales que se ocupan de los servicios de ISP presencial en el ámbito sanitario barcelonés. Veamos cuáles son y en qué consisten, de acuerdo a los datos obtenidos a partir de las entrevistas anteriormente mencionadas:

#### **4.9.3.1. Mediadores interculturales**

De acuerdo con los entrevistados de los tres perfiles, la función principal de los mediadores interculturales es la de facilitar la comunicación entre el profesional y el usuario, realizando una interpretación de los diversos códigos culturales.

Los propios mediadores interculturales describen su figura profesional como un puente facilitador de la comunicación. De acuerdo con los profesionales de la salud, la mediación intercultural supone un valor añadido a la interpretación. Esto es así porque, según afirman, los mediadores interculturales añaden al código lingüístico la interpretación del código cultural. Según afirman los profesionales de la ISP, el mediador intercultural no toma parte activa en la conversación a tres tomando decisiones. Igualmente, los profesionales de la ISP destacan que si bien a los mediadores interculturales se les

atribuyen funciones relacionadas con la realización de labores comunitarias, como acompañamientos, dinamizaciones del tejido asociativo, etc., éstas no son el epicentro de su trabajo. Así, destacan que el trabajo de este perfil profesional se centra más bien en la realización de interpretaciones entre personas de dos culturas diferentes donde se requiere una descodificación cultural.

#### **4.9.3.2. Agentes de salud comunitarios**

De acuerdo con los tres perfiles de entrevistados, los agentes de salud comunitarios actúan de puente entre los servicios de salud y la comunidad con la que trabajan, aunque sus funciones se ven ampliadas respecto de las del mediador intercultural. De hecho, los tres perfiles coinciden en que estos profesionales no se limitan a facilitar la comunicación entre ambas partes, sino que también toman las riendas en actividades de promoción de la salud. Así, de acuerdo con los gestores de los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés, los agentes de salud comunitarios pasan a ser emisores de ciertos mensajes sanitarios. Estos mensajes son, de acuerdo con los profesionales de la ISP, explicaciones personalizadas relacionadas con la salud, las pruebas y el tratamiento de los pacientes. De este modo, de acuerdo tanto con los gestores como con los propios profesionales de la ISP y los profesionales de la salud, las funciones de este perfil sobrepasan las de mero comunicador.

Cabe señalar que aquellos profesionales de la salud que tienen a su disposición a agentes de salud comunitarios abogan por este perfil profesional, defendiéndolo como un modelo a implantar en otros centros de salud, dadas las funciones añadidas respecto del perfil de mediador intercultural.

#### **4.9.4. Condiciones laborales**

Únicamente los profesionales de la ISP y los gestores de estos servicios proporcionan información relacionada con la vinculación laboral de estos profesionales.

Los gestores revelan que los profesionales de la ISP no son empleados de los centros médicos, sino que trabajan para agencias externas, destinados por éstas en los diferentes centros médicos. De este modo afirman que no se encuentran contratados directamente por el ICS. En esta línea, los profesionales de la ISP manifiestan que, salvo en casos excepcionales, están contratados, aunque siempre por agencias externas. Los profesionales de la ISP destacan que la mayoría de ellos pertenecen o han pertenecido a un proyecto que la Obra Social La Caixa y el Institut d'Estudis de la Salut (IES) pusieron en marcha en diversos centros del Institut Català de la Salut (ICS). Así, los gestores subrayan que algunos mediadores interculturales disponen (o disponían en sus inicios en la profesión) de un contrato de prácticas, fruto de la realización del curso formativo en mediación intercultural que oferta el ICS junto con la Obra Social la Caixa. Dichos contratos han sido posibles, tal y como apuntan los profesionales de la ISP, gracias a una serie de subvenciones. Según los profesionales de la ISP, gracias al proyecto mencionado, la Obra Social La Caixa pone a disposición del ICS a sus mediadores

interculturales en prácticas y posteriormente es el Departament de Salut quien decide a qué centros destinarlos en función de las necesidades. Sin embargo, los gestores de los servicios de ISP añaden que en algunos centros, los profesionales de la ISP trabajan para una agencia externa subcontratada por el centro. En cambio, la única gestora de servicios de salud comunitaria entrevistada afirma que sus agentes de salud comunitarios dependen más bien de subvenciones y convocatorias públicas.

En cuanto a la categoría profesional de los profesionales de la ISP únicamente se ha obtenido información de la parte de los gestores. Según ellos, al no estar vinculados contractualmente con los centros sanitarios, los profesionales de ISP no tienen una categoría profesional dentro de los mismos. No obstante, algunos entrevistados los equiparan al personal auxiliar o administrativo.

Respecto la dedicación temporal de los intérpretes únicamente se ha pronunciado el perfil de los profesionales de la ISP. 6 de los 15 entrevistados afirman trabajar a jornada completa (al menos 40 horas semanales), mientras que el resto trabaja únicamente a tiempo parcial. Si bien una entrevistada ha recibido una ampliación horaria, éste es un caso aislado. De hecho, en los datos recogidos mediante las entrevistas a los profesionales de la ISP, se observa una tendencia a reducir la jornada laboral de los profesionales de la ISP. Igualmente, destaca el hecho de que a menudo la carga de trabajo es tal que impide que los profesionales de la ISP disfruten de sus descansos o que estos profesionales respeten la hora de inicio y fin de los servicios, pues a menudo afirman verse en la necesidad de alterar sus horarios con tal de atender a los pacientes que precisan de sus servicios. Así, su horario de trabajo se llega a ver ampliado, aunque no su remuneración.

Por lo que respecta a la remuneración de los profesionales de la ISP y las diferentes actividades profesionales extra a las que éstos se dedican, obtuve información de primera mano, extraída de las entrevistas a dicho perfil:

Un total de 11 de los 15 entrevistados afirman dedicarse exclusivamente a la ISP, aunque algunos desempeñan otras labores a modo de voluntariado. Los 4 profesionales de la ISP restantes, compaginan el trabajo en ISP con otros trabajos en diferentes ámbitos, alegando, en algunos casos, la necesidad de aumentar sus ingresos.

En cuanto a la remuneración recibida, los gestores resaltan que los profesionales de la ISP se encuentran bastante insatisfechos. Esto se corresponde con la información obtenida de estos últimos, pues 9 de los 15 profesionales de la ISP entrevistados consideran que su trabajo no está justamente remunerado. Dos de los entrevistados prefieren abstenerse de contestar a esta pregunta y otro entrevistado califica la remuneración que recibe de regular, mientras que en tres casos, la remuneración recibida se considera buena, dada la situación de crisis económica actual.

De las entrevistas realizadas a los profesionales de la ISP se extrae que, si bien suelen trabajar dentro de un equipo, los profesionales de la ISP opinan que su trabajo es muy autónomo. Esto es así dada la falta de supervisión y de apoyo por parte de un superior

jerárquico. Estos profesionales cuentan con un referente en los diferentes centros de salud, aunque destacan que éste no les es de suficiente ayuda, dado que no tiene los conocimientos necesarios para resolver todas sus dudas.

Con las entrevistas realizadas a los profesionales de la ISP se observa que todos tienen en el momento de la entrevista cierto nivel de experiencia en ISP dentro del ámbito sanitario (de entre 2 y 14 años). No obstante, no todos alegan una amplia experiencia en cuanto a contextos de trabajo, si bien algunos entrevistados aseguran tener experiencia en diversos ámbitos de la ISP. Cabe destacar que gran cantidad de profesionales de la ISP alegan experiencia prestando servicios de este tipo de manera privada, acompañando a usuarios a los diferentes servicios públicos.

#### **4.9.5. Criterios de selección de profesionales de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés**

De acuerdo con los profesionales de la ISP entrevistados, en el ámbito sanitario barcelonés no se exige un elevado nivel de dominio lingüístico, ni conocimientos de traducción ni de interpretación. Según comentan los entrevistados de este perfil, el único requisito indispensable es el de haber recibido una formación específica en mediación intercultural, ya sea si se va a trabajar como mediador intercultural o como agente de salud comunitario, pues la formación en mediación intercultural resulta necesaria como base de la formación extra que recibe un agente de salud comunitario.

#### **4.9.6. Formación en ISP**

Los profesionales de la salud reconocen la importancia de la formación en ISP. En esta línea, los gestores de los servicios de ISP afirman que los profesionales a su cargo cuentan con una formación específica en ISP centrada únicamente en el ámbito sanitario, esencial para poder trabajar en dicho contexto. Aseguran que no cuentan con una formación universitaria en traducción e interpretación, sino con una capacidad innata para esta práctica, trabajada a grandes rasgos en un curso de mediación intercultural. Afirman que dicha formación es oficial pero no reglada.

De acuerdo con los propios profesionales de la ISP, estos programas de formación son ofertados por diferentes asociaciones relacionadas con el ámbito de la inmigración (como *Bayt-al Thaqafa*), del ámbito de la salud (como Salut i Família), instituciones sanitarias (como ASEPEYO), fundaciones (como la Obra Social la Caixa) u organizaciones relacionadas con los servicios públicos (como Barcelona Activa). Igualmente confirman la información proporcionada por los gestores y profesionales de la salud, según la cual, algunos centros universitarios, como la Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu o el Hospital Vall d'Hebrón, colaboran en dichos programas formativos.

Según se observa en los datos recogidos mediante las entrevistas realizadas a los profesionales de la ISP, la mayoría de ellos han realizado un curso formativo fruto de un programa de mediación intercultural, que surge de un convenio entre La Obra Social la

Caixa y del Institut d'Estudis de la Salut (IES). Sin embargo, los cursos de especialización para agentes de salud comunitarios son impartidos, por lo general, por la Unidad de Medicina Tropical del CAP Drassanes. Los agentes de salud comunitarios insisten en que como requisito de entrada se exige que el aspirante a agente de salud comunitario haya realizado previamente un curso de formación en mediación intercultural.

Los gestores ponen de manifiesto la falta de exigencia de requisitos de acceso al curso de mediación intercultural, subrayando que algunos profesionales de la ISP no han finalizado los estudios de educación secundaria, aunque muchos habían comenzado estudios universitarios en sus países, lo que se ha confirmado en el apartado referente al nivel de estudios de dichos profesionales.

Los profesionales de la salud consideran imprescindible una formación de los profesionales de la ISP que trabaje su competencia interpersonal, centrada en las habilidades sociales de comunicación interpersonal y la competencia temática, familiarizando a sus aprendientes con conocimientos tanto del campo de la medicina como referentes a los servicios públicos del país.

De acuerdo con los gestores de los servicios de ISP, los cursos de mediación intercultural ofertados en el ámbito barcelonés forman a sus alumnos en las características y peculiaridades del sistema sanitario y el sistema de servicios sociales catalanes, en mediación intercultural (la entrevista de triangulación, ética profesional, etc.). Igualmente, afirman que se tratan contenidos culturales, así como una breve introducción a la traducción y la interpretación. Esta información se ha corroborado con la información procedente de las entrevistas realizadas a los propios profesionales de la ISP, de donde se extrae que los cursos formativos recibidos tienen una duración de entre uno y tres años. Según afirma este perfil, los cursos formativos recibidos están compuestos de sesiones teóricas y periodos de prácticas en centros sanitarios. De acuerdo con los profesionales de la ISP, los cursos de formación en ISP del ámbito sanitario tratan, a modo de temas teóricos, las especificidades del sistema sanitario autóctono, en comparación con los de los principales países de origen de los inmigrantes, técnicas de comunicación intercultural en el ámbito sanitario, nociones básicas de traducción e interpretación, definición del perfil profesional (tanto si el curso se centra en la mediación intercultural como si pretende formar agentes de salud comunitarios), ética profesional (con temas como los límites del perfil profesional, la confidencialidad, la necesidad de traducir todo lo que se diga en la reunión trialógica, etc.) y, por último, los problemas de salud comunes en los pacientes de la cultura de trabajo. Igualmente, los profesionales de la ISP afirman recibir una supervisión constante de un superior jerárquico que les guía en el periodo de prácticas.

Tanto los gestores de los servicios de ISP como los profesionales de la salud consideran que la formación recibida por los profesionales de la ISP resulta apropiada. Sin embargo, algunos profesionales de la salud relacionan la extensión de la duración de la visita médica causada por el recurso a la ISP con una posible falta de asimilación de conceptos en la etapa formativa de estos profesionales. Así, gran parte de los profesionales de la

salud entrevistados consideraría conveniente que estos continuaran su formación, profundizando en temas concretos relacionados con la medicina. Dicha idea es compartida por los propios profesionales de la ISP, quienes reconocen la importancia de recibir una formación continua en pro de una buena prestación de sus servicios. Concretamente, los profesionales de la ISP defienden necesitarían profundizar su formación en terminología propia del campo de especialidad (en este caso, la terminología médica), así como en técnicas de traducción e interpretación. Igualmente, considerarían sumamente interesante recibir formación en ISP en otros ámbitos, así como una mayor supervisión en el trabajo diario, de manera que pudiesen plantear situaciones y recibir *feedback* acerca de las decisiones tomadas.

Sea como fuere, la información recogida tanto en las entrevistas a gestores como a profesionales de la ISP revela estos profesionales reciben formación continua en esta práctica y materias relacionadas, como la terminología médica, etc. De acuerdo con los datos recopilados gracias a las entrevistas a ambos perfiles mencionados, dichas iniciativas vienen tanto de mano de las instituciones contratadoras como del interés individual.

Finalmente, los profesionales de la salud insisten en que resulta imprescindible, antes de evaluar la formación de los profesionales de la ISP, delimitar qué perfil profesional se pretende instaurar, describiendo sus funciones, límites profesionales, etc.

#### **4.9.7. Funciones del profesional de la ISP**

El 72,27 % de los usuarios asegura haber sido asistido por profesionales de la ISP en tareas distintas a la interpretación, aunque han sido muy pocos los que han especificado cuáles han sido dichas tareas, por lo que no se pueden proporcionar datos concretos respecto de las mismas. Sea como fuere, un 36,63 % afirma rotundamente que los profesionales de la ISP les asisten en otras tareas a parte de la de interpretación y un 35,64 % asegura que en ocasiones los profesionales de la ISP les asisten en otras tareas, mientras que un 22,77 % niega haber recibido otros servicios de estos profesionales. Cabe recordar que un 1,98 % de los encuestados no responden a esta pregunta y un 3,96 % lo hace incorrectamente.

Tanto los gestores de los servicios de ISP, como los profesionales de la salud y los profesionales de la ISP coinciden en enumerar las siguientes funciones como propias de los profesionales de la ISP:

- Interpretación
- Mediación en caso de posible malentendido cultural

Cuando se cuestionó a los entrevistados acerca de esta práctica, un 43,56 % afirmó recibir ocasionalmente explicaciones del profesional de la ISP acerca de la cultura mayoritaria, mientras que un 26,73 % cercioró recibir este tipo de explicaciones frecuentemente. Sin embargo, un 25,74 % negó haberlas recibido.

Los profesionales de la salud insisten en distinguir la mediación intercultural de la mediación de conflictos, aunque esta mediación ante un posible malentendido cultural pueda llegar a evitar conflictos originados por una diferencia cultural no aclarada.

Igualmente, los profesionales de la salud tienden a recalcar que los mediadores interculturales no únicamente realizan una traducción de mensajes orales, sino que añaden aclaraciones culturales, de lo que les permite entender la realidad de sus usuarios y adaptar su tratamiento a sus costumbres y maneras de proceder, ofreciéndoles un trato personalizado.

- Acompañamientos (internos o externos al sistema sanitario)
- Orientación cultural en el sistema sanitario (y fuera de él)
- Traducción y adaptación de material médico escrito

Aunque tanto algunos gestores como algunos profesionales de la salud afirman, dada la escasez formativa de estos profesionales, que no todos se encuentran capacitados para hacer dicha tarea.

A estas funciones reconocidas por todos los perfiles, tanto los profesionales de la salud como los profesionales de la ISP añaden las tareas de difusión de estos servicios, de las que también se encarga dicho personal. Igualmente, los gestores añaden el registro de intervenciones realizado por los propios profesionales de la ISP.

Además, se les atribuyen funciones que se encuentran más allá de su perfil profesional. Tanto profesionales de la salud, como profesionales de la ISP y gestores de estos servicios coinciden en enumerar el apoyo personalizado al usuario. Asimismo, los profesionales de la salud y los gestores destacan la elaboración de actividades comunitarias. Los propios profesionales de la salud afirman dedicar igualmente parte de su tiempo a la realización de actividades administrativas, la facilitación de encuestas, el contacto con diferentes instituciones en nombre del usuario, la elaboración de actividades educativas, de promoción y realización de pruebas médicas, la localización y seguimiento de usuarios o la prestación de explicaciones médicas y consejos sanitarios.

Estos datos concuerdan con el sentimiento manifiesto de los profesionales de la ISP respecto a la comprensión de las funciones de su perfil profesional. De acuerdo con la información recogida en las entrevistas a los profesionales de la ISP, la comprensión de tales funciones viene dada por la difusión que los propios profesionales hacen de su trabajo. Así, si bien un elevado número de profesionales de la salud y de usuarios entienden cuáles son las funciones del profesional de la ISP, un gran número no lo acaba de asumir correctamente. Esto se observa en el miedo de algunos profesionales a que sus funciones propias se vean invadidas o incluso en la ausencia de reconocimiento de la necesidad de este perfil profesional. Por lo que respecta a los usuarios, algunos muestran confusión a la hora de reconocer a los profesionales de la ISP (pues los confunden con otros perfiles profesionales, como el de trabajador social). Igualmente,

muestran desconocimiento hacia sus funciones realizando consultas fuera de la visita médica o incluso sintiéndose ofendidos cuando el profesional de la ISP procura mantener con ellos las distancias con tal de preservar la profesionalidad.

### **4.9.8. Características de los servicios de ISP**

#### **4.9.8.1. Instauración de servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés**

Tanto los gestores de los servicios de ISP como sus profesionales y el personal sanitario coinciden en que la instauración de servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés ha sido motivada por el aumento de flujos migratorios. Dicho aumento hizo acrecentar la población inmigrante que no domina ninguna de las lenguas oficiales en Cataluña, creando unas barreras lingüísticas y culturales en la comunicación en este contexto que pone de manifiesto la necesidad de este tipo de servicios. Tanto los profesionales de la ISP como los gestores de estos servicios aluden al aumento de fallos o imprecisiones e incluso incumplimientos médicos generados a raíz de dichas barreras y el consecuente problema de comunicación en el ámbito sanitario. Ambos perfiles destacan que se ha visto en la ISP una solución a dicho problema. En este sentido, los profesionales de la ISP aseguran que su trabajo contribuye a agilizar los procesos médicos. Esto es así, según ellos, dado que gracias a su trabajo, el profesional de la salud puede destinar menos esfuerzos en la comunicación de un mensaje, centrándose en su labor propiamente dicha, lo que evita una extensión del tiempo de consulta. Así, de acuerdo con los profesionales de la ISP, aunque su intervención extiende la duración de la visita médica (en comparación con la de una visita sin barreras lingüísticas y culturales), ésta facilita una mejor comprensión en un menor periodo de tiempo.

Los profesionales de la ISP insisten en que la ausencia de este tipo de servicios puede incrementar el riesgo de exclusión de ciertas comunidades en el ámbito sanitario a causa de las barreras lingüístico-culturales, lo que demuestra una necesidad evidente. Algunos profesionales de la salud corroboran esta afirmación comentando que dichas barreras llegan a causar rechazo entre los trabajadores de los centros sanitarios, de manera que se llega a atender a algunos usuarios con la máxima rapidez posible y de manera superficial, como respuesta al malestar generado con la incompreensión. Igualmente, los profesionales de la ISP constatan que no todos los profesionales de la salud reconocen la necesidad de este tipo de servicios. A esto añaden que mientras que algunos profesionales de la salud consideran la ISP como una herramienta fundamental para su trabajo, otros la catalogan de capricho. Igualmente, insisten en que dicho choque de opiniones se encuentra relacionado con el nivel de conocimiento del profesional respecto de la ISP. Los profesionales de la ISP afirman que sus servicios son más solicitados a medida que el personal sanitario los va conociendo y va observando sus beneficios en la comunicación con pacientes alófonos.

Si bien muchos profesionales de la salud tienden a considerar suficiente los servicios de interpretación telefónica proporcionados por Sanitat Respon fuera del horario de los servicios de ISP presencial, otros los consideran pérdida respecto de la ISP presencial. Igualmente, afirman que gran cantidad de usuarios alófonos acuden a sus visitas médicas con acompañantes que les ayudan en la comunicación y, en dichos casos, no consideran esencial la intervención de un profesional de la ISP. Aun así, la mayoría de profesionales de la salud consideraría conveniente disponer de profesionales de la ISP en plantilla las 24 horas del día, lo que permitiría atender a una gama más amplia de pacientes alófonos. No obstante, dados los servicios prestados por los CAP (y sus horarios) esto les parece menos apropiado en dichos centros, pues la necesidad es menor. No obstante, aseguran que lo ideal en los CAP sería tener disponibilidad de ISP durante el horario de visita. Sea como fuere, los profesionales de la ISP afirman que la necesidad es elevada tanto en hospitales como en CAP, argumentando que a menudo se les solapan las demandas, de modo que se llegan a retrasar consultas hasta que el mediador esté disponible.

A pesar de lo expuesto hasta ahora, los profesionales de la ISP sienten que sus servicios se perciben, por lo general, como innecesarios. Sin embargo, aluden a la elevada demanda de servicios que reciben, afirmando no poder llegar a abastecer todos los encargos sin extender sus horas laborales. Esta información es corroborada por los gestores, quienes reconocen que estos profesionales llegan en ocasiones a estar desbordados de trabajo.

Los profesionales de la ISP advierten en sus entrevistas que de prescindir de servicios de este tipo en el ámbito sanitario barcelonés se volvería de nuevo a la situación inicial, en la que los pacientes alófonos no llegaban a entender la información transmitida en las visitas médicas, con el consecuente perjuicio hacia su salud y el aumento de visitas médicas perdidas debido a la incompreensión. Frente a dicho riesgo, los profesionales de la salud resaltan la necesidad de poder contactar con profesionales de la ISP en cualquier momento en caso de urgencia, si bien numerosos entrevistados lo consideran utópico, dada la situación económica actual y los recortes realizados en sanidad. Es por ello que los profesionales de la salud llegan a proponer que se realizase un estudio previo a la decisión de implantación o no implantación de unos servicios de ISP en cada centro, dado que afirman que la ISP no es actualmente una prioridad. A modo de sugerencia se plantea la posibilidad de crear un grupo de profesionales de la ISP que prestaran servicios de ISP sanitaria compartidos entre varios centros de salud.

Únicamente los gestores de los servicios de ISP tienen datos acerca de la instauración acerca de estos servicios. Afirman que se empezó a hablar de servicios de salud comunitarios en el año 1994. Remontan los primeros servicios de ISP al tras el boom migratorio de finales de los 80 y principios de los 90, aunque la mayoría se inició a posteriori, gracias a la colaboración de asociaciones relacionadas con el ámbito de la inmigración, como Salut i Família o la ONG Surt. Destacan que los servicios de ISP disponibles a la hora de la realización de las entrevistas se iniciaron entre y 2010, aproximadamente.

#### 4.9.8.2. Objetivos de los servicios de ISP

Los gestores de los servicios de ISP fueron los únicos que hablaron de los objetivos de los mismos. Según ellos, éstos fueron:

- Dar respuesta a la necesidad comunicativa del profesional sanitario así como a la de los usuarios alófonos.
- Paliar las desigualdades en el contexto sanitario.
- Ofrecer una atención sanitaria de calidad al usuario inmigrante.
- Comprender la cultura de los usuarios extranjeros, así como su estilo de vida, con tal de adaptar los servicios sanitarios a sus costumbres y necesidades.
- Incrementar la calidad asistencial prestada a usuarios de diferentes orígenes etnoculturales.
- Fomentar la agilidad del proceso sanitario, optimizando la utilización de los recursos disponibles.

Sea como fuere, los gestores destacan que las metas de los servicios de ISP vienen impuestas desde las esferas políticas de la sociedad. Así, afirman que éstas se encuentran directamente relacionadas con la situación actual.

Según afirman los gestores de estos servicios, el primer logro realizado en ISP ha sido el abrirse paso en el ámbito sanitario, incorporando este nuevo perfil profesional entre los trabajadores de la salud. Igualmente, se ha conseguido que la ISP sea valorada como una herramienta útil. Además, afirman que se ha conseguido:

- Establecer la comunicación entre profesionales de la salud y usuarios alófonos.
- Realizar visitas médicas a usuarios alófonos que se asemejen a las de usuarios autóctonos.
- Optimizar la explotación de los servicios sanitarios.
- Agilizar y optimizar los procesos médicos.

Los gestores de estos servicios tienden a señalar la necesidad de prestar atención a que los servicios de ISP no interfieran negativamente en la inserción de algunos usuarios a la sociedad, por lo que se decantan porque se reduzcan estos servicios únicamente a aquellos usuarios que presenten una barrera comunicativa real y que éstos se presten de manera gradual, en pro del aprendizaje lingüístico y la inserción cultural de los usuarios alófonos. Esto es debido a que afirman que el objetivo final a largo plazo de los servicios de ISP sería el de llegar a la inserción social de los usuarios alófonos.

De acuerdo con los gestores de los servicios de ISP, todavía queda trabajo por hacer en materia de:

- Difusión de los servicios de ISP
- Formación de profesionales de la salud en multiculturalidad
- Mediación entre culturas
- Normalización de los servicios de ISP en el ámbito sanitario
- Inserción del profesional de la ISP dentro del ámbito sanitario
- Optimización de las condiciones laborales de los profesionales de la ISP
- Optimización de la cobertura lingüística y horaria

#### **4.9.8.3. Servicios médicos con mayor necesidad de ISP**

Si bien los profesionales de la ISP puntualizan que sus servicios son requeridos en todos los ámbitos de la medicina, éstos coinciden con los gestores y los profesionales de la salud en que los servicios médicos que presentan mayor necesidad de ISP son los siguientes servicios de especialidad: enfermedades infecciosas, ginecología, urgencias o neonatología. A estos les siguen otros servicios, aunque los tres perfiles de entrevistado únicamente coinciden es en destacar el servicio de oncología. Además, los gestores inciden en el uso de ISP de servicios como traumatología, cirugía y anestesia. Asimismo, tanto gestores como profesionales de la ISP destacan en los de medicina general (de los centros de atención primaria), a lo que los gestores añaden las consultas externas (de los hospitales). Los profesionales de la ISP también destacan el recurso a sus servicios de los profesionales de pediatría, endocrinología, traumatología, cirugía general, psiquiatría, cardiología, neurología y nefrología. Igualmente, aseguran que en los CAP, los mediadores actúan en gran cantidad de casos de hospitalización. Sin embargo, algunos profesionales de la salud afirman que la demanda de ISP de algunos servicios (como el de traumatología) ha decrecido. Finalmente, los profesionales de la salud afirman que otro servicio que presenta una elevada necesidad de ISP es el de pediatría. No obstante, añaden que se ha experimentado un decrecimiento en el uso de la ISP de servicios como el de traumatología.

#### **4.9.8.4. Disponibilidad de los servicios de ISP**

Los gestores de los servicios de ISP admiten que la disponibilidad de estos servicios resulta insuficiente dada la necesidad manifiesta. Veamos la información recogida acerca de los horarios y las lenguas ofertadas:

Los gestores y los profesionales de los servicios de ISP revelan que la dedicación temporal de cada uno de los profesionales de la ISP en el centro en donde está destinado varía en función de la persona. No obstante, estos servicios se caracterizan por tener un horario más bien reducido que, según los profesionales de la ISP, imposibilita el acceso a los mismos durante un amplio periodo de tiempo. Además, según afirman los profesionales de la salud, estos horarios se han visto reducidos todavía más con el tiempo. Esto se debe, en opinión de los profesionales de la ISP a los recortes realizados en sanidad.

Así, de acuerdo con los profesionales de la salud, acceso a estos servicios es en ocasiones muy complicado. Esto, según los profesionales de la salud, les causa un gran perjuicio, dado que algunos casos que requieren una atención inmediata se tienen que acabar posponiendo. Es por ello que los profesionales de la salud preferirían un horario más amplio de estos servicios.

Generalmente, según los gestores, la jornada laboral de los profesionales de la ISP tiene una duración media de unas 4 horas. Aunque algunos centros tienen disponibilidad de los servicios de ISP un único día a la semana, en la mayoría es de al menos dos o tres días semanales. Aun así, los profesionales de la ISP aseguran que les es imposible atender a todos los usuarios que requieren de sus servicios, dado que algunos centros no ofrecen disponibilidad de servicios de ISP a diario. Dada la situación, los profesionales de la salud consideran necesario ampliar el rígido horario de disponibilidad de estos servicios, ya que resulta insuficiente, pues aseguran que hoy en día la demanda es mucho mayor de la oferta. Este aspecto es reconocido por los gestores de estos servicios, quienes aseguran que en ocasiones la carga de trabajo de los profesionales de la ISP es excesiva, dado que los usuarios ya son conocedores de las restricciones horarias y se acumulan en los centros sanitarios en horario de ISP. Esto, de acuerdo con los gestores, influye negativamente en el nivel de estrés de los profesionales de la ISP.

Sea como fuere, según han comunicado los gestores, las horas de disponibilidad de los servicios de ISP no dependen de los centros sanitarios, sino que vienen convenidas por el CatSalut. Como nota positiva, afirman que los servicios de interpretación telefónica de Sanitat Respon permiten que se puedan salvar las barreras lingüísticas fuera de horario.

Los profesionales de la salud aseguran que los idiomas ofertados por los servicios de ISP no se corresponden con los principales idiomas de la inmigración. Sin embargo, los gestores aseguran que los idiomas más recurrentes en los servicios de ISP ofertados en Barcelona son el árabe y el chino, seguidos del urdu, los cuales, según afirman, se corresponden con los predominantes entre la población inmigrante. A esto añaden que a las anteriormente mencionadas se añaden lenguas muy dispares, como el wolof o el rumano. Sin embargo, ponen de manifiesto que el número de lenguas ofertadas en cada servicio de ISP es diferente. Igualmente, han insistido en que algunos centros (que son más bien escasos) se prestan servicios de ISP también a personas procedentes de Latinoamérica, a causa de las diferencias culturales, aunque no presenten problemas por lo que respecta al idioma.

Los gestores afirman que la disponibilidad de profesionales de la ISP de una lengua determinada es un factor que influye en la elección de las lenguas ofertadas. De hecho, las lenguas de trabajo de los ISP suelen coincidir con sus lenguas maternas, aunque también se ofrecen servicios de ISP en terceras lenguas. La lengua más representada por los profesionales de la ISP que han participado en este estudio es el árabe (con 6 profesionales de la ISP), seguida del urdu, el punjabi, el inglés y el francés (con 4 profesionales de la ISP) y el chino (con 3 profesionales de la ISP). El hindi está representado por 2 profesionales de la ISP, mientras que el taiwanés, el rumano y el húngaro por 1 profesional de la ISP. Todos estos profesionales de la ISP trabajan con el español y, si bien la mayoría comprende el catalán, únicamente algunos lo utilizan en su trabajo del día a día. Cabe destacar que se ha comprobado que aquellos profesionales de la ISP que trabajan con alguna lengua diferente a la materna consideran no realizar un trabajo de mediación intercultural cuando actúa en dicho idioma.

Por último, recordaremos que los profesionales de la salud denuncian una falta de cobertura lingüística en los servicios a su disposición. Estos abogan por una ampliación de la oferta. Afirman que la rigidez de la variedad ofertada podría implicar que se cierren las puertas a ciertos usuarios, miembros de una comunidad para la que no se presta servicios de ISP y que, por ende, no puede entablar una comunicación exitosa en el ámbito sanitario.

De acuerdo con los datos obtenidos en los cuestionarios rellenados por los usuarios en lo que concierne a la cobertura lingüística, una gran mayoría (del 75,25 %) asegura no haberse encontrado nunca con un intérprete que no hablase su misma lengua o dialecto, frente a un 20,79 % que cerciora haber experimentado dicho problema y un 3,96 % que no contesta. No obstante, cabe destacar que estos datos vienen condicionados por el hecho de que los cuestionarios se han distribuido únicamente a aquellos usuarios alófonos de los servicios de salud pública que han sido sujeto del trabajo en ISP, dejando de lado a todos aquellos que los podrían necesitar pero no les es posible, dada la falta de existencia de este tipo de recursos en su lengua.

#### **4.9.8.5. Evolución de los servicios de ISP**

Tanto los profesionales de la salud como los de la ISP y los gestores de dichos servicios afirman que en un primer momento la demanda de estos servicios fue incrementando, motivada por el crecimiento de la inmigración. Los profesionales de la ISP afirman que tras una etapa inicial, en la que la ISP se encontraba en su punto más álgido, esta práctica ha ido involucionando. Los gestores de servicios de ISP y los profesionales de la salud aseguran que recientemente la situación se ha estabilizado e incluso se ha llegado a ver decrecer la demanda en ciertas unidades sanitarias en los últimos tiempos. No obstante, los profesionales de la salud añaden que la demanda sigue siendo mucho mayor que la oferta existente. Igualmente, destacan que el uso de los servicios de ISP tiene una relación directa con el conocimiento de los mismos, por lo tanto, cuanto más se conozcan, mayor será la demanda.

Los profesionales de la salud ven el paso de contar únicamente con los servicios de interpretación telefónica de Sanitat Respon a pasar a disponer servicios de ISP presencial como un logro en sí mismo. No obstante, destacan que los diferentes servicios implantados han tenido una evolución irregular, dado que aseguran que la implantación de estos servicios en el ámbito sanitario barcelonés se realizó sin una estructura preestablecida. Esto concuerda con los datos obtenidos de los gestores, pues si bien algunos afirman haber contado con servicio de ISP de manera ininterrumpida desde sus inicios, la mayoría asegura haber sufrido interrupciones causadas por motivos económicos.

Tanto los profesionales de la salud como los gestores de servicios de ISP aseveran que los profesionales de los mismos han ido cambiando periódicamente. Los gestores añaden que también ha habido un cambio de las lenguas ofertadas, así como las fuentes de financiación de estos servicios, y las condiciones de trabajo de los profesionales de la ISP (algunos empezaron como voluntarios y han llegado a obtener cierta remuneración). Igualmente, de acuerdo con los gestores y profesionales de la salud, algunos servicios de ISP se han visto ampliados, incrementando el número de profesionales o lenguas que los conforman o incluso el número de horas, aunque esto parece ser una excepción. Asimismo, los profesionales denuncian que los horarios de disponibilidad de los servicios de ISP a su alcance han sido alterados con asiduidad, lo que dificulta la estabilidad a la hora de fijar cita con el paciente alófono.

Tanto los profesionales de la salud como los de la ISP, como los gestores de estos servicios manifiestan que gran cantidad de los profesionales de la ISP tienen contratos de prácticas. De acuerdo con los gestores, dada esa condición de los profesionales de la ISP, ha habido momentos en los que abundaban estos profesionales en los centros sanitarios, seguidos de periodos en los que escaseaban. En esta línea, tanto los gestores como los profesionales de la salud denuncian que se han llegado a experimentar varios periodos de tiempo en los que los centros no han tenido acceso a profesionales de la ISP entre promoción y promoción del curso formativo. Sea como fuere, los gestores aseguran que la formación de los profesionales de la ISP ha ido evolucionando y los profesionales de la ISP han ganado autonomía. Asimismo, garantizan que la difusión de estos servicios ha dado sus frutos, aunque señalan que su perduración corre peligro, dada la escasez de recursos para mantenerlos. En esta línea, los profesionales de la ISP afirman haber visto decrecer el presupuesto destinado a la ISP y muestran cierto temor (reconocido por los gestores) hacia la extinción de estos servicios, motivado por la crisis económica e infundado por el fin del proyecto de la Obra Social La Caixa (que coincidió con la época de recopilación de datos de este estudio).

Si bien tanto los profesionales de la salud como los gestores manifiestan su voluntad de mantener los servicios de ISP a pesar de las adversidades, los profesionales ya consideran un logro el mero hecho de haberlos mantenido. Aun así, los profesionales de la ISP apuntan que algunos centros han dejado de ofrecer servicios de ISP, lo que fomenta, según ellos, una mayor solicitud de mediadores interculturales de manera extraoficial.

A pesar de todo, los profesionales de la ISP intentan mantener la esperanza de que la situación mejorará, aunque temen que su profesión no llegue a consolidarse en este país. Existe entre los profesionales de la ISP cierto temor a la extinción de estos servicios, aunque se siguen depositando esperanzas en un futuro.

Los gestores de los servicios de ISP manifestaron que se han encontrado las siguientes dificultades a la hora de cumplimentar los programas de ISP:

- Ausencia de personas formadas en ISP (en un primer momento)
- Necesidad de insertar un nuevo perfil profesional en el ámbito sanitario
- Necesidad de difusión de los servicios de ISP entre los profesionales de la salud
- Limitaciones horarias
- No continuidad de los profesionales de la ISP (debido a periodos de prácticas), que impedía alcanzar una estabilidad de los servicios
- Amenazas de extinción de los servicios de ISP
- Escasez de recursos económicos

Con tal de vencer las dificultades expuestas, los gestores proponen compartir los servicios de ISP entre varios centros, de manera que se pueda extender la disponibilidad horaria y servir a los diferentes centros sanitarios bajo demanda.

#### **4.9.8.6. Recursos de los servicios de ISP**

Los gestores de los servicios de ISP apuntan que Plan Director de Inmigración desarrolló un proyecto que preveía la implantación de este tipo de servicios. Afirman que dicho Plan se ha puesto en funcionamiento gracias a una serie de entidades colaboradoras que permiten su aplicación. Destacan de entre las diferentes entidades colaboradoras, el IES, que se ocupa de la formación de los profesionales de la ISP, la Obra Social La Caixa, que contribuye aportando los recursos económicos necesarios.

Insisten en que el Departament de Salut se limita a ofrecer la posibilidad de contar con el servicio de ISP a los centros sanitarios,. Estos facilitan a los profesionales de la ISP que les son destinados el espacio físico para trabajar, los recursos de oficina y un referente a quien dirigirse en caso de necesidad.

Los gestores de los servicios de ISP fueron los únicos que proporcionaron detalles acerca de los recursos personales de los mismos. Estos comentan que los recursos personales de los servicios que gestionan se limitan a los profesionales de la ISP disponibles, enviados por el Departament de Salut. Se ha observado que inicialmente se trataba únicamente de una o dos personas por servicio, salvo en un caso, en el que el servicio conformaba una unidad formativa en ISP, y llegó a contar con hasta 5 personas

en prácticas. De las entrevistas realizadas a los gestores de estos servicios se extrae que, por lo general, parece que el número de profesionales de la ISP ha aumentado en la medida de lo posible, de manera que se observan dos servicios conformados por un solo profesional, uno por dos, dos servicios con tres profesionales e incluso uno con 8 profesionales.

Los gestores y los profesionales de la ISP coinciden en que los recursos materiales disponibles en sus servicios son más bien limitados, aunque los profesionales de la ISP los consideran suficientes, a pesar de destacar algunas carencias. De todos modos, los profesionales de la ISP insisten en que estos recursos se ofrecen de manera irregular en los diferentes centros.

Aunque no en todos los centros de salud, algunos cuentan con un espacio específico con una mesa, un ordenador con acceso a internet, así como con un teléfono para recibir encargos.

Los recursos materiales disponibles enumerados tanto por los gestores como por los profesionales son:

- Teléfono móvil o busca (en algunos centros). Los profesionales de la ISP destacan que la ausencia de este recurso supone una posible pérdida de encargos.
- Batas y distintivos identificadores
- Material de oficina
- Acceso a una intranet en la que registran sus intervenciones y mediante la que acceden a las agendas del centro e incluso (en algunos centros) reciben encargos

Además de los recursos mencionados, los profesionales de la ISP explican que los diferentes centros les pueden proporcionar:

- Despacho o una sala de uso común (no en todos los centros)
- Por norma general, teléfono fijo y acceso a ordenadores con conexión a internet.
- En algunos CAP, una agenda gestionada por el personal administrativo.
- Los agentes de salud comunitarios cuentan, además, con los recursos necesarios para poder realizar sus labores de atención comunitaria, como furgonetas del Departamento de Salud para los desplazamientos por carretera. Los agentes de salud comunitarios afirman haber visto progresar los recursos a su alcance.

Los gestores de los servicios de ISP añaden, por su parte, que en ocasiones se les proporciona a los profesionales de la ISP una cuenta de e-mail institucional o buzones para recibir correo interno. Igualmente, recuerdan que todos los servicios de ISP disponen de una persona de referencia en el centro (el propio gestor de estos servicios) a

quien dirigirse en caso de necesidad. Éste se encarga, entre otras cosas, de prestar apoyo administrativo a los profesionales de la ISP.

Los profesionales de la ISP han sido los únicos en comentar sus impresiones acerca de los presupuestos de los servicios para los que trabajan. Estos afirman que consideran dichos presupuestos bastante pobres. Explican que la mayor parte del dinero disponible procede de subvenciones de organizaciones privadas, dado que los centros sanitarios consideran la ISP un lujo del que se puede prescindir. Con todo, aseguran que la crisis económica se ve reflejada en los presupuestos de estos servicios.

#### **4.9.9.El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés**

Los gestores de los servicios de ISP consideran que el acceso a estos servicios es satisfactorio, aunque insuficiente, dada la escasez tanto horaria como de lenguas ofertadas. Sin embargo, de acuerdo con los datos obtenidos en los cuestionarios rellenados por los usuarios en lo que respecta su satisfacción referente al acceso a los servicios de ISP, una mayoría aplastante (del 95,05 %) se reconoce satisfecho, frente a un 4,95 % que no responde.

En línea con lo anterior, los profesionales de la salud afirman que estos servicios resultan de fácil acceso dentro de los horarios en los que están disponibles. Igualmente, destacan el fácil acceso a los servicios de interpretación telefónica de Sanitat Respon en aquellos momentos de necesidad en ausencia de ISP.

Tanto los profesionales de la salud como los de la ISP coinciden en señalar que, por norma general, son los profesionales de la salud los encargados de solicitar los servicios de ISP. Esto es posible, según afirman los profesionales de la ISP, gracias a que sus servicios se encuentran anunciados en la Intranet de los centros, de manera que los profesionales de la salud son conocedores de sus servicios y saben cómo acceder a ellos. No obstante, tanto los profesionales de la salud como las de la ISP enumeran las siguientes otras posibles vías de acceso a los servicios de ISP:

- Oferta por parte del personal sanitario

De acuerdo tanto con los profesionales de la salud como con los de la ISP, el personal sanitario puede contactar con los profesionales de la ISP por vía telefónica con tal de requerir sus servicios y ofrecérselos al usuario que los necesita. Igualmente, los profesionales de la ISP afirman que éstos les pueden contactar por medio de mensajes de texto al teléfono móvil profesional o a su busca (en los casos en los que los centros facilitan dichos dispositivos).

- Oferta por parte de otro miembro del personal del centro sanitario

La oferta de los servicios de ISP puede venir, según los profesionales de la salud y los de la ISP, por parte de un miembro del personal del centro. Ambos perfiles de entrevistados coinciden en señalar que a menudo es el personal administrativo

del centro sanitario quien solicita los servicios de ISP cuando advierten una necesidad, de manera que a la hora de proporcionar las citas a los pacientes, prevé una consulta trialógica. Igualmente, los profesionales de la ISP señalan que en algunos centros los encargos de ISP son gestionados por un intermediario, que suele ser un trabajador social.

- Solicitud por parte del usuario

De acuerdo con los profesionales de la ISP y los de la salud, ciertos centros anuncian los servicios de ISP, así como sus horarios, con tal de que el usuario los pueda solicitar.

- Oferta por parte del propio profesional de la ISP

Los profesionales de la ISP y los de la salud revelan que a menudo los profesionales de la ISP localizan a pacientes con barreras comunicativas (ya sea en las listas disponibles en la intranet del centro o preguntándoles directamente a los profesionales de la salud), y les ofrecen sus servicios. Asimismo, los profesionales de la ISP mencionan que, tras una primera visita, suelen acompañar al usuario en la programación de su próxima cita dentro de sus horarios de trabajo, de manera que se aseguran de que el usuario contará con sus servicios.

Tanto los profesionales de la salud como los profesionales de la ISP aseguran que independientemente del procedimiento de solicitud de los servicios de ISP utilizado, dejan que el usuario decida si quiere recurrir a los servicios de dicho intermediario, de manera que éste puede decidir prescindir de los servicios de ISP, ante lo cual, según los profesionales de la ISP, estos abandonan la sala sin ningún problema. Aun así, los gestores destacan que son elevadamente escasas las ocasiones en las que los usuarios rechazan dichos servicios.

Los miembros del personal sanitario son los únicos que enumeran en sus entrevistas las actividades del ámbito sanitario barcelonés que requieren de la ISP. De acuerdo con la información obtenida, dichas actividades son:

- Conversaciones con el personal administrativo
- Visitas médicas
- Consultas de trabajo social
- Consultas de enfermería
- Pruebas médicas
- Comunicación de información que puede resultar traumática
- Educación sanitaria

- Concesión de permisos
- Actuaciones en casos de hospitalización
- Altas médicas

De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas de profesionales de la ISP y de la salud, la visita médica trialógica comienza con una presentación del profesional de la ISP en la que éste se identifica como tal, presenta a las partes (de acuerdo con los profesionales de la salud) y explica las especificidades de su trabajo. De acuerdo con los profesionales de la ISP, uno de los aspectos tratados en esta presentación es la obligación profesional de interpretar todo lo que se diga a lo largo de la consulta. Tras dicha etapa inicial, tal y como apuntan los profesionales de la ISP, el usuario puede decidir si quiere utilizar o no sus servicios.

Los profesionales de la ISP insisten en que, dado que las visitas médicas tienen un tiempo de duración preestablecido que se debe intentar respetar, en intentan agilizar sus intervenciones. Los mediadores interculturales revelan que en ocasiones no tienen tiempo de realizar dicha presentación, aunque los agentes de salud comunitarios afirman disponer de más tiempo con el usuario, con lo que no suelen tener este tipo de problemas.

En la consulta propiamente dicha, de acuerdo tanto con los profesionales de la salud como con los profesionales de la ISP, estos realizar una interpretación (normalmente de enlace). Así, de acuerdo con los profesionales de la salud, se presta la atención sanitaria oportuna gracias a las intervenciones del profesional de la ISP, en las que se va exponiendo, cuando procede, la información relativa a las culturas involucradas, con tal de ajustar los tratamientos a la forma de vida del usuario.

Las entrevistas al personal sanitario revelan que los profesionales de la ISP trabajan de una manera un tanto especial en los servicios de trabajo social. Así, en dichas consultas se comienza por una contextualización del trabajador social que permite al profesional de la ISP familiarizarse con el caso a tratar. A continuación, el trabajador social expone la información que desea transmitir gracias a la intervención del profesional de la ISP, tras lo que éste solicita al usuario que exponga la información que desea compartir, que es interpretada por el profesional de la ISP.

Los profesionales de la salud subrayan una gran diferencia entre el trabajo de los mediadores interculturales y los agentes de salud comunitarios, pues éstos últimos ofrecen explicaciones sanitarias propias (siguiendo las indicaciones de profesionales de la salud), de manera que la interpretación llega a ser relegada a un segundo plano, pues dichos profesionales participan activamente de la conversación.

Tanto los profesionales de la salud, como los de la ISP y los usuarios aseguran que se celebran reuniones previas y posteriores a la visita médica entre el profesional de la ISP y cada uno de los participantes de la comunicación mediada en el ámbito sanitario. No

obstante, de acuerdo con los profesionales de la ISP esto no constituye una norma homogeneizada en la práctica de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés.

De las entrevistas a los profesionales de la salud se ha extraído que no todos los miembros del personal sanitario participan de este tipo de reuniones, aunque la mayoría lo hace cuando lo considera necesario. Asimismo, se observa que la reunión previa entre profesionales de la ISP y de la salud parece ser más frecuente que la posterior.

Por lo que respecta las reuniones entre los profesionales de la ISP y los usuarios, cabe destacar que algunos profesionales de estos servicios consideran la reunión previa una etapa fundamental de la ISP, en la que se consigue entrar en confianza con el usuario. Los defensores de esta idea argumentan que de no realizarse, el primer contacto con el usuario ya en la consulta resulta un tanto brusco.

Los agentes de salud comunitarios insisten en que en su trabajo las reuniones a solas con el paciente son imprescindibles para cumplir con su función de prestar apoyo personal individualizado al paciente extranjero en situación de vulnerabilidad

Antes de entrar en detalle acerca de las reuniones celebradas, apuntaré que tanto los profesionales de la ISP como los profesionales de la salud coinciden en señalar que, a menudo resulta complicado realizar reuniones previas (ya sea del profesional de la ISP con el profesional de la salud o con el paciente). Esto se debe a que, de acuerdo con los profesionales de la salud, normalmente se recibe la información acerca de los pacientes a los que se va a atender el mismo día de la consulta. Además, destacan que se acumula mucho trabajo en cortos periodos de tiempo, con lo que no les queda tiempo para dichas entrevistas. Además, los profesionales de la ISP aseguran no saber quién es el usuario con el que van a trabajar, a menos que éste solicite una entrevista previa con él, lo que dificulta dichas reuniones. Estos razonamientos justifican que el 6,93 % de los usuarios afirmen en sus cuestionarios reunirse siempre con el profesional de la ISP tras la visita médica, aunque sólo realizan reuniones previas de manera ocasional.

Algunos profesionales de la salud afirman realizar las consultas sin reunión previa alguna, en pro de la fluidez del trabajo en contexto médico, aunque realizan reuniones puntuales ante casos complejos.

Los profesionales de la ISP y los profesionales de la salud coinciden en que la realización de este tipo de reuniones depende de los siguientes factores:

- Gravedad de la situación
- Experiencia del mediador: Los profesionales de la ISP afirman realizar un mayor número de reuniones cuando el profesional de la ISP empieza a trabajar, de manera que se hacen con menos asiduidad a medida que éste va adquiriendo experiencia.
- Interés del personal sanitario en conversar con el profesional de la ISP

- Carga de trabajo del personal sanitario.

Algunos profesionales de la ISP muestran reticencias ante las reuniones con el profesional sanitario argumentando que éstas pueden mermar la confianza del usuario en la ISP si éste advierte reuniones a sus espaldas). Sin embargo, otros categorizan este tipo de reuniones como ideales para el trabajo en ISP. Sea como fuere, algunos profesionales de la salud querrían ver un mayor interés por parte de los profesionales de la ISP en estas reuniones.

Según los profesionales de la salud y de la ISP, las reuniones que estos celebran de manera previa a la visita médica sirven para:

- Compartir información sobre el caso necesaria para el desarrollo de la consulta, lo que, de acuerdo con los profesionales de la ISP, les permite enfocar de manera apropiada la visita médica trialógica.
- Suavizar la entrada del profesional de la ISP en la conversación médica, en la que se comparten intimidades del usuario.
- Dar a conocer a los profesionales de la salud información cultural de transcendencia para la visita, así como los protocolos de comunicación de información traumática fijados por la cultura del usuario.

Los profesionales de la salud que trabajan con agentes de salud comunitarios enumeran los siguientes objetivos de las reuniones previas con ellos:

- Elaborar un breve resumen del caso
- Obtener (si procede) información de la cual el usuario ha hecho conocedor al agente de salud comunitario, en beneficio de la asistencia sanitaria
- Recibir información cultural, con tal de adaptar el servicio sanitario prestado al usuario

Los profesionales de la ISP coinciden con los profesionales de la salud en que las reuniones posteriores entre dichos perfiles sirven para contrastar opiniones, en aquellos casos que los profesionales de la salud lo requieren, de manera que se pueden llegar a justificar comportamientos o actitudes gracias a los conocimientos culturales compartidos en ellas y, en caso necesario, se pueden realizar consultas de refuerzo del tema ya tratado.

Por lo general, los profesionales de la ISP consideran conveniente conversar con los usuarios con tal de orientarlos dentro de la cultura sanitaria. Sin embargo, algunos lo consideran improcedente y se esfuerzan por evitarlo, aunque en ocasiones se ven obligados a esperar con ellos. En este sentido, cabe destacar que un 5,94 % de los usuarios niega realizar reuniones de este tipo. Sin embargo, un 33,66 % de los encuestados admite reunirse con el profesional de la ISP tanto antes como después la

visita médica trialógica y un 21,78 % afirma mantener este tipo de reuniones (ya sean previas o posteriores) tan sólo de manera ocasional.

Según los profesionales de la salud, los profesionales de la ISP suelen acoger al usuario en la sala de espera. Los profesionales de la ISP afirman que las esperas previas a la visita médica hacen que las reuniones con los usuarios se conviertan (a menudo sin quererlo) en obligatorias. Tanto los profesionales de la salud como los de la ISP comentan que se frecuentemente estos últimos aprovechan dichos periodos de espera para informarse acerca del usuario y sus dolencias, en pro de la fluidez de sus intervenciones en la consulta, así como (si se considera oportuno) para intervenir culturalmente con el usuario (y, en caso necesario, sus acompañantes). No obstante, los profesionales de la salud destacan que desconocen la información exacta que se comparte en dichas reuniones, dado que no están presentes en ellas.

Para acabar este apartado, destacaré que tanto los profesionales de la salud como los de la ISP apuntan que cuando la carga de trabajo no es muy elevada, una vez acabada la consulta, estos últimos acompañan al usuario en la programación de su próxima visita. Además, ambos perfiles afirman que en ocasiones les proporcionan explicaciones acerca del sistema sanitario o de información transmitida en la consulta. No obstante, un elevado número de profesionales de la ISP se niegan a dar este último tipo de información, dado que alegan que dicho comportamiento rebasaría sus fronteras profesionales, pues no les corresponde la tarea de ofrecer explicaciones médicas propias.

Los gestores de los servicios de ISP fueron los únicos en especificar cuál es el tipo de relación existente entre el servicio de ISP y los diferentes departamentos de los centros sanitarios, afirmando que se trata de una relación de colaboración y cooperación. Así pues, estos servicios se catalogan de servicios de apoyo a la asistencia médica y, inscritos en la mayoría de los centros en el área de atención al usuario o a la de trabajo social, prestan servicios a todo aquel que presente barreras de comunicación en el ámbito sanitario.

Los profesionales de la ISP aclaran que, además de interactuar con ellos en las visitas médicas trialógicas, también trabajan de manera conjunta con profesionales de la salud en la elaboración de distintos proyectos, como la traducción y la adaptación de material informativo para el usuario alófono. No obstante, destacan que esta cooperación no presenta una homogeneidad a nivel de centros, como tampoco a nivel de profesionales.

En otro orden de cosas lamentan que la manera de gestionar los encargos en algunos centros obstaculiza una relación directa con otros profesionales, dado que cuando éstos tienen que pasar por un intermediario, se excluye la posibilidad de un contacto directo con el personal de la salud.

Los profesionales de la salud afirman que un buen ambiente con los profesionales de la salud resulta esencial para una correcta implementación de los servicios. Si bien los gestores afirman que existe una buena relación entre los profesionales de la salud y los de la ISP, a pesar de la existencia de roces puntuales, estos otros dos perfiles coinciden

en señalar que si bien en algunos centros la relación entre ellos es buena (cordial, comedida y sin fricciones, según los profesionales de la salud), en otros centros tal relación resulta casi inexistente. Esto último se debe, según los profesionales de la salud, a que los profesionales de la ISP no dan lugar a un intercambio a nivel personal. Sin embargo, algunos profesionales de la ISP muestran en sus entrevistas un especial interés en participar en las actividades del personal del centro, con tal de fortalecer la relación con el personal sanitario.

Los profesionales de la salud relatan la relación interprofesional que les une a los profesionales de la ISP no sin asegurar que el contacto con estos últimos se va naturalizando. Afirman que esta relación mejora a medida que los distintos profesionales se van conociendo y adaptando al trabajo conjunto. Aseguran que los profesionales de la ISP se encuentran bien integrados en el equipo asistencial, aunque destacan la existencia de excepciones. Por lo general, resaltan una elevada disposición e inmediatez de los profesionales de la ISP, así como una gran empatía, aunque afirman haber conocido profesionales de la ISP sin un gran interés en su trabajo.

Los profesionales de la salud comparten en sus entrevistas el nivel de comodidad alcanzado en el trabajo con ISP. Afirman encontrarse bastante cómodos trabajando con ISP, dado que les parece un servicio enriquecedor, cuya utilización les alivia, insistiendo en que su ausencia les supone un desgaste extra causado por esfuerzos perdidos en busca de la comprensión. Aun así, insisten en que el nivel de comodidad también depende del profesional de la ISP con quien se trabaja. Un motivo para tal afirmación es que, según se ha expuesto en las entrevistas a miembros del personal sanitario, algunos profesionales de la ISP llegan a entrometerse en el intercambio conversacional (defendiendo los intereses del usuario, lo cual se sale de sus fronteras profesionales) y esto, aparte de incomodar al personal sanitario, dificulta su trabajo.

Otro factor a destacar es que, según comentan, dado que el recurso a la ISP alarga el tiempo de visita médica (que suele ser de unos 8 minutos), se tendría que programar una visita más larga para este tipo de intervenciones, con tal de evitar aglomeraciones.

La mayoría de los profesionales de la salud recurren a los servicios de ISP a su alcance siempre que lo consideran necesario. Por su parte, los profesionales de la ISP afirman que muchos profesionales de la salud recurren a sus servicios con regularidad. Esto se corresponde con los datos obtenidos de los profesionales de la salud al respecto de la frecuencia de utilización de los servicios de ISP. Según los datos recogidos en sus entrevistas, 6 profesionales de la salud afirman recurrir a ellos entre 2 y 3 veces al mes, 5 entre 4 y 5 veces al mes, 3 entre 10 y 15 veces al mes, 2 entre 10 y 15 veces al mes, uno entre 7 y 8 veces al mes, uno entre 0 y 2, uno una vez cada tres meses y otro de manera muy esporádica.

Explican que la frecuencia de uso de los servicios de ISP depende del perfil de usuario que acude al centro sanitario, de manera que cuantos más usuarios alófonos necesitan atención médica, mayor es el recurso a la ISP. Aseguran que una mayor promoción de la

ISP desembocaría en un mayor uso de estos servicios, dado que aseguran que usuarios que desconocen la existencia de los mismos, los solicitarían.

Los profesionales de la salud y los de la ISP coinciden en que algunos profesionales de la salud muestran reticencias hacia este tipo de servicios. De acuerdo con los datos recogidos a través de las entrevistas a estos dos perfiles, el factor tiempo condiciona el recurso (o no) a la ISP, pues la extensión del tiempo de visita médica y los tiempos de espera necesarios para acceder a ISP hacen que, en ocasiones, los profesionales de la salud atiendan a usuarios alófonos sin estos servicios. Igualmente, los profesionales de la salud afirman que los horarios de estos servicios son tan reducidos que se ven reducidas también las oportunidades del personal sanitario de solicitar la intervención de un profesional de la ISP.

Los profesionales de la ISP denuncian que muchos miembros del personal sanitario llegan a prescindir de sus servicios, aunque estén disponibles en el momento en que se encuentran con la necesidad. Igualmente, critican que a menudo los profesionales de la salud consideran que un nivel de lengua básico en el usuario es suficiente para la comunicación en contexto sanitario. Los profesionales de la ISP aseguran que este comportamiento suele llevar a errores, dado que con un nivel de dominio lingüístico básico se pueden generar malentendidos graves en ámbitos de especialidad, aunque el usuario alófono, por respeto al profesional de la salud, asienta a lo largo de la consulta (lo que no implica que esté entendiendo). Igualmente, añaden, se puede llegar a diagnósticos erróneos por la falta de datos fiables en el momento de la exploración. No obstante, los profesionales de la ISP aseguran que, en estos casos, los profesionales de la salud aluden a la necesidad del usuario de acostumbrarse al uso del idioma autóctono (lo que se ha visto corroborado por las entrevistas realizadas a los miembros del personal sanitario).

Los profesionales de la salud reprochan haber recibido quejas de usuarios a quienes algunos profesionales de la salud les han negado los servicios de ISP, dentro de su horario de trabajo. Asimismo, desaprueban que los miembros del personal sanitario animen a los usuarios alófonos a llevar un acompañante en detrimento del recurso a la ISP, dado que aseguran que el desuso de la ISP puede influir negativamente en la salud del usuario.

Los profesionales de la ISP y los de la salud consideran conveniente que los profesionales de la salud participen en actividades de concienciación cultural, lo que, de acuerdo con los profesionales de la ISP, ya se hace en algunos centros, aunque, según ellos, se debería seguir trabajando, dado que consideran que la difusión de conocimientos de este tipo podría ser mayor. Insisten en que dichas actividades de difusión de conocimientos deben centrarse en explicar las diferencias culturales, teniendo en cuenta en todo momento que cada persona es diferente. Igualmente, los profesionales de la ISP destacan la conveniencia de formar a los profesionales de la salud en cómo actuar en una visita médica trialingüística. Asimismo, opinan que sus servicios se deberían

promocionar más con tal de hacer ver a los profesionales de la salud la importancia de su trabajo.

Los gestores de algunos servicios de ISP en el ámbito sanitario, considerados pioneros, han tenido contacto con servicios de ISP de otras ciudades interesados en conocer la experiencia vivida. No obstante, los profesionales de la ISP y los gestores de sus servicios coinciden en indicar que los diferentes servicios de ISP ofertados en Barcelona no tienen ningún tipo de relación oficial. Sin embargo, los gestores de estos servicios destacan que la mayoría de los servicios participantes están de alguna manera relacionados, ya que muchos son fruto del periodo de prácticas del curso de formación en mediación intercultural que ofrecen de manera conjunta el IES y la Obra Social la Caixa.

Tanto los profesionales de la salud como los de la ISP y los gestores de dichos servicios aseguran que la única relación institucional existente entre servicios de ISP en el ámbito sanitario barcelonés es la de aquellos inscritos a centros que están próximos o vinculados oficialmente, como es el caso de algunos CAP relacionados con un hospital próximo o el de centros sanitarios de un mismo consorcio. En dichos casos, un mismo profesional de la ISP puede servir a todos los centros sanitarios de una misma zona.

Cabe destacar el caso especial de los servicios de salud comunitaria. De acuerdo con sus gestores, estos pertenecen a la administración pública, aunque sus profesionales de ISP forman parte de la asociación Equip de Treball sobre Imigració y Salut, que se establece a modo de red de servicios de salud comunitaria trabajando en una zona bastante amplia.

Tanto los profesionales de la ISP como los gestores de estos servicios y los profesionales de la salud revelan la existencia de una red informal y no organizada en ISP. De este modo, se observa como ante la ausencia de un profesional de la ISP de una lengua determinada en un momento de necesidad, los servicios de ISP de un centro contactan con los de otro para realizar un encargo. Igualmente, los profesionales de la ISP afirman que, ante la derivación de un usuario a otro centro, en ocasiones contactan con el profesional de la ISP del centro al que se le deriva con tal de advertirle de la necesidad del usuario.

En las entrevistas a profesionales de la ISP se reconoce una necesidad de cambio en este sentido, con tal de aunar esfuerzos, en pro de la atención a los usuarios alófonos.

Por último, cabe decir que se ha observado un desconocimiento generalizado entre los profesionales de la salud acerca de si se aplica algún procedimiento de evaluación a los servicios de ISP. En estas entrevistas, la mayoría de profesionales de la salud niegan que se evalúen estos servicios, aunque se afirma que los gestores (y en ocasiones los trabajadores sociales) llevan un seguimiento de las intervenciones realizadas.

Los gestores, por su parte, comentan que se realiza una evaluación de estos servicios basada en los datos registrados por los profesionales de la ISP en la Intranet relativos a sus actuaciones en los diferentes centros. No obstante, destacan que los encargados de dicha evaluación son el IES, o la empresa que facilita los profesionales de la ISP (en gran parte de los casos, EULEN), e insisten en que no siempre les llegan los resultados de la misma.

Asimismo, tanto gestores como profesionales de la salud afirman que algunos centros realizan sus propias evaluaciones del servicio de ISP, en las que se evalúa la profesionalidad, la eficiencia de sus servicios, etc. De acuerdo con los profesionales de la salud, en algunos centros se han pasado encuestas de satisfacción al respecto, tanto a profesionales de la salud como a usuarios. Cabe destacar que de acuerdo con sus gestores, el trabajo de los agentes de salud comunitarios se evalúa dentro de cada proyecto en el que participan.

#### **4.9.10. Modalidades de interpretación utilizadas en los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés**

Las entrevistas a profesionales de la ISP y profesionales de la salud han puesto de manifiesto que las modalidades de interpretación utilizadas en el ámbito sanitario barcelonés son:

- Interpretación de enlace

Los profesionales de la ISP y de la salud comentan que la modalidad de interpretación más recurrida es la de enlace. No obstante, se observa cierto desconocimiento hacia la práctica de la interpretación, pues son muy pocos los profesionales de la salud o de la ISP que llaman a dicha práctica por su nombre, muchas veces confundida (sobre todo por los profesionales de la salud) con la interpretación simultánea. No obstante, dada la explicación que se da de las técnicas utilizadas, se puede asegurar, sin lugar a dudas, que se refieren a esta modalidad. De hecho, ambos perfiles describen las intervenciones en ISP estándar como aquellas en las que el profesional de la ISP interviene prestando la interpretación hacia el otro idioma tras cortas intervenciones de cada una de las partes. Tanto los profesionales de la salud como los de la ISP aseguran que la mayoría de estos últimos depende de memoria para ofrecer sus prestaciones, aunque en ocasiones se recurre a la toma de notas.

- Traducción a la vista

Los profesionales de la salud y de la ISP aseguran que en ocasiones se realizan traducciones a la vista de textos escritos. No obstante, algunos profesionales de la salud afirman no trabajar con esta modalidad de interpretación, lo que se corresponde con los comentarios de algunos profesionales de la ISP, que muestran su desacuerdo con dicha práctica.

Además, los profesionales de la ISP revelan que, cuando observan que la situación lo requiere, recurren al *chuchotage*, práctica utilizada, según afirman, en consultas que contienen una elevada carga emotiva, como las de psiquiatría.

#### **4.9.11. Competencias necesarias de todo profesional de ISP y aptitudes más valoradas por los usuarios**

Si bien únicamente 22 de los 101 usuarios encuestados (un 21,78 % del total) han respondido a la pregunta acerca de las aptitudes más valoradas en un profesional de la ISP, presento a continuación cuáles son las competencias que los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés consideran necesarias para su trabajo, contrastando dicha información con la obtenida gracias a dicha pregunta de los cuestionarios. Así, de los datos obtenidos se extrae que las competencias consideradas necesarias por los profesionales de la ISP son, según su orden de importancia:

- Competencia comunicativa y textual

Esta es también la competencia más valorada por los usuarios, pues en los cuestionarios un 15,06 % afirma que la aptitud que más valoran en un profesional de la ISP es que domine su lengua materna y la segunda aptitud más valorada (con un 12,87 %) es el dominio del catalán y/o español.

- Competencia intercultural

Para los usuarios también es esta la competencia que vendría en segundo lugar. En los cuestionarios, estos valoran en tercer lugar (con un 12,39 % e inmediatamente después de las aptitudes que acabamos de comentar) el conocimiento de las dos culturas involucradas en la conversación.

- Competencia instrumental-profesional

Los profesionales de la ISP consideran imprescindible respetar tanto la confidencialidad como las fronteras de su profesión, aspecto en el que coinciden con los usuarios, para quienes ésta también parece ser la competencia más valorada, pues en cuarto lugar en su ranking valoran el respeto a la confidencialidad (con un 12,26 %). Acto seguido, valoran la neutralidad de dichos profesionales (con un 9,23 %). No obstante, a continuación, los usuarios afirman valorar la solidaridad del profesional de la ISP con la causa del paciente (con un 9,07 %), lo que, aplicado en exceso, podría traer conflictos sobre el papel del intérprete. A dicha aptitud le sigue en la valoración de los usuarios la seriedad del profesional de la ISP para con su trabajo, mientras que la predisposición hacia el mismo es valorada por éstos en último lugar.

- Competencia temática

Los profesionales de la ISP aseguran que es esencial en su trabajo disponer de suficientes conocimientos acerca del sistema sanitario y del resto de servicios de la Administración Pública. Si bien los usuarios no se refieren a dicha competencia en los cuestionarios, puede que sea por la falta de un descriptor que haga referencia a la misma en los cuestionarios diseñados para este estudio.

- Competencia estratégica

Tal y como ocurría con la competencia anterior, los usuarios no han aludido a dicha competencia en los cuestionarios, aunque seguramente esto se debe a la falta de un descriptor relacionado con la misma en los cuestionarios.

- Competencia interpersonal

Según los profesionales de la ISP, la empatía es algo esencial en su trabajo, así como las habilidades sociales de comunicación interpersonal, como saber escuchar. Esto se corresponde con los datos obtenidos de los usuarios, quienes ubican en un menor nivel de importancia la simpatía del profesional de ISP y su paciencia, aunque las valoran, con un 7,77 % y un 6,88 %, respectivamente.

- Competencia psicofilosófica

De acuerdo con los profesionales de la ISP, la concentración y la capacidad de abstracción son imprescindibles para una buena práctica de la ISP.

#### **4.9.12. Características de la situación comunicativa**

Los profesionales de la ISP han sido los únicos que han descrito el posicionamiento de los diferentes participantes de la situación comunicativa en ISP, lo cual, según afirman, condiciona el flujo comunicativo en ISP. De acuerdo con la información obtenida, los profesionales de la ISP son partidarios de una entrevista triangular, en la que se posicionan en medio de ambas partes, manteniendo la misma distancia con cada una de ellas. No obstante, comentan que, dada la variedad de situaciones a las que se enfrentan, no siempre pueden posicionarse de ese modo.

De acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas a los profesionales de la ISP, estos defienden que la gestión del intercambio conversacional es competencia suya, aunque de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud se extrae que estos no están del todo de acuerdo con dicha idea, pues prefieren dirigir ellos mismos la conversación. Sea como fuere, ambos perfiles coinciden en indicar que, a menudo, los profesionales de la ISP se encargan de hacerlo (cuando el profesional de la salud lo permite), solicitando así pausas para la interpretación cuando es necesario, así como repeticiones o aclaraciones en caso necesario, según afirman los profesionales de la ISP.

Las entrevistas realizadas a profesionales de la salud y de la ISP, así como los cuestionarios rellenos por los usuarios de estos servicios, han demostrado que la direccionalidad de la conversación en ISP no es siempre igual. Se dan así, de acuerdo con estos tres perfiles, tanto situaciones de comunicación directa como indirecta. Los profesionales de la ISP aseguran que dicha variación viene motivada por los interlocutores que intervienen en la conversación y su experiencia con la ISP.

De acuerdo con los datos proporcionados en las entrevistas de los profesionales de la salud, se dan las siguientes situaciones:

- Situaciones de comunicación directa

- El profesional de la salud ( $IP_1$ ) se dirige al usuario ( $IP_2$ ), a pesar de la incomprensión mutua, con la intención de observar el lenguaje no verbal del otro, a la espera de recibir la interpretación del profesional de la ISP (ISP) e independientemente de a quien se dirija el usuario. Con tal de representar dicha situación, propongo la fórmula siguiente:

$$[(IP_1 \leftrightarrow IP_2) \underline{\vee} (IP_1 \rightarrow IP_2)] \wedge ISP$$

- Los interlocutores primarios ( $IP_1$  y  $IP_2$ ) dirigen su mirada tanto al otro interlocutor primario como al profesional de la ISP (ISP), en función de:

$$(IP_1 \rightarrow ISP \wedge IP_2) \vee (IP_2 \rightarrow ISP \wedge IP_1)$$

- El profesional de la salud ( $IP_1$ ) prefiere observar cuál es el nivel de dominio lingüístico del usuario ( $IP_2$ ), adaptando su manera de trabajar a sus posibilidades. De este modo, prueban a conversar directamente con el usuario, solicitando la intervención del profesional de la ISP (ISP) a modo de “muleta” para el apoyo en el intercambio informativo, recurriendo a éste únicamente en

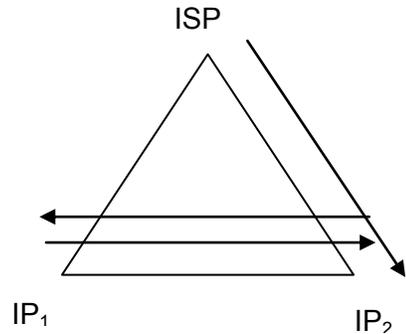


Figura 14. Situación de comunicación directa en Barcelona (1).

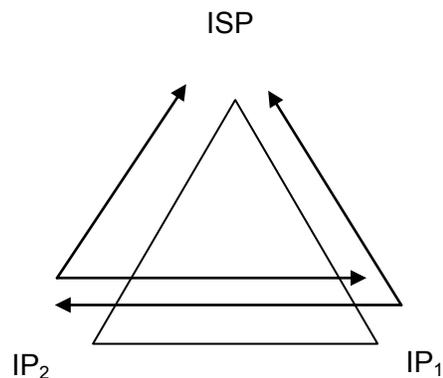


Figura 15. Situación de comunicación directa en Barcelona (2).

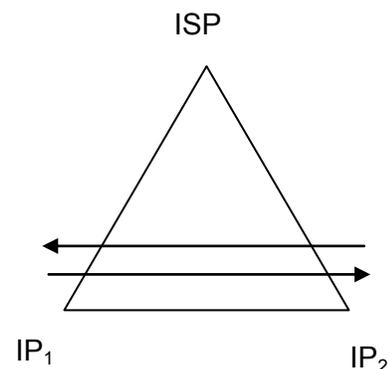


Figura 16. Situación de comunicación directa en Barcelona (3).

casos de incomunicación o errores de comprensión. Todo ello según la fórmula:

$$(IP_1 \leftrightarrow IP_2) \wedge [(ISP \text{ "muleta"}) \vee \emptyset]$$

▪ Situaciones de comunicación indirecta

- Ambos interlocutores primarios se dirigen al profesional de la ISP, obviando la presencia del otro, generándose una comunicación directa entre el profesional de la ISP y ambos interlocutores primarios, aunque una indirecta entre los propios interlocutores primarios, de acuerdo con la fórmula:

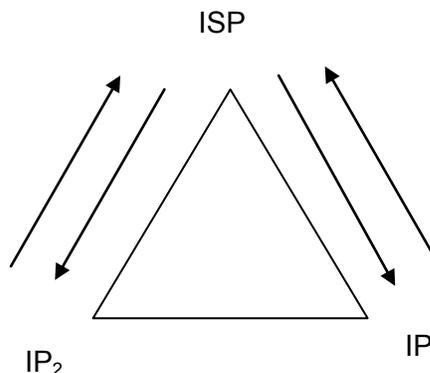


Figura 17. Situación de comunicación indirecta en Barcelona.

$$(IP_1 \leftrightarrow ISP) \wedge (IP_2 \leftrightarrow ISP)$$

Los profesionales de la ISP subrayan en sus entrevistas la conveniencia de entablar una conversación directa en pro de la comprensión del lenguaje no verbal. En esta línea, aseguran contar con técnicas para reconducir la mirada de los interlocutores primarios en el intercambio conversacional, como señalar al otro interlocutor primario con la mano cuando uno de ellos dirige su mirada al profesional de la ISP o una desviación de la mirada cuando esto ocurre.

Por lo que respecta a los usuarios, una gran mayoría (78,22 %) afirma en sus cuestionarios dirigirse al profesional de la ISP en las visitas médicas triológicas, frente a un 15,84 % que asegura dirigirse al profesional de la salud. Igualmente, un 0,99 % garantiza dirigirse a ambos indistintamente. No obstante, cabe recordar que un 4,95 % no contestó a esta pregunta.

A partir de lo observado mediante las entrevistas a profesionales de la ISP y de la salud, se puede afirmar que hay partidarios y detractores tanto del uso de la primera como de la tercera persona. De acuerdo con los profesionales de la salud, el uso de una u otra parece ser intrínseco a la manera de trabajar de cada profesional de la ISP. Estos últimos manifiestan ser conocedores de las normas teóricas de la ISP, según las cuales, su trabajo se debería desempeñar en primera persona. No obstante, afirman no respetar siempre dicha norma. Los profesionales de la salud afirman haber visto esfuerzos por parte de profesionales de la ISP en trabajar en primera persona. Su conveniencia es explicada por los profesionales de la ISP alegando que dicha manera de proceder permite pasar a utilizar la tercera con tal de alejarse del mensaje en caso necesario. Sin embargo, ambos perfiles coinciden en que hay un uso generalizado de la tercera persona en la práctica diaria, aunque de acuerdo con los profesionales de la ISP, se suele utilizar

la primera persona de manera frecuente en las consultas de psiquiatría, dadas las particularidades de las mismas.

Según los profesionales de la ISP, una de las razones que justifican el uso predominante de la tercera persona en el ámbito sanitario barcelonés es el hecho de que a los profesionales de la salud les parezca poco natural el uso de la primera, llegando a extrañarse cuando los profesionales de la ISP intentan aplicar la norma de la que hablábamos. Esta idea es corroborada por los profesionales de la salud, quienes añaden que la tercera persona les resulta menos intrusiva, pues argumentan que el uso de la primera persona puede esconder una voluntad de intromisión en el intercambio conversacional por parte del profesional de la ISP.

#### **4.9.13. Principios deontológicos básicos de la práctica de la ISP**

Los profesionales de la ISP enumeran, en sus entrevistas, los principios deontológicos básicos que consideran que debe seguir todo aquel que se dedique a dicha profesión. Según ellos, estos son:

- Exactitud

Destacan la necesidad de que la prestación en ISP sea precisa y transmita la totalidad del intercambio conversacional. Insisten en la obligación profesional de interpretar la totalidad de la información compartida.

- Confidencialidad

Tal y como veíamos en el apartado de las competencias necesarias de todo profesional de la ISP, así como en las aptitudes más valoradas por los usuarios, la confidencialidad es un aspecto considerado esencial por ambos perfiles, así como por los gestores y profesionales de la salud. Así, los profesionales de la ISP insisten en la conveniencia de apelar, durante la presentación previa a la intervención, a la promesa de confidencialidad.

- Imparcialidad y neutralidad

Los profesionales de la ISP señalan que su figura debe ser imparcial en todo momento, lo que afirman haberles traído más de una incompreensión por parte de sus usuarios. Aun así, los profesionales de la salud afirman que algunos de ellos han tendido a posicionarse como defensores del usuario.

Los datos obtenidos gracias a los cuestionarios demuestran que, por norma general, los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés respetan estos dos principios deontológicos. Por lo que respecta a la imparcialidad, de los cuestionarios realizados a los usuarios se desprende que la mayoría (un 76,24 %) afirman que los profesionales de la ISP han sido siempre imparciales, un 4,95 %

aseguran que han defendido más los intereses de los profesionales de la salud y un 8,91 % certifican que éstos suelen defender más los intereses de los usuarios. No obstante, un 1,98 % considera que suelen defender tanto los intereses de los profesionales de la salud como los de los de los usuarios. Recordemos que un 7,92 % no contesta a esta pregunta. Asimismo, acerca de la neutralidad, un 42,57 % afirma no haber recibido ningún consejo por parte de los profesionales de la ISP acerca de cómo responder las preguntas del personal sanitario, frente a un 53,46 % que afirma haber sido aconsejado al menos una vez. Destacaremos que esta pregunta tiene una abstención del 3,96 %.

- Fronteras profesionales

Como veíamos en el apartado de las competencias necesarias de todo profesional de la ISP, así como en las aptitudes más valoradas por los usuarios, en ocasiones se solicita a los profesionales de la ISP que desempeñen tareas áreas que no les corresponden, ante lo que estos destacan la necesidad imperativa de negarse. Sin embargo, los profesionales de la salud aseguran que algunos profesionales de la ISP han intentado rebasar sus fronteras profesionales, al pretender realizar tareas que se escapan de sus funciones, lo que, según afirman, llega a suponer un problema para la práctica sanitaria.

#### **4.9.14. Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP**

Tanto los gestores de ISP como los miembros del personal sanitario coinciden en señalar que estos últimos se muestran, por lo general, satisfechos con los servicios de ISP recibidos, aunque los profesionales de la salud insisten que este sentimiento varía en algunos de entre ellos. Así, los profesionales de la salud manifiestan en sus entrevistas su punto de vista respecto de los servicios de ISP recibidos, según el cual estos resultan cómodos y de una elevada utilidad, a pesar de sus puntos negativos, entre los que destacan las limitaciones horarias.

Los gestores y los profesionales de la salud opinan que la implementación de la ISP satisfactoria para los pacientes que lo usan, a lo que los gestores añaden que, cuando los utilizan, los suelen recomendar.

Los usuarios ponen de manifiesto en los cuestionarios su elevada satisfacción respecto a los servicios de ISP recibidos. El porcentaje de satisfechos asciende a un 92,08 %, de los cuales un 45,54 % se manifiesta muy satisfecho, un 28,71 % satisfecho y un 17,82 % bastante satisfecho, frente a un 2,97 % de usuarios insatisfechos, teniendo en cuenta que un 2,97 % no contesta y un 1,98 % lo hace de manera errónea.

Los profesionales de la salud resaltan la satisfacción observable en los propios profesionales de la ISP. Aseguran que estos profesionales disponen de una gran iniciativa. Igualmente, afirman que dicha satisfacción está motivada por los resultados del propio trabajo. No obstante, destacan que con tal de explotar al máximo el trabajo de

dichos profesionales, se necesitaría confeccionar una estructura de servicios de ISP organizados.

Si bien los profesionales de la salud niegan poder asegurar el punto de vista de la dirección de sus respectivos centros sanitarios respecto de los servicios de ISP; los gestores afirman que la percepción que se tiene desde las esferas más altas de los mismos es positiva. Si bien los profesionales de la salud afirman que la dirección de los centros se muestra distante con los servicios de ISP, tanto estos como los gestores, basándose en que la dirección no ha considerado conveniente alterar ningún aspecto de los mismos, aseguran que reconoce los servicios de ISP como necesarios. Los profesionales de la ISP creen que estos servicios deben proporcionar seguridad a la dirección de los centros sanitarios, puesto que evitan problemas originados por la incomprensión y solucionan los que puedan llegar a generarse. Sin embargo, destacan el desinterés por parte de los centros sanitarios en invertir en servicios de este tipo, alegando que se observan otras prioridades motivadas por factores económicos. De este modo, los profesionales de la salud aseguran que este tipo de servicios se mantendrá únicamente mientras constituyan la opción más rentable para los centros.

Los gestores y los miembros del personal sanitario afirman que estos últimos consideran los servicios de ISP de calidad, dado que permiten que el mensaje sanitario llegue a su destino. Sin embargo, los profesionales de la salud revelan que no todos recurren a ellos, dado que no todos consideran tener la misma necesidad de ISP. Aun así, tanto los gestores como los miembros del personal sanitario destacan que estos últimos sufren la escasez de su disponibilidad horaria. Como nota positiva, los gestores aseguran que los profesionales de la salud valoran muy positivamente la inmediatez que ofrecen los servicios de ISP.

Los gestores y los profesionales de la salud apuntan que la percepción de la calidad por parte de los usuarios parece ser bastante buena. Los miembros del personal sanitario los reconocen muy agradecidos de tener a una persona que domine su idioma y les facilite la comunicación en el ámbito sanitario. De hecho, tanto los gestores como los profesionales de la salud aseguran haber observado como el número de usuarios de servicios de ISP ha ido aumentando. Aunque los gestores reconocen no tener datos que demuestren la calidad de estos servicios, subrayan (como también lo hacen los profesionales de la salud) que nunca se ha recibido ninguna queja por parte de usuarios acerca de los servicios de ISP. Sin embargo, los gestores tienden a subrayar que esto puede deberse a dos factores diametralmente diferentes: una excelente prestación en ISP o un desinterés por parte del usuario a presentar una reclamación. Dicha duda parte de que, según afirman, se han vivido de manera puntual situaciones que han podido ser del desagrado de los usuarios.

La información hasta ahora expuesta en lo referente a la calidad percibida por los usuarios se ve corroborada por los datos obtenidos de los cuestionarios. En ellos, la mayoría de usuarios (un 73,27 %) afirma comprender y ser comprendido cuando recurre a los servicios de ISP, frente a un 13,86 % que presenta deficiencias en la comprensión y

un 3,96 % que no siempre llega a comprender el mensaje, todo ello teniendo presente que un 8,91 % no responde.

En la opinión de los profesionales de la salud, los profesionales de la ISP consideran que prestan unos servicios de calidad. Tanto los miembros del personal sanitario como los gestores de los servicios de ISP aprecian que los profesionales de la ISP se sienten satisfechos tanto personal como profesionalmente. Los profesionales de la salud los reconocen muy motivados y dispuestos a realizarlo de manera eficaz, aunque los gestores afirman que dichos profesionales se encuentran insatisfechos con aspectos como sus condiciones laborales, la retribución económica recibida o la inseguridad de sus puestos de trabajo, aunque aseguran que esto no influye de manera negativa en la calidad ofrecida.

Por otra parte, los gestores afirman que en ocasiones los profesionales de la ISP querrían tener un poco más de trabajo, pues aunque hay días que la carga es elevada, algunos profesionales de la ISP no atienden a un gran número de usuarios. Finalmente, apuntan que las expectativas con las que los profesionales de la ISP llegan a los centros sanitarios no se corresponden con la realidad, lo que acarrea consecuencias negativas a nivel de la satisfacción profesional de los mismos, llegando a hacer decrecer la percepción de la calidad del servicio prestado. Con todo, los gestores subrayan la necesidad de que los profesionales de la ISP se abran paso como una profesión más del sistema sanitario.

#### **4.9.15. Beneficios obtenidos con los servicios de ISP**

Los profesionales de la ISP insisten en destacar su papel no intrusivo, así como en distinguir la mediación intercultural de la mediación de conflictos, aseverando que sus funciones se limitan a abrir las vías de comunicación. No obstante, admiten que su trabajo ha mejorado considerablemente la relación entre el personal sanitario y los usuarios alófonos, a lo que los gestores añaden que han contribuido a la reducción de los conflictos entre los usuarios alófonos y los miembros del personal sanitario. En esta línea, un 94,06 % de los usuarios afirma en los cuestionarios que la ISP ha mejorado su relación con los miembros del personal sanitario, mientras que tan sólo un 1,98 % opina lo contrario y un 3,96 % no se pronuncia.

Los profesionales de la salud, los de la ISP y los gestores de dichos servicios coinciden en señalar que la ISP ha conllevado:

- Incremento de la tranquilidad, la seguridad y la confianza entre el personal sanitario y el usuario alófono
- Aumento del éxito en la comunicación

Por su parte, los profesionales de la ISP coinciden con los de la salud en añadir las siguientes repercusiones:

- Acercamiento cultural, con la interpretación tanto del lenguaje verbal como del no verbal
- Trato más apropiado del paciente inmigrante alófono, dada la comprensión de las diferencias culturales y la adaptación a las mismas

Igualmente, los gestores enumeran las siguientes aportaciones:

- Mayor fluidez en el diálogo
- Mayor nivel de accesibilidad
- Incremento de la calidad de las visitas de los usuarios alófonos
- Incremento de la empatía de los profesionales de la salud para con usuarios etnoculturalmente diferentes

A ellas, los profesionales de la ISP agregan:

- Rotura de posibles prejuicios
- Mejora del seguimiento y los tratamientos de los pacientes
- Optimización del uso de los recursos sanitarios por parte de los usuarios extranjeros

Asimismo, los profesionales de la salud añaden:

- Aumento de la confianza entre los interlocutores
- Incremento de la comodidad de la visita médica trialingica

Los profesionales de la salud y los gestores ven la ISP como un “valor añadido” para los centros sanitarios, que, de acuerdo con los gestores, es reconocido tanto por la población inmigrante como por la autóctona. Ambos perfiles coinciden con los profesionales de la salud en destacar los siguientes beneficios de la ISP para los centros sanitarios:

- Aumento de la concienciación cultural
- Optimización del uso de los recursos sanitarios

Por su parte, los profesionales de la ISP coinciden con los de la salud en que sus servicios facilitan:

- Respeto al derecho de todo administrado a acceder a servicios de salud pública.
- Decrecimiento del número de visitas perdidas.

- Ahorro considerable de tiempo y dinero
- Atención a una población más amplia.
- Aumento de la confianza del usuario inmigrante en el sistema sanitario

Igualmente, los profesionales de la salud coinciden con los gestores de los servicios de ISP en destacar que la prestación de estos servicios aporta al centro sanitario un mayor éxito en la comunicación.

Asimismo, tanto gestores como profesionales de la ISP apuntan que con estos servicios, los centros se han beneficiado de una mejor comprensión del sistema sanitario por parte del usuario extranjero.

De manera individual, los gestores añaden a los ya citados los siguientes beneficios:

- Reducción de los problemas originados por la existencia de barreras lingüísticas o culturales en ámbito sociosanitario
- Adaptación a los cambios sociales
- Aumento de la tranquilidad entre los profesionales de la salud

A este tenor, los profesionales de la salud agregan los beneficios siguientes para los centros sanitarios:

- Mayor adecuación de la atención a los usuarios alófonos
- Mejora de la calidad asistencial
- Mayor eficacia de los diagnósticos, tratamientos y pruebas médicas
- Disminución de los riesgos y errores médicos

Los profesionales de la ISP amplían la lista con:

- Promoción de los centros de salud entre la población inmigrante alófona
- Decrecimiento de los posibles riesgos de exclusión

Los profesionales de la salud, los de la ISP y los gestores de estos servicios aseguran que el personal sanitario se ha podido beneficiar de estos servicios en tanto y en cuanto estos han supuesto:

- Incremento de la eficacia en los diagnósticos, tratamientos y pruebas médicas
- Mayor nivel de concienciación cultural

Los profesionales de la ISP y los gestores de sus servicios, añaden los siguientes beneficios para el personal sanitario:

- Disminución de los riesgos y errores médicos
- Adaptación de las prácticas médicas a la realidad cultural del usuario
- Promoción de tranquilidad y comodidad de las partes

Los profesionales de la salud y los de la ISP coinciden en sumar los beneficios siguientes:

- Mayor éxito en la comunicación
- Mejora en la calidad asistencial
- Acercamiento del profesional y el usuario inmigrante alófono

Igualmente, los profesionales de la salud y los gestores aseguran que la ISP ha traído consigo un incremento de la satisfacción profesional del personal sanitario, motivado por el crecimiento de la sensación del trabajo bien hecho. Asimismo, si los gestores agregan a los beneficios ya mencionados una mayor agilidad en el trabajo de los profesionales de la salud, los propios profesionales de la salud insisten en que estos servicios les han permitido ahorrar esfuerzos y sentirse más seguros en la comunicación multicultural y multilingüística.

Los gestores de los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés manifiestan que estos han provocado todo tipo de reacciones en la sociedad barcelonesa (tanto positivas como negativas). Aun así, éstos coinciden con los profesionales de la ISP en destacar que la ISP contribuye a la promoción de la convivencia pacífica de la población inmigrante y la autóctona. Además, según los profesionales de la ISP y de la salud, la ISP favorece la integración de las personas alófonas en la sociedad y contribuye tanto a la eliminación de prejuicios como a la prevención de enfermedades. A esto, los profesionales de la salud añaden que estos servicios han supuesto un acercamiento cultural, aprendizaje mutuo así como una apertura hacia el acceso igualitario a los servicios de salud, lo cual implica el cumplimiento de un derecho fundamental

Los profesionales de la ISP, los de la salud y los gestores de los servicios de ISP analizados coinciden en apuntar que los usuarios se han beneficiado de los siguientes resultados de la práctica de la ISP:

- Mayor éxito en la comunicación en ámbito sanitario
- Decrecimiento de las preocupaciones y de los sentimientos de intranquilidad e inseguridad en el usuario alófono en contexto sanitario

En esta línea, los profesionales de la salud y los gestores de los servicios de ISP aseguran que los usuarios consiguen, gracias a la ISP, ganar confianza con el sistema sanitario. De igual manera, los profesionales de la ISP y de la salud destacan que la ISP ha permitido que los usuarios lleguen a conocer mejor los servicios que la sociedad de acogida pone a su disposición. Por su parte, los gestores enumeran los beneficios siguientes, de los que, aseguran, se benefician los usuarios:

- Acceso igualitario a unos servicios de salud de calidad
- Respeto a la infancia y a las necesidades del menor (al no tener que recurrir a menores como intérpretes *ad hoc*)
- Mejora de la calidad asistencial
- Mejor comprensión del problema de salud y del tratamiento recomendado
- Mayor respeto a la intimidad, fruto de la confidencialidad que garantiza la ISP.
- Mayor prevención de enfermedades

Los profesionales de la salud agregan al listado de beneficios de la ISP para los usuarios los siguientes:

- Mejor comprensión de las prácticas sanitarias autóctonas
- Mayor sentimiento de acogida entre los inmigrantes alófonos.
- Ruptura del aislamiento que supone la existencia de una barrera lingüística.

Igualmente, los profesionales de la ISP aluden al favorecimiento de la integración de los inmigrantes alófonos que supone su trabajo, así como al incremento de la autonomía del paciente inmigrante alófono dentro del sistema sanitario conseguido gracias a él.

#### **4.9.16. Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados**

Los gestores de los servicios consideran que éstos se podrían mejorar solicitando profesionales de la ISP externos según las necesidades de cada departamento, aunque algunos destacan hacerlo en la actualidad en momentos de necesidad fuera de horario de los servicios propios del centro. Aun así, si bien algunos (6 gestores) considerarían ideal que los profesionales de la ISP estuvieran integrados en el equipo de profesionales del centro, otros consideran que la demanda no es suficiente como para que los centros sanitarios den dicho paso (en vista de los recursos económicos disponibles). De los 6 gestores que se muestran partidarios de la inclusión de los profesionales de la ISP en plantilla, 5 abogan porque éstos estén disponibles 24 horas al día, aunque aseguran que esto dependería de las necesidades. Si bien los gestores aseguran que la interpretación telefónica responde a las necesidades puntuales que se dan fuera de horario de ISP presencial, una opción que parece ser del agrado generalizado de los gestores, así como

de los profesionales de la ISP, reside en la creación de un servicio de ISP compartido, de manera que sus profesionales trabajen en red abasteciendo a un grupo o el conjunto de los centros sanitarios. Algunos gestores sugieren que los profesionales de la ISP prestasen sus servicios a los centros sanitarios bajo demanda y que, posteriormente, recibieran los honorarios correspondientes a cada servicio realizado. En la misma línea, los profesionales de la ISP solicitan la creación de un foro de profesionales de la ISP, que les permita estar en contacto y compartir experiencias. Asimismo, los profesionales de la salud instan a la creación de una estructura sólida para los servicios de ISP, carencia considerada por ellos el origen de muchos problemas. Igualmente, los profesionales de la salud solicitan una extensión de la disponibilidad horaria de los servicios de ISP, así como de la cobertura lingüística de los mismos.

Los profesionales de la ISP coinciden con los profesionales de la salud en señalar conveniencia de mejora de los aspectos siguientes:

- Necesidad de un mayor esfuerzo de concienciación multicultural
- Necesidad de aumentar la difusión de los servicios de ISP
- Necesidad de incrementar la cooperación del profesional de la ISP con el resto de profesionales del centro sanitario
- Necesidad de prestar una asistencia más individualizada al usuario extranjero alófono

Igualmente, los profesionales de la salud consideran conveniente que los profesionales de la ISP amplíen sus conocimientos acerca de los procesos de salud en pro de la agilidad de las visitas. En esta línea, los profesionales de la ISP destacan su interés en que se les amplíen las ofertas de formación continua y se les proporcione un seguimiento, así como la supervisión de un superior jerárquico. Igualmente, instan a que se optimicen tanto sus condiciones laborales como los recursos a su alcance. Sea como fuere, los profesionales de la ISP aseguran que antes de introducir cambios a los servicios de una manera más bien institucional, cabría realizar un estudio de las necesidades de cada centro sanitario, con tal de conocer a fondo cada realidad y actuar en consecuencia.

## 4.10. Informe de triangulación de la ciudad de Montreal

### 4.10.1. La comunicación entre los miembros del personal sanitario y los usuarios alófonos

Si bien los profesionales de la ISP del BII insisten en que la disponibilidad de los servicios del BII cubre las 24 horas del día, pues se aceptan servicios de urgencias, tanto los profesionales de la ISP como los de la salud e incluso los usuarios manifiestan que existen diferentes mecanismos de comunicación para entablar una conversación en contexto sanitario con usuarios alófonos. A pesar de que los profesionales de la ISP revelan que a menudo se reprograman citas con usuarios alófonos con tal de atenderlos mediante la intervención de un intérprete, los datos obtenidos incluyen también las siguientes soluciones alternativas a los servicios de ISP presencial:

- Consulta sin intermediario.

Los profesionales de la ISP revelan que en ocasiones los profesionales de la salud atienden a usuarios alófonos (quienes en el mejor de los casos tienen nociones básicas de la lengua mayoritaria) sin recurrir a un tercero. En tales situaciones, las partes se ven obligadas a intuir lo que su interlocutor desea expresar. Insisten en que a pesar de los conocimientos lingüísticos que el usuario pueda tener, a menudo no se alcanza la comprensión del mensaje, con lo que el resultado no es el esperado. Únicamente un 11,11 % de los usuarios encuestados afirma preferir enfrentarse estar solo a una consulta médica a pesar de sus dificultades de comunicación.

- Recurso a miembros bilingües del personal sanitario

Tanto los profesionales de la salud como los de la ISP aseguran que algunos miembros del personal sanitario poseen conocimientos de una tercera lengua, que utilizan en caso de necesidad para comunicarse con un usuario alófono. Los profesionales de la ISP aseguran que dichos miembros del personal sanitario llegan a intervenir haciendo las veces de un intérprete, lo que denuncia les restringe el tiempo que deberían ocupar en realizar sus propias obligaciones en el centro. Los profesionales de la salud insisten en que este el personal bilingüe de los centros sanitarios suelen intervenir en conversaciones no muy intrusivas (como el registro de los pacientes, etc.), dejando en manos de los intérpretes las conversaciones dentro de la consulta.

- Interpretación de acompañantes (familiares, amigos, etc.).

Los profesionales de la salud aseguran recurrir a la intervención de acompañantes del usuario cuando no tienen acceso a servicios de ISP. Estos opinan que este tipo de intervenciones generalmente funcionan, aunque prefieren la imparcialidad del profesional de la ISP, sobre todo al tratar temas personales.

Esto es así porque algunos usuarios no quieren hablar ante sus acompañantes sobre determinados temas. Sin embargo, los profesionales de la salud destacan que este rechazo a tratar ciertos temas puede llegar a darse también frente a los profesionales de la ISP, aunque sucede muy esporádicamente, dado que habitualmente los usuarios son conscientes de la confidencialidad que exige el trabajo en ISP. Aún así, los profesionales de la salud de Montreal se suelen reconocer partidarios de la ISP. De hecho, denuncian que a menudo la intervención de un acompañante supone un filtro de información, dado que estos presentan un vínculo emocional con el usuario, lo que hace decrecer la neutralidad de sus intervenciones e incluso fomenta la inclusión de información propia a la conversación, acciones que evita todo profesional de la ISP. Es por ello que algunos profesionales de la salud consideran realizar un trabajo más real y completo al trabajar con profesionales de la ISP. Éstos últimos, por su parte, aseguran que la intervención de acompañantes siempre presenta deficiencias en cuanto a la interpretación se refiere. Afirman que pese al posible dominio lingüístico del acompañante, el nivel de lengua no siempre es el suficiente para tratar temas de especialidad. Los profesionales de la ISP aseguran que una interpretación errónea puede causar prejuicios tanto al usuario como al profesional de la salud y, a su vez, romper con la confidencialidad de la consulta.

En lo que concierne a la comodidad de los usuarios cuando su intermediario es un acompañante, cabe mencionar que mientras que un 66,67 % de los usuarios asegura sentirse cómodo con los servicios de un intérprete o familiar, un 11,11 % se siente más cómodo con un familiar y otro 11,11 %, se siente igual de cómodo cuando su acompañante es un intérprete como si es un familiar.

Por lo que respecta a la intervención de menores de edad en calidad de intermediarios, tanto los profesionales de la ISP como los de la salud coinciden en que a pesar de que en algunos centros se permite, en otros está estrictamente prohibido. Esto se debe, tal y como apuntan los profesionales de la ISP, a motivos como la protección de los intereses del menor (no faltar a sus obligaciones escolares, etc.) o incluso el propio bienestar del usuario, dado que según apuntan los intérpretes del MCH, cuando el propio paciente menor actúa de intérprete para sus padres, puede ocultar información en su propio interés, lo que puede remodelar el resultado de la consulta. Algunos profesionales de la salud se posicionan en contra de la intervención de menores argumentando que dicha práctica puede llegar a estigmatizar al padre, al alterar las relaciones de poder dentro de la familia a causa de un conocimiento lingüístico superior en el hijo. Igualmente, los profesionales de la salud apuntan que no se recurre a la intervención de menores en casos de conflictividad compleja, como los de violencia.

Los cuestionarios revelan que de entre aquellos usuarios que los intermediarios de la conversación a tres en el ámbito sanitario suelen ser profesionales de la ISP o familiares (únicamente un 11,11 % acudir acompañado siempre de un

intérprete). Un 33,33 % constata contar con la intervención recurrente de un intérprete o un familiar, mientras que un 55,55 % asegura contar con la intervención de un familiar (ya sea hijo o cónyuge) de manera regular.

De entre los que aseguran recurrir generalmente a un intérprete o familiar, un 33,33 % (un 11,11 % del total) aseguran que hacen uso indistintamente de intérpretes, hijos o de su cónyuge, mientras que el 66,67 % restante (un 22,22 % del total) usan como intermediarios a intérpretes o a su cónyuge, sin distinción. Finalmente, un 22,22 % del total asegura recurrir habitualmente a su cónyuge y un 33,33 % a sus hijos.

A estos métodos de comunicación, los profesionales de la ISP añaden:

- Uso de intérpretes voluntarios.

Por su parte, los profesionales de la salud, agregan a la lista anterior los siguientes métodos de comunicación:

- Interpretación telefónica.

Aseguran que las conferencias telefónicas se realizan con intérpretes que ya conocen el caso a tratar. Aunque desconocen si se utiliza en todos los centros, algunos profesionales se muestran partidarios de esta solución para cubrir las demandas que se presentan de manera urgente o fuera de horario.

- Material lingüístico en varios idiomas

Aunque algunos profesionales de la salud niegan contar con material lingüístico, bastantes aseguran recurrir a este tipo de documentos, que engloban:

- Posters que tratan temas puntuales en diferentes lenguas
- Panfletos informativos (la mayoría en inglés o francés)
- Documentación adaptada a otras lenguas con aclaraciones culturales
- Formularios traducidos (sobre todo en francés, inglés y español, aunque en menor medida)
- Documentos relativos a temas puntuales (vacunación, alimentación, etc.) traducidos a otras lenguas (como el urdú, el tamul o el tagalog).
- Páginas web oficiales con traducciones de documentos utilizados en el ámbito sanitario.

Los profesionales de la salud insisten en que no toda la documentación que utilizan está traducida, sino que únicamente disponen de traducción de aquella que se usa frecuentemente, de manera que el resto de documentos se encuentran disponibles únicamente en inglés o francés. En su opinión, el número

de documentos traducidos podría ser mayor y aseguran que en caso de necesidad de traducción de algún documento se recurre ya sea a miembros del personal bilingües o a intérpretes del SCIS o del BII (en este último caso bajo solicitud expresa y consecuente remuneración por parte del centro de salud, lo que se hace en casos muy concretos).

A este tenor, cabe añadir que un 88,89 % de los usuarios encuestados niega recibir documentos traducidos a su idioma, frente a un escaso 11,11 % que afirma recibirlos a veces.

- Software informático

Algunos profesionales de la salud aseguran recurrir a páginas web de traducción automática como Google Translate para averiguar, por teléfono, informaciones puntuales de los pacientes. Igualmente, en ausencia de servicios de ISP, utilizan aplicaciones disponibles para teléfonos inteligentes, lo que representa mayor rapidez y elimina las esperas que requiere la llegada del intérprete, aunque desconocen el nivel de lengua utilizado y la exactitud de las traducciones. Igualmente insisten en que con este tipo de intervenciones obvian las diferencias culturales.

- Comunicación por gestos (aunque aseguran que resulta complicado)
- Uso de imágenes representativas de la realidad a tratar, lo que, según los profesionales de la salud, hacen las consultas más abiertas a la diversidad.

En opinión de los usuarios, este es el grado de traducción alcanzado según el método de comunicación utilizado:

Afirmación acerca del grado de traducción alcanzado	Porcentaje de respuestas favorables	Porcentaje de respuestas desfavorables
Los intérpretes traducen la totalidad de la información	11,11 %	
Los familiares traducen la totalidad de la información	11,11 %	
Tanto los intérpretes como los familiares traducen la totalidad de la información	44,44 %	
Tanto los familiares como los amigos traducen la totalidad de la información-	11,11 %	11,11 %
Los familiares y los intérpretes traducen la totalidad de la información pero los amigos y voluntarios no.	11,11 %	

Tabla 16. Grado de traducción alcanzado según el método de comunicación utilizado.

Por último, cabe mencionar que la mayoría de usuarios (un 55,56 %) se muestran satisfechos tanto con la intervención de sus familiares como con los profesionales de la ISP. Un 33,33 % del total, se reconocen íntegramente satisfechos con la intervención de un profesional de la ISP y se abstienen de pronunciarse al respecto de las intervenciones de familiares o amigos. Por último, un 11,11 % se manifiesta satisfecho con las intervenciones de familiares o amigos, pero no se pronuncia acerca de las intervenciones en ISP.

#### **4.10.2. Los participantes de la situación comunicativa**

Todos los perfiles entrevistados aseguran que el trabajo de los profesionales de la ISP consiste en posibilitar la comunicación entre el usuario alófono y el profesional del ámbito sanitario. Tanto los gestores como los profesionales de la ISP como los de la salud coinciden en afirmar que los intérpretes sociosanitarios cooperan con todo tipo de profesionales de la salud, dado que, tal y como aseguran los profesionales de la salud, los intérpretes trabajan de manera multidisciplinar en el ámbito sociosanitario.

Así, los intérpretes aseguran intervenir con médicos de familia, médicos especialistas (ginecólogos, pediatras, endocrinos, radiólogos, etc.), enfermeras, psicólogos, psiquiatras, técnicos, ortofonistas, ortopedagogos, nutricionistas, ergoterapeutas, personal administrativo, agentes de salud encargados de accidentes laborales, terapeutas ocupacionales, etc.

Los profesionales de la ISP insisten en que a pesar de que Montreal es una ciudad bilingüe, no todos sus profesionales de la salud dominan del el inglés y el francés, con lo que en ocasiones se necesita de la ISP también para estas lenguas.

En otro orden de cosas, los intérpretes destacan la dificultad de describir el perfil de sus usuarios dado el rigor de la confidencialidad de los datos de los usuarios en el ámbito sanitario montrealés. En esta línea, la Directora del BII asegura no disponer de información acerca de los usuarios de los servicios del Banco en el sistema sanitario. La Coordinadora del SCIS, por su parte, asegura que la variedad de sus usuarios es bastante amplia. La misma idea es expresada tanto por los profesionales de la ISP como por los de la salud. A pesar de las restricciones de información impuestas por la política de confidencialidad del sistema sanitario montrealés, del análisis de la información obtenida se han podido extraer una serie de generalizaciones que permiten describir a los usuarios de estos servicios de ISP. A continuación, expongo las tendencias observadas en la descripción de los mismos:

Tanto las gestoras de servicios de ISP como los profesionales de la salud y los de la ISP coinciden en afirmar que los usuarios de los servicios de ISP suelen ser personas incapaces de comunicarse en francés ni en inglés, dado su nulo o escaso nivel de dominio de dichas lenguas. La gestora de los servicios del SCIS del MCH asegura que los conocimientos de lenguas oficiales de los padres de los usuarios de sus servicios son habitualmente tan escasos que provocan que estos se encuentran aislados en la

sociedad montrealés. En esta línea, los profesionales de la salud aseguran que algunos usuarios tienen grandes dificultades con el idioma, a pesar de llevar largos periodos de tiempo afincados en Quebec, lo que sorprende dado que el gobierno de Quebec ofrece cursos de francés gratuitos. Argumentan que frecuentemente se trata de personas que por falta de socialización en la comunidad montrealés, avanzada edad o incluso por falta de interés o de sus capacidades mentales, no han aprendido los idiomas del lugar. Esto, según los profesionales de la ISP, les pone en situación de vulnerabilidad, dadas las dificultades (de carácter lingüístico o cultural) que encuentran a la hora de comunicarse con la Administración, a lo que se suma una elevada carga emocional, que dificulta su capacidad de comunicación.

La gestora del SCIS del MCH coincide con los profesionales de la salud en afirmar que gran parte de los usuarios de servicios de ISP se encuentran en pleno proceso de inmigración, con lo que su estatus migratorio precario, se encuentran en vías de instalación en Montreal y frecuentemente tienen condiciones socioeconómicas muy frágiles y nivel elevado de angustia, dado que se suelen encontrar a la espera de una resolución de su estatus oficial de inmigración. A pesar de que un gran porcentaje de usuarios son personas inmigrantes, los profesionales de la salud insisten en que los servicios de ISP atienden también a personas autóctonas, originarias del Norte de Quebec, que hablan lenguas indígenas y no dominan el inglés ni el francés.

Los profesionales de la ISP recuerdan que Quebec escoge a sus inmigrantes en función de varios criterios, uno de los cuales es el de disponer de buena salud. A pesar de ello, aseguran que, a medida que estas personas experimentan barreras en el acceso a servicios sanitarios, su salud puede llegar a perjudicar, con lo que los servicios de ISP se convierten en una herramienta esencial para evitar llegar a dicha situación. Por su parte, los profesionales de la salud resaltan la gran diversidad étnica de los usuarios de los servicios de ISP, insistiendo en que tratan a personas procedentes de diferentes partes del mundo: América Latina, África, Asia (China, Tailandia, Vietnam, Pakistán, Bangladés, etc. Esto concuerda con los orígenes de los profesionales de la ISP entrevistados, quienes también presentan una amplia diversidad étnica y de lenguas de trabajo.

Además, los profesionales de la salud aseguran que los usuarios de servicios de ISP abarcan diferentes franjas de edad, aunque tanto los profesionales de la salud como la gestora y los profesionales de los servicios de ISP del MCH aseguran que en este hospital, dadas sus características, los profesionales de la ISP atienden a pacientes de entre 0 y 18 años, acompañados por sus padres o tutores legales, quienes suelen ser jóvenes y tener nociones de inglés o francés. Aun así, se les prestan servicios de ISP para evitar posibles incomprensiones. Los profesionales de la ISP del BII aseguran que en el resto de centros de salud montrealés atienden a usuarios de todas las edades. Afirman que generalmente predomina la población adulta entre sus usuarios, perteneciendo gran parte de ellos a la tercera edad. No obstante, comentan que también atienden a niños y jóvenes, sobre todo en visitas que tratan aspectos transculturales. Insisten en que, habitualmente, las personas jóvenes presentan una mayor tendencia a

aprender los idiomas autóctonos. Estos datos se corroboran con la información recogida mediante cuestionarios rellenos por usuarios de estos servicios, que pone de manifiesto que un 44,44 % de los encuestados tiene entre 31 y 40 años, un 22,22 % entre 41 y 50, otro 22,22 % son mayores de 60 años, ante un 11,11 % que tiene edades comprendidas entre los 21 y los 30 años.

Los profesionales de la ISP aseguran atender a personas de ambos sexos, con predominio de las mujeres. Estos datos concuerdan con los recogidos gracias a los cuestionarios rellenos por usuarios de servicios de ISP, según los cuales, el grupo encuestado está formado por un 55,56 % de mujeres y un 11,11 % de hombres, teniendo en cuenta que un 33,33 % prefiere no revelar su sexo.

En cuanto al nivel de instrucción de los usuarios de servicios de ISP, los intérpretes aluden a una elevada heterogeneidad, pues aseguran que se encuentran tanto usuarios con un nivel cultural elevado (ya sea por haber estudiado o por haberse formado por cuenta propia), como usuarios con un nivel de instrucción bajo (llegando en casos extremos a ser analfabetos). Así, mientras que los primeros entienden un vocabulario elaborado, los segundos necesitarán un vocabulario mucho más básico para entender el mensaje sanitario, incluso en su propio idioma. Los datos obtenidos a través de los cuestionarios rellenos por usuarios de los servicios de ISP demuestran la veracidad de dichos datos, pues relevan que un 55,56 % cuenta con estudios de ciclo medio y un 33,33 % con estudios de nivel avanzado, mientras que un 11,11 % de ellos no tiene estudios.

Finalmente, en lo que concierne al estatus social, los profesionales de la salud aseguran que sus usuarios abarcan la totalidad del espectro de la sociedad. No obstante, destacan que la mayoría de sus usuarios son de clase media, aunque algunos pertenecen a las esferas más humildes de la sociedad. Los profesionales de la ISP destacan que el perfil de usuario varía con el tiempo y se observan diferencias de perfil entre los usuarios de servicios de ISP de diferentes lenguas.

En lo que respecta al profesional de la ISP, todos los perfiles de entrevistado aluden a la existencia de dos perfiles de intérprete en el ámbito sanitario montrealés: los intérpretes del BII y los intérpretes propios de los centros de salud (entre los que destacan los profesionales de la ISP del SCIS del MCH). Tal y como expongo en este apartado, la información recogida demuestra que existen multitud de puntos en común entre ambos perfiles, aunque también algunas divergencias.

Las gestoras de servicios de ISP aseguran que en un primer momento, los servicios se crearon con personal no reconocido como experto en ISP, aunque, con el tiempo, se ha acabado viendo que gran parte de estas personas han dedicado su carrera profesional a ello. De acuerdo con su gestora, inicialmente, los servicios de ISP del SCIS venían de manos de voluntarios, familiares y algunos intérpretes con formación, aunque no titulados, lo que ha ido evolucionando.

Los profesionales de la salud insisten en diferenciar los intérpretes de conferencias de los profesionales de la ISP en el ámbito sanitario, recalcando que éstos precisan de diferentes itinerarios formativos. De este modo, subrayan que si bien en el ámbito sanitario se utilizan intérpretes que no necesariamente están formados para trabajar en conferencias (aunque los hay quienes se dedican a ambos campos de la interpretación), estos disponen de los conocimientos de especialidad que requiere la interpretación sanitaria.

En lo que respecta el lugar de procedencia del profesional de la ISP observamos una tendencia a que los intérpretes sean oriundos de un país extranjero. Esto concuerda con las preferencias de los usuarios, quienes, si bien no muestran preferencias acerca de la edad del profesional de la ISP, tienden a preferir que éste comparta su lengua materna y tenga conocimientos de la lengua del país de acogida. Por lo que respecta al sexo del intérprete, la mayoría se muestra indiferente ante el sexo del intérprete, aunque un 22,22 % prefiere un profesional de la ISP de sexo femenino. Es por ello que parece razonable la decisión del BII que, según apunta su Directora, intenta disponer de un hombre una mujer y un tercero por lengua. Esta variedad a la que hace alusión concuerda con el volumen de hombres y mujeres intérpretes participantes en este estudio, pues entre los entrevistados encontramos 5 hombres y 11 mujeres.

#### **4.10.3.El perfil profesional de la ISP en el ámbito sanitario montrealés**

De acuerdo con los profesionales de la ISP, el ámbito sanitario montrealés ha adoptado el profesional de intérprete cultural. Según los propios intérpretes, un intérprete cultural tiene como función principal la de facilitar la comunicación entre el profesional y el usuario, interpretando tanto el lenguaje verbal como el no verbal, así como los diferentes signos culturales, sin interferir en la conversación. Aunque, los intérpretes del BII responden al perfil que acabo de describir, a estos se les llama “intérpretes sociales” (*interprètes en milieu social*, en francés, y *community interpreter*, en inglés). Esta apelación tiene sus partidarios y sus detractores dentro del personal del mismo BII. Algunos profesionales de la ISP del BII expresan su disconformidad con dicha denominación argumentando que sus intervenciones en el seno del BII van más allá de lo estrictamente social, adentrándose en ámbitos de especialidad muy concretos.

Por su parte, los intérpretes del SCIS, tienden a subrayar la importancia de la mediación intercultural entre sus funciones. Estos aseguran que la amplitud de sus funciones les asemeja a los trabajadores sociales, cosa que insisten que no ocurre con los intérpretes del BII.

#### **4.10.4. Criterios de selección de profesionales de la ISP en el ámbito sanitario montrealés**

La Directora del BII y sus intérpretes aseguran que los criterios de selección de los profesionales de la ISP de su servicio han evolucionado. Según afirma, entre el año 1993 y el 2000, la ASSS escogía y formaba a los intérpretes del BII. Comenta que el BII elegía personas con estudios en traducción o en idiomas, así como algunos profesionales de la salud, aunque los primeros años fueron de prueba. Los intérpretes van más allá, comentando que, en sus inicios, dada la falta de profesionales de la ISP formados, se empezó a buscar candidatos (que posteriormente se formarían en ISP) entre los profesionales de diversos centros comunitarios e instituciones relacionadas con la salud y los servicios sociales, pues algunos disponían de conocimientos lingüísticos y experiencia en el trabajo de cara al público. La Directora del BII asegura que, en la actualidad, la selección de los intérpretes del BII se basa en una entrevista personal, así como en el estudio de su formación y su disponibilidad (se exige una disponibilidad mínima de tres días a la semana durante las horas laborales). Añade que se intenta mantener un bajo número de intérpretes en el BII, de manera que dicho número se corresponda a las necesidades de cada una de las lenguas, aunque añade que en la actualidad, el número de candidatos a intérprete del BII es superior a la necesidad. Según afirma, en el proceso de selección (que incluye una entrevista personal), el BII tiene en cuenta el CV de los aspirantes a intérpretes, así como su formación y su experiencia. Los profesionales de la ISP agregan que el BII busca personas que dominen varios idiomas, preferiblemente incluyendo el inglés, aunque algunos profesionales de la ISP se muestran más partidarios del dominio de menos idiomas en más contextos.

La gestora del SCIS del MCH, por su parte, asegura que requiere estudios universitarios (preferiblemente en materias relacionadas con la ISP) a sus candidatos a intérpretes, así como experiencia en interpretación. Igualmente apunta que, una vez el programa de formación en ISP en el que se encontraba trabajando de manera conjunta con el Dawson College se haya conformado, éste será un requisito exigible a los candidatos a intérprete en el SCIS. Sea como fuere, tanto las gestoras como los profesionales de la ISP apuntan que en casos especiales, se omite la formación de los criterios de selección de profesionales de la ISP, dada la formación previa o los conocimientos del candidato, sobre todo, tal y como indican los profesionales del BII, ante selección de intérpretes de lenguas raras.

#### **4.10.5. Formación y experiencia de los profesionales de la ISP**

Los profesionales de la salud insisten en que desconocen la formación de los profesionales de la ISP. Sin embargo, tanto los gestores como los profesionales de la ISP coinciden en señalar que la mayoría de éstos últimos cuentan con estudios universitarios, ya sean éstos de grado o postgrado, llegando algunos a contar con estudios de máster o incluso de doctorado. Sus campos de formación son muy diversos. Algunos poseen titulaciones en traducción e interpretación. Además, ambos perfiles insisten en que la

mayoría de los profesionales de la ISP ha recibido formación específica en ISP, aunque algunos se hayan visto obligados a realizarlos una vez ya se encontraban en activo. Sin embargo, en el caso del MCH, tanto su gestora como sus intérpretes aseguran que algunos de los profesionales de la ISP no disponían de formación previa específica en la materia, aunque el SCIS les ofrece una orientación antes de empezar a trabajar, así como sesiones de formación continua.

Los profesionales de la salud reconocen la importancia de una formación específica en ISP en el ámbito sanitario para los profesionales que deseen trabajar en el campo de la salud. Insisten en que para trabajar en él, no basta con tener un buen dominio de dos lenguas, además, debe ser capaz de aguantar las situaciones incómodas que se generan en contexto sociosanitario. Si bien algunos miembros del personal sanitario lo desconocen, muchos son conscientes de que los profesionales de la ISP con quienes trabajan han pasado por cierta formación específica, aunque subrayan la heterogeneidad que caracteriza dicha formación como punto negativo, subrayando que alguna institución debería legislar este aspecto de la ISP. De la información obtenida en las entrevistas a los tres perfiles de entrevistado se extrae la existencia de diferentes opciones formativas en ISP, en función del servicio para el que se quiera trabajar. Así, los tres perfiles de entrevistados comentan que los profesionales del BII realizan una formación proporcionada por el propio BII. Los profesionales de la ISP y los gestores de dichos servicios profundizan destacando que, inicialmente (desde 1993), venía de manos del propio BII con colaboración de la ASSS y, alrededor del 2000 se empezó a impartir en la Facultad de Educación Permanente de la Université de Montréal. Todo ello gracias al esfuerzo por parte de la Directora del BII, quien narra el proceso de inserción de un itinerario formativo en ISP dentro del programa de Certificat en Traduction, con lo que la ISP ganó también reconocimiento profesional. Añade que esta formación se realiza ya sea de manera previa o posterior al inicio de la actividad del intérprete, dado que la asignatura de comunicación intercultural se imparte en la Université de Montréal en el primer semestre (otoño) y la de interpretación en el segundo (invierno). Además, en caso de necesidad urgente, se somete al candidato a un periodo de observación (*coaching* de un *senior*).

Por su parte, el SCIS, tal y como aseguran su gestora y sus empleados, ofrece a sus intérpretes una orientación y cursos puntuales de formación continua. Igualmente, en el momento de la observación, se encontraban en plena organización de un programa de formación en ISP en el ámbito sociosanitario, en colaboración con el Dawson College.

Los profesionales de la salud consideran los temas tratados en la formación de los intérpretes de elevada transcendencia para la profesión. Estos apuntan que dicha formación trata temas como la confidencialidad, la necesidad de no insertar juicios de valor o de no inmiscuirse en la conversación, etc. Esto concuerda con la información proporcionada por los profesionales de la ISP, quienes comentan que se les proporciona una descripción de los servicios de salud y servicios sociales y un retrato del rol del profesional de la ISP, la metodología de la transferencia de códigos lingüísticos y

culturales y de la deontología de la ISP, así como el análisis de situaciones recurrentes en el trabajo en ISP en el ámbito de la salud y los servicios sociales.

Los profesionales de la ISP señalan que la formación recibida se basa en explicaciones y juegos de rol, dejando de lado los pares lingüísticos. Comentan que suele ir más destinada a la resolución de problemáticas de origen cultural. Así, tanto los intérpretes del BII como los del SCIS del MCH coinciden en señalar el carácter eminentemente teórico de sus formaciones. Aun así, tanto los profesionales de la ISP como los de la salud califican las formaciones recibidas por los intérpretes como útiles y de calidad. Esta característica de los cursos formativos en ISP en el ámbito sociosanitario montrealés parece mantenerse en la nueva propuesta en la que, en el momento de la observación, se encontraban trabajando de manera conjunta el SCIS del MCH y el Dawson College. Tanto es así que un profesional de la ISP del SCIS, miembro de dicho grupo de trabajo, comenta como punto negativo la falta de un módulo especializado en técnicas de interpretación según pares lingüísticos, dadas las restricciones presupuestarias.

Los profesionales de la salud señalan la importancia de mantener esta formación, aunque insisten en la dimensión personal del profesional de la ISP, que hace que algunos muestren una mayor predisposición hacia ciertos comportamientos propios del profesional de la ISP, a pesar de la formación recibida.

Si bien los profesionales de la salud constatan que resulta difícil encontrar carencias en los profesionales de la ISP, destacan que su dominio de dicha terminología podría ser mayor, dato que corroboran los propios intérpretes en sus entrevistas. Igualmente, tanto los profesionales de la salud como los propios intérpretes agregan la conveniencia de ampliar la formación recibida en cuanto al sistema sociosanitario quebequense. A este respecto, los profesionales de la ISP apuntan la necesidad de mantenerse al día de sus modificaciones. A esto, los intérpretes añaden entre los aspectos que requerirían una mayor formación: la formación especializada en técnicas y estrategias de interpretación según la combinación lingüística, en avances médicos, así como una formación más detallada en interculturalidad y en recursos disponibles para la población alófona. Igualmente muestran un interés en ampliar su formación a diferentes ámbitos de los servicios públicos. Por su parte, los profesionales de la salud suman a la lista una formación mayor en aspectos éticos, en el posicionamiento físico en consulta y en nociones básicas de las enfermedades más habituales. No obstante, de acuerdo con los profesionales de la ISP, para que esto fuera posible se necesitaría ampliar la duración de las propuestas formativas. Igualmente, aseveran participar en sesiones de formación continua y asistir a conferencias sobre el trabajo del intérprete. Aun así denuncian que se necesita una acreditación reglamentada en ISP con tal de que su profesión adquiriera el estatus que se merece.

Tanto los intérpretes del BII como los del SCIS alegan cierto nivel de experiencia en el campo de la traducción y la interpretación o en trabajos relacionados que precisan de un amplio dominio de más de una lengua. Sin embargo, a pesar llevar años en la ISP, algunos entrevistados argumentan que su experiencia en cuanto a contextos de trabajo

no es muy amplia, pues se han dedicado exclusivamente a la interpretación en ámbito sanitario.

#### **4.10.6. Condiciones laborales de los profesionales de la ISP**

Tanto las gestoras como los intérpretes del ámbito sanitario montrealés aseguran que éstos últimos son trabajadores autónomos que, inscritos al BII o al SCIS, prestan sus servicios de interpretación. Por lo tanto, tal y como señala la Directora del BII, no son empleados de la salud. La gestora del SCIS añade que sus intérpretes no tienen categoría profesional dentro del MCH, dado que no están empleados directamente por el MCH.

La dedicación temporal de los profesionales de la ISP a sus quehaceres de interpretación está directamente relacionada con los horarios de disponibilidad que éstos han concedido a la institución para la que trabajan (ya sea el BII o el SCIS). En ambas instituciones, los intérpretes niegan disponer de un horario de trabajo preestablecido. En cambio, comentan que el BII y el SCIS solicitan intervenciones dentro de sus horarios de disponibilidad, aunque en casos de necesidad extrema pueden llegar a recibir sugerencias de encargos fuera de dichos horarios. Insisten en que el tiempo que dedican al trabajo en ISP es variable, pues depende de la disponibilidad del profesional de la ISP así como de la demanda de servicios en una lengua dada, la cual fluctúa en función de las características de los flujos migratorios. Además, los intérpretes constatan que el número total de horas trabajadas fluctúa en función de la cantidad de consultas servidas. No obstante, los intérpretes del BII revelan que cada servicio suele tener una duración de entre 1 y 3 horas (siendo 2 horas la duración media de los encargos, en las cuales se incluye el tiempo destinado a los desplazamientos del profesional de la ISP). Por su parte, la Coordinadora del SCIS comenta que inicialmente la dedicación temporal de sus intérpretes era escasa, aunque actualmente se hacen más de 8.000 interpretaciones al año.

Tanto los profesionales de la ISP como las gestoras de sus servicios apuntan que los intérpretes pueden presentar fragmentos temporales de indisponibilidad (dentro de unos mínimos) o incluso dejar de prestar sus servicios durante un tiempo, si lo necesitan. Sin embargo, los profesionales de la ISP comentan que posteriormente resulta costoso retomar la carga de trabajo inicial, dado que algunos encargos les son destinados a otros intérpretes.

En cuanto a la remuneración, los profesionales de la ISP y las gestoras de sus servicios coinciden en señalar que los intérpretes cobran en función de las horas trabajadas. Los profesionales de la ISP opinan que aunque la remuneración de sus servicios no es muy elevada en comparación con la recibida por los intérpretes del ámbito privado (sobre todo en contextos como la interpretación de conferencias), las condiciones de trabajo del BII y el volumen de trabajo de algunos de sus profesionales hace que este trabajo resulte rentable.

La Directora del BII da fe de la evolución de la remuneración de sus intérpretes. Comenta que si bien en un inicio éstos se encontraban al límite de la ayuda social, hoy en día cuenta con una decena de intérpretes cuyos ingresos ascienden a unos treinta a cuarenta mil dólares canadienses al año. Igualmente, tanto la Directora del BII como sus intérpretes comentan que muchos profesionales de la ISP del BII ofertan sus servicios de interpretación fuera del ámbito sanitario, prestando servicios en diferentes instituciones como el Palacio de Justicia o la CISR. Es por ello que la Directora del BII señala el interés de tener en cuenta el total de los honorarios que reciben los intérpretes en los tres grandes ministerios, pues si bien la remuneración dentro del ámbito de la salud puede parecer escasa, esta idea podría cambiar en algunos casos si se suman los ingresos de algunos intérpretes procedentes de otros ministerios.

Sea como fuere, los intérpretes del BII consideran que el conjunto de sus condiciones laborales (que incluyen la existencia de tasas prefijadas, remuneración de los encargos cancelados con menos de 48 horas de antelación, etc.) es percibido como de calidad. Esto hace que su opinión acerca de la remuneración recibida resulte, en general, satisfactoria.

Tanto los intérpretes del BII como su gestora revelan que el BII se encarga de gestionar los servicios proporcionados, actuando de intermediario entre los profesionales de la ISP y los centros de salud. Para que esto sea posible, los intérpretes aseguran rellenar una ficha de confirmación de servicios descriptiva de cada encargo, a partir de la que el BII hace llegar una factura a los centros de salud (que, según su Directora, contiene toda la información del servicio prestado). Posteriormente, los centros, una vez disponen de dicha factura, sufragan los servicios recibidos. Como punto negativo, los profesionales de la ISP destacan que los salarios recibidos por atender servicios de urgencia no son mayores que los recibidos por servicios corrientes.

Por su parte, la gestora del SCIS afirma que la ISP es un trabajo bastante precario, con lo que es difícil vivir de los ingresos procedentes de dicha práctica. En este sentido, los intérpretes del SCIS señalan que sus honorarios son menores que los recibidos por los intérpretes del BII, lo que podría justificar dicha afirmación. Los profesionales del BII aseguran recibir una remuneración de 33 dólares canadienses por hora, con un servicio mínimo de dos horas, tras las que se van sumando, en función de las necesidades, franjas de 15 minutos. Aun así, muchos intérpretes del BII se muestran partidarios de aumentar dicha tasa, que incluye los gastos de transporte y estacionamiento.

Si bien, como hemos visto, tanto numerosos intérpretes del BII como su gestora aseguran que algunos profesionales de la ISP se dedican de manera exclusiva a este trabajo, son muchos quienes los compaginan con otros quehaceres. De hecho, tan sólo 4 de los 16 entrevistados afirman dedicarse a la ISP de manera exclusiva. Muchos de estos pluriempleados alegan que tienen más de un trabajo porque ya contaban con un trabajo (que disfrutaban y decidieron mantener) cuando empezaron a trabajar como intérpretes. Sin embargo, hay quien afirma que si el volumen de trabajo en ISP fuera mayor, no necesitaría desempeñar todos los trabajos que ocupa (por razones

económicas). Otro de los motivos que llevan a los intérpretes entrevistados a tener una segunda ocupación es el poder asegurarse, gracias al segundo trabajo, el acceso a beneficios sociales (como la cotización para la jubilación), dado que el trabajo de intérprete autónomo afiliado a una institución no les aporta dicho beneficio.

Los intérpretes entrevistados opinan que los servicios del BII, así como los del SCIS, están bien coordinados. Los intérpretes del BII agradecen que las reservas se hagan de institución (centro sanitario) a institución (BII) y no de manera individual (institución-intérprete), así como la ayuda del BII en la toma de decisiones y su protección frente a las instituciones usuarias de sus servicios en caso de conflicto de intereses. El único problema de coordinación señalado por los profesionales de la ISP es la capacidad de responder con rapidez a las necesidades urgentes de los centros médicos. Igualmente, comentan que, ante los rumores de la existencia de favoritismos en el BII que influían en la cantidad de encargos de sus diferentes profesionales, se decidió crear un sistema de gestión de encargos informatizado con tal de solucionar dicho problema. Dicha plataforma está ideada, según la Directora del BII, para permitir que los intérpretes reciban la solicitud por internet directamente de manos de los centros médicos.

#### **4.10.7. Funciones de los profesionales de la ISP**

La Directora del BII asegura que el trabajo de los profesionales de la ISP se limita a interpretar, pues sostiene que éstos no son educadores sanitarios y su trabajo se ciñe a la mera transmisión del mensaje del profesional a la lengua del usuario y viceversa, interviniendo, cuando es necesario, como mediadores interculturales. Esto concuerda con la afirmación de los profesionales de la salud, quienes se refieren al trabajo del profesional de la ISP como una interpretación lingüística y cultural de la información compartida en la consulta. Sin embargo, los intérpretes insisten en que sus funciones no están del todo claras ni para el profesional ni para el intérprete y defienden que éstas se deberían perfilar más, pues todavía quedan ambigüedades, al no estar definidas por escrito en un documento que las regule. A pesar de que numerosos intérpretes niegan dedicar tiempo a actividades no relacionada con la comunicación entre un profesional de la salud y un usuario, a lo largo de las entrevistas realizadas a este perfil se enumeran diferentes funciones no relacionadas con la comunicación. Concretamente, los profesionales de la ISP del SCIS aseguran tener muchas otras funciones atribuidas, además de la interpretación. Así, tanto los intérpretes como la gestora de los servicios de interpretación del SCIS y los profesionales de la salud enumeran las siguientes funciones del profesional de la ISP en sus entrevistas:

- Interpretación

Tanto para la Directora del BII como para los profesionales de la ISP y de la salud, la interpretación constituye la función principal de esta profesión, centrándose así, en la traducción del mensaje oral. El intérprete es una herramienta para la institución que lo requiere, que actúa de puente entre los diferentes organismos y sus usuarios. De este modo, argumentan que el

profesional de la ISP tiene una mera función comunicadora, en la que el intérprete es un puro intermediario. De este modo explican que sus intervenciones no se circunscriben siempre a un diálogo entre dos interlocutores, sino que en ocasiones se dan reuniones entre tres o más personas en hablantes de dos lenguas diferentes. Los profesionales de la salud añaden que esta función de interpretación no se limita a la consulta médica, sino que se extiende a todos los diferentes procesos por los que el usuario tiene que pasar dentro del centro sanitario (solicitud de citas, etc.).

- Mediación en caso de posible malentendido cultural

La Directora del BII reconoce que el profesional de la ISP actúa como mediador cultural, aunque admite que esto es un tema muy delicado, dado que resulta difícil establecer unos límites acerca de cuándo se media entre culturas y cuando no, cuántas veces se hace, etc. Esto concuerda con una de las ideas expresadas por los profesionales de la salud quienes comentan que si bien las aclaraciones culturales del profesional de la ISP pueden facilitar la comprensión, en ocasiones también la pueden dificultar, dado que a veces se trata de generalizaciones que no siempre son representativas del estilo de vida del individuo, con lo que entorpecen la consulta. De todas formas, los profesionales de la ISP explican que, con tal de conseguir el éxito en la comunicación, además del trasvase lingüístico, a veces es necesario un trasvase cultural, que facilite explicaciones de comportamientos, reacciones o incluso determinadas realidades del país del otro. Estos, aseguran que recae en el intérprete la función de entrar en dichas explicaciones culturales para evitar malentendidos cuando se asevera necesario. La mayoría de los profesionales de la salud aseguran recibir a menudo explicaciones acerca de la cultura del usuario (manera de interactuar con las mujeres, aspectos relacionados con la alimentación, la descripción de prácticas propias de la medicina tradicional propia de una cultura, etc.) En consonancia con lo que apuntaban los profesionales de la ISP, los de la salud corroboran que estas aclaraciones culturales a menudo justifican actuaciones o reacciones del usuario en la consulta. No obstante, algunos entrevistados afirman que únicamente las reciben bajo petición expresa. Igualmente, un 66,67 % de los usuarios niega recibir explicaciones acerca de la cultura mayoritaria, frente a un 33,33 % que asegura recibirlas. Aun así, algunos consideran que la formación de la que disponen no ha abarcado dicha faceta del profesional de la ISP de manera suficiente. Con todo, los profesionales de la salud aseguran que es por su función de mediación intercultural por lo que los profesionales de la ISP reciben el nombre de intérpretes culturales.

- Acompañamientos (internos o externos al sistema sanitario)

Por norma general, parece que los profesionales de la ISP del BII no realizan acompañamientos, aunque para los del SCIS ésta parece ser una tarea habitual. Tanto los profesionales de la ISP como los de la salud aseguran que estos intérpretes acompañan a sus usuarios desde el momento en el que llegan a la

sala de espera y los asisten en diferentes tareas dentro del sistema sanitario, como por ejemplo la elaboración de trámites administrativos (solicitud de tarjetas sanitarias, etc.). Tras la consulta, acompañan a sus usuarios a hacerse las pruebas pertinentes, guiándolos en el Hospital y asistiéndolos a afrontar las dificultades que puedan surgir. Igualmente, en caso necesario, éstos acompañan a sus usuarios a servicios externos al MCH.

Igualmente, los profesionales de la salud señalan que de vez en cuando, ante la llegada de menores autóctonos procedentes del Norte de Quebec provisionalmente separados de sus padres para recibir cuidados en el MCH, los intérpretes del SCIS se convierten en acompañantes de los menores a la espera de la llegada de sus padres.

- Orientación cultural en el sistema sanitario (y fuera de él)

Los profesionales de la ISP aseguran orientar al usuario dentro del sistema sanitario, así como, en caso necesario, dentro de la red de servicios públicos, pues algunos pacientes no saben cuáles son los recursos que la sociedad les ofrece porque no hablan el idioma o incluso por no saber leer. Esto concuerda con la información facilitada por la gestora del SCIS, quien revela que en ocasiones éstos derivan a sus usuarios a los servicios sociales, grupos comunitarios, etc.

- Traducción y adaptación de material médico escrito

Los tres perfiles de entrevistados coinciden en señalar que los profesionales de la ISP se encargan de la traducción de textos utilizados en su contexto de trabajo que facilitan la comunicación con usuarios alófonos (folletos informativos, historiales médicos, informes de trabajo social, cartas institucionales, formularios médicos, etc.). Aunque, la gestora del SCIS añade que únicamente los profesionales de la ISP que se encuentran capacitados para ello asumen encargos de este tipo.

Según los profesionales de la ISP, dichas traducciones forman parte de los servicios ofertados por el BII a sus clientes. Los profesionales de la salud apuntan que éstas se realizan bajo solicitud expresa de los mismos, a lo que los intérpretes añaden que se factura a la institución a razón de 25 céntimos de dólar canadiense por palabra.

- Funciones más allá de su perfil

A las funciones ya mencionadas, los tres perfiles de entrevistados añaden algunas que van más allá de las funciones propias del perfil profesional que estudiamos. Estas incluyen:

- Tareas de administración

Los intérpretes del SCIS comentan auxiliar en ocasiones a la secretaria de dicho servicio, sacando su listado de servicios, imprimiendo sus horarios, etc.

- Contacto con diversas instituciones

Los profesionales de la ISP del SCIS aseguran realizar esporádicamente llamadas telefónicas al exterior del hospital para solicitar servicios externos, como los de transporte adaptado a las necesidades del usuario.

- Apoyo personalizado

Ocasionalmente, los profesionales de la ISP del SCIS del MCH asisten a sus usuarios en la traducción de documentos personales, como cartas gubernamentales (externas al ámbito sanitario), etc.

- Localización y seguimiento de pacientes

De acuerdo con los profesionales de la ISP y de la salud, los profesionales de la ISP a menudo se encargan de contactar con los usuarios para concretar las citas pertinentes o realizar seguimientos telefónicos. Aun así, los profesionales de la ISP denuncian que algunos profesionales de la salud les solicitan un mayor contacto con el usuario, a lo que éstos se suelen negar sugiriendo realizar conferencias telefónicas interpretadas, con tal de respetar sus fronteras profesionales. Igualmente, los intérpretes del SCIS del MCH reciben, en ocasiones, llamadas telefónicas de los usuarios para dar a conocer al hospital con la ayuda del profesional de la ISP las complicaciones que el paciente ha podido experimentar en su domicilio.

- Colaboración en los diagnósticos y la realización de pruebas médicas

La gestora del SCIS asegura que sus profesionales de la ISP ayudan a los profesionales de la salud a identificar problemas relacionados con la salud del paciente que puede que no estén muy claros inicialmente. Igualmente, revela que se encargan de plantear preguntas clínicas al usuario presentes en un formulario que substituye toda la conversación que antes mantenían los profesionales de la salud con los usuarios al principio de la consulta mediante el trabajo del intérprete. Además, los profesionales de la ISP del SCIS aseguran que, en aquellas áreas relacionadas con la comunicación (como en terapia del lenguaje), se encargan de realizar algunas pruebas médicas a los pacientes. Los profesionales de la salud les explican cómo deben hacer exámenes médicos para que éstos los hagan en el idioma del paciente. En dicho proceso, el intérprete ofrece su opinión acerca de la pronunciación (y, por lo tanto del diagnóstico) del paciente.

- Redacción de informes, asistencia al rellenar formularios, etc.

Los profesionales de la ISP del BII revelan encargarse ocasionalmente de la redacción de informes para los usuarios en nombre de los profesionales cuando trabajan en contacto con terapeutas ocupacionales o psicólogos.

Igualmente, la gestora de servicios de ISP del SCIS asegura que los intérpretes asisten al usuario rellenando formularios, etc.

La información expuesta hasta ahora concuerda con la compartida por los usuarios, quienes, en un 44,44 % aseguran haber sido asistidos por profesionales de la ISP en tareas distintas a la interpretación, como la asistencia a la hora de rellenar formularios o acordar citas, sugerencia de libros, lugares o aspectos relacionados con los idiomas o consejos (ya sean generales o de salud). No obstante, cabe señalar que dichas actuaciones no parecen constituir una norma, dado que un 55,56 % de los usuarios niega haber recibido servicios de este tipo.

Los profesionales de la ISP consideran que el nivel de comprensión de sus funciones por parte de los profesionales de la salud y de los usuarios suele ser elevado. Lo que pone de manifiesto los buenos resultados de la campaña de concienciación que realizó el BII. Sin embargo apuntan que la falta de delimitación formal de las funciones que les son propias crea una ambigüedad que se traduce en:

- Mal uso de los servicios de ISP por parte de algunos profesionales de la salud (que dejan de lado la mediación intercultural).
- Expectativas irreales (parte de algunos profesionales de la salud y algunos usuarios) en lo que concierne las intervenciones del profesional de la ISP, lo que desemboca en la solicitud de tareas que no corresponden al profesional de la ISP, como rellenar formularios. Esto también incita al usuario a esperar un trato especial por parte del profesional de la ISP, dado el desconocimiento de la deontología de dicha profesión. Ante la negativa por parte del intérprete a romper el código ético, se dan situaciones incómodas tanto para el profesional de la ISP como para las partes.
- Confusión del profesional de la ISP por un miembro de la familia del usuario (en el caso de algunos profesionales de la salud) o por un miembro del personal sanitario (en el caso de algunos usuarios).
- Incomprensión por parte de algunos usuarios con nociones lingüísticas de la necesidad de contar con un intérprete en sus visitas médicas.

Como vemos, los profesionales de la ISP resaltan que en ocasiones se observan dudas acerca del rol del intérprete, ante lo que, el propio profesional de la ISP se encarga de clarificarlas.

#### **4.10.8. Características de los servicios de ISP**

Aunque quienes lo explicitan son las gestoras de servicios de ISP, la información recogida a partir de las entrevistas a los tres perfiles pone de manifiesto que el BII presta servicios a instituciones del ámbito de la salud, los servicios sociales y la educación. Asimismo, el MCH cuenta con un servicio transcultural, en el que la interpretación la

formación y el asesoramiento acerca de aspectos culturales conforman un único servicio: el SCIS.

#### **4.10.8.1. Instauración de servicios de ISP en el ámbito sanitario montrealés**

##### **Percepción de la necesidad comunicativa**

De acuerdo con los intérpretes, la ISP se hace necesaria en el momento en que personas que desconocen tanto las lenguas como la cultura de la comunidad mayoritaria experimentan problemas a la hora de comunicarse con los profesionales de la salud. Con estos servicios, se benefician tanto de la transferencia lingüística como cultural. Es por ello que los profesionales de la salud consideran la ISP una herramienta esencial para establecer la comunicación, compartir el mensaje médico y que los usuarios se defiendan dentro del sistema sanitario.

Según los profesionales de la ISP, el BII nace de una necesidad social. Esto queda corroborado por su Directora, quien relata que sus orígenes están estrechamente relacionados con la necesidad de adaptar el sistema de salud pública a la realidad de sus usuarios. Según comenta, en 1986, se realiza la primera reforma de la Ley de Salud, en la que se reconoce el derecho de todo usuario a recibir servicios sanitarios en su lengua materna. Tras ello, destaca la creación en 1989 por parte del MSSS de un organismo que velara por la adaptación de los servicios a las necesidades de la nueva sociedad multicultural. Con este primer plan de acción (al cual le seguiría otro en 1993) se prevé, entre otras cosas, la creación de Bancos de intérpretes. Esto trajo como resultado la inauguración oficial del BII en 1993, aunque ya se habían realizado algunos trabajos puntuales de traducción sociosanitaria de urgencia en 1992. Esto se debe, según la Directora del BII a que, a diferencia de ciudades como Toronto o Vancouver, los inmigrantes de Montreal representaban una elevada variedad de lenguas, sin destacar ninguna como predominante. Esto hizo que en 1993, el MSSS solicitara la creación del BII a modo de servicio interregional de interpretación basado en Montreal, mientras que Quebec, Sherbrooke y Outaouais contaban con servicios locales (que servían a una única región administrativa). Dicha decisión se debe a que, por su situación geográfica y sus características, Montreal reúne a ciudadanos de otras zonas que acuden en busca de servicios de este tipo. En esta línea, los profesionales de la salud consideran esencial los servicios de ISP para atender a una población tan multicultural como la montrealés, dentro de un país con una población tan diversa como la canadiense.

Por su parte, de acuerdo con su gestora, el servicio de interpretación del MCH se inició en 1886, bajo la etiqueta de “Multiculturalismo”. Este servicio prestaba servicios multiculturales a recién llegados y minorías, consagrando gran parte de sus actividades a facilitar la comunicación. El SCIS supuso una extensión natural del trabajo que se estaba realizando con comunidades aborígenes alófonas.

Los profesionales de la salud y los de la ISP coinciden en calificar a estos servicios de necesarios para la comunicación en el ámbito sanitario. No obstante, los intérpretes profundizan comentando que mientras que los profesionales de la salud pueden llegar a

un diagnóstico mediante pruebas médicas (a pesar de los esfuerzos), los profesionales del ámbito sociopsicológico necesitan comprender en profundidad lo que el usuario quiere decir realmente con tal de tratar su problema. Los profesionales de la ISP aseguran que un hecho objetivo que resalta la necesidad indudable de este tipo de servicios es que algunos usuarios desconocedores de los servicios de ISP acudan a los centros de salud acompañados de intérpretes privados.

Los intérpretes señalan que otro motivo por el que la ISP es importante es porque evita problemas legales a los profesionales de la salud, dado que con ellos, estos se aseguran de que el mensaje sanitario ha llegado al usuario y evitan que éste tome acciones legales por falta de información relevante en el proceso clínico.

Por lo general, los profesionales de la salud se muestran a favor de la inserción de un equipo de intérpretes a las plantillas de los centros de salud, disponibles las 24 horas del día. No obstante, esto les parece una utopía, dados los recursos económicos que serían necesarios. Es por ello que sugieren que esto se aprovecharía más en los hospitales que en los CLSC, dada la importancia de la información transmitida en los primeros. Mientras que algunos profesionales de la salud proponen la implantación de servicios propios de ISP durante las horas de atención al público, otros sugieren la interpretación telefónica como solución a las necesidades urgentes o fuera de horario, a modo de servicio complementario al de la interpretación presencial.

Según los profesionales de la ISP, algunos centros recurren la ISP con más asiduidad que otros. Dado que el BII presta servicios de ISP tanto en francés como en inglés, las solicitudes vienen de mano tanto de centros sanitarios francófonos como anglófonos (como el MCH o el MCI). Añaden que los hospitales para adultos recurren a los servicios de ISP en menor medida que los hospitales pediátricos. Tanto es así que el MCH tiene un banco de intérpretes interno (dependiente del SCIS), aunque solicita los servicios de profesionales del BII cuando no pueden cubrir toda la demanda. En esta línea, la Coordinadora del SCIS comenta que si bien en un inicio los intérpretes atendían áreas generales del MCH, en la actualidad, destacan de entre las más atendidas: odontología, pediatría, la clínica multicultural y urgencias.

#### Objetivos de los servicios de ISP

De acuerdo con su gestora, el objetivo principal del BII es el de mejorar la calidad de comunicación entre el profesional de los servicios públicos y el usuario, en aras a incrementar la calidad de los servicios de salud. Entre los objetivos alcanzados destaca:

- Generalizar los servicios del BII en los diferentes centros sanitarios.
- Movilizar a la comunidad investigadora entorno de la ISP.
- Establecimiento y normalización de los servicios del BII entre los centros sanitarios.
- Reconocimiento por parte de los profesionales de la salud de la necesidad de trabajar con ISP.

Igualmente, señala como objetivo pendiente de consecución el de expandir los servicios con tal de cubrir todas las necesidades de ISP.

Si bien la gestora del SCIS comenta que los objetivos iniciales de su servicio eran similares a los actuales, presentemente el punto de vista es diferente. Hoy en día se centran en gestionar las desigualdades en salud. Se ha conseguido concienciar al personal sanitario de la necesidad de recurrir a la ISP, aunque señala la necesidad de progreso en cuanto a: acreditación profesional, remuneración y gestión de encargos. No obstante, la iniciativa tomada conjuntamente con el Dawson College trabaja, según constata, en pro del reconocimiento oficial y la descripción de la profesión.

De acuerdo con la Directora del BII y los profesionales de la ISP, es el proveedor de servicios de salud, es decir, el centro sanitario, el que sufraga los servicios de ISP, mientras que el BII se encarga de gestionar los encargos, facturar a la institución y hacerles llegar sus salarios a los intérpretes. Todo ello en base a un formulario descriptivo de los servicios prestados que firman los profesionales de la ISP y de la salud involucrados y se envía posteriormente al BII. La Directora del BII señala que su salario es asumido por la ASSS y hasta aproximadamente el año 2002 o 2003, el 100 % de los ingresos del BII se entregaba a los intérpretes y la ASSS asumía también los gastos de coordinación, equipamiento y desarrollo de *software* para gestionar los encargos. Tras la necesidad de ampliar el personal de oficina, se empezó a solicitar un 10 % más para sufragar el sueldo de las dos personas que gestionan los encargos en el BII. Sin embargo, en el momento de realización de las entrevistas, se estaba desarrollando un programa informático para gestionar los servicios. Esto se hizo con el presupuesto del BII.

Aunque revela que los centros de salud se quejan de los precios del BII, su Directora afirma haber realizado un estudio que demuestra que los servicios ofrecidos representan, año tras año, un 0,002 % del presupuesto destinado a la salud.

#### **4.10.8.2. Disponibilidad de los servicios de ISP**

La Directora del BII asegura que al crear el BII no se determinaron unas lenguas concretas, con tal de evitar exclusiones. Asimismo constata que el BII carece de algunas lenguas (como el *uigur*), por falta de necesidad en Montreal. Sin embargo asegura que se gestiona la fluctuación de las lenguas disponibles en función de las características de los movimientos migratorios en cada momento. No obstante, destaca que las lenguas predominantes (que conforman entre un 75 % y un 80 % de las necesidades lingüísticas) no suelen variar, siendo las lenguas del continente indio y de Asia del este (el chino, el árabe, el vietnamita, el tamul, el hindi, el punjabi, el urdú...) junto con el español. Igualmente, la gestora del SCIS comenta que su servicio no se centraba en una lengua específica, sino que se necesitaban (y se ofrecían) varias, condicionadas por el fenómeno de la inmigración. Inicialmente, las lenguas más solicitadas fueron el chino y el español, aunque éstas no paran de fluctuar.

En cuanto a la disponibilidad horaria de los servicios de ISP, la Coordinadora del SCIS afirma que se podría ofrecer un servicio 24 horas, aunque no lo ve necesario dada las demandas recibidas fuera de horario laboral. Coincide con sus profesionales de la ISP en señalar que el MCH recurre al BII en caso de no disponer de un intérprete que pueda atender ciertas necesidades.

Los profesionales de la ISP del BII aseguran que sus servicios están disponibles en todo momento. De hecho, algunos aseguran atender, en la medida de sus posibilidades, servicios de urgencia fuera de horario y en fines de semana o festivos. En cambio, los profesionales de la salud denuncian la falta de disponibilidad de los servicios de ISP en horario nocturno, catalogando disponibilidad de la ISP en los servicios de urgencias de insuficiente. Igualmente, los profesionales de la ISP revelan que algunas instituciones recurren a servicios de interpretación privados en caso de urgencia. En esta línea, la Directora del BII asegura que los servicios ofertados en departamentos de urgencias son bastante escasos, puesto que generalmente los usuarios acuden a ellos acompañados por alguien que domina el francés o el inglés. No obstante, asegura que se suelen realizar interpretaciones telefónicas para cubrir las necesidades que se generan o, si es necesario, se envía un intérprete al centro, avisando de la demora que supone la obvia necesidad de desplazamiento.

#### **4.10.8.3. Evolución de los servicios de ISP**

Los profesionales de la ISP del BII narran la evolución del mismo recordando que el órgano público de gestión del cual depende esta institución ha cambiado, dado que fue creado por la administración de la salud pública que precedió a la ASSS de Montreal. Igualmente, señalan que su dirección ha realizado grandes esfuerzos para mejorar los servicios ofertados, sin olvidar el gran trabajo de difusión realizado, que consiguió aumentar el número de clientes. Por otra parte, destacan las fluctuaciones visibles en el perfil de usuario, relacionándolas con los cambios de los flujos de inmigración experimentados en la ciudad, lo que conlleva vacilaciones en el volumen de encargos.

Igualmente, la Directora del BII afirma que sus servicios de ISP han progresado en cuanto al número de intérpretes (aunque se ofrecen más o menos las mismas lenguas que al principio), los honorarios recibidos por los mismos y el renombre, el conocimiento y el reconocimiento de la ISP. Argumenta este último dato aseverando que la OTTIAQ admitió en el 2009 el primer intérprete de lengua de signos quebequense y en el 2010 se atribuyó el mérito de la OTTIAQ a la ISP, aunque manifiesta sus esperanzas en que la ISP alcance un reconocimiento y una visibilidad mucho mayores.

En lo que respecta al SCIS, su Coordinadora comenta que el servicio de ISP se ha ido desarrollando ininterrumpidamente. Si bien el único dato que resaltan sus intérpretes es el decrecimiento del salario recibido, su gestora asegura que éste ha progresado en lo que respecta a:

- Volumen del personal (tanto intérpretes como administrativos), aunque convendría contratar a una persona que se centre en coordinar la educación transcultural y la formación de los intérpretes.
- Número de prestaciones:
- El número de lenguas ofrecidas.
- Las relaciones a lo largo del país (con instituciones como el Consortium for Health Equity o Critical Link).

Las gestoras de ambos servicios de ISP coinciden con la mayoría de profesionales de la salud en que la demanda de servicios de ISP ha aumentado. Estos últimos relacionan dicho aumento con un mayor conocimiento de los servicios y el cambio demográfico que se ha experimentado, el cual se ha hecho también patente en el ámbito de la salud. Aun así, tanto las gestoras como los profesionales de la salud y de la ISP mencionan que las restricciones presupuestarias impuestas por la crisis económica podrían llevar a los profesionales de la salud a reducir el uso de estos servicios. En esta línea, los profesionales de la salud del MCH apuntan una posible involución inminente de los servicios de ISP a su alcance, alegando observar una crisis que puede provocar cambios en los servicios de ISP o incluso hacerlos desaparecer.

Otro factor señalado por los profesionales de la ISP al respecto de la demanda es el cambio del perfil migratorio que se ha ido experimentando, el cual hace variar las características de la misma. De este modo, aunque se pueden recibir quejas a causa de la falta de intérpretes en un momento dado, también se dan temporadas en las que la carga de trabajo de los mismos no es muy elevada.

Asimismo, los profesionales de la ISP destacan que la Dirección del BII se esfuerza en investigar cómo funcionan los servicios de ISP de otros lugares. Gracias a los resultados de dichas investigaciones, se insertan cambios en pro de los servicios ofertados, como el diseño de un sistema de gestión de encargos informatizado. Igualmente, señalan los cambios vividos en el ámbito de la formación, la cual empezó de manos del BII y pasó a impartirse en la Université de Montreal.

Por su parte, los profesionales de la salud aluden a los progresos siguientes:

- Mayor cantidad de lenguas disponibles.
- Evolución del perfil del profesional de la ISP
- Conocimientos de los profesionales de la ISP acerca del sistema sociosanitario dominio de sus idiomas de trabajo, así como de conocimientos culturales.
- Mayor accesibilidad de los servicios del SCIS (con menor recurso a intérpretes externos).

### Dificultades encontradas

De acuerdo con su gestora, el BII ha experimentado, a lo largo de su trayectoria, las siguientes dificultades, hasta llegar a su estado actual:

- Dificultad inicial a la hora de encontrar candidatos a intérpretes
- Reticencias por parte del personal sanitario a la hora de pagar por los servicios de ISP, a pesar de la ventaja que supone disponer de ellos.

A estas dificultades, los profesionales de la salud añaden la de la gestión de encargos de ISP, dado que revelan la posible existencia de favoritismos y aluden a un intento fallido de creación de un programa informático que lo gestione.

Por su parte, de acuerdo con su Coordinadora, las dificultades a las que ha tenido que hacer frente el SCIS han sido, eminentemente, dificultades de comprensión, de comunicación y de expectativas (tanto de los profesionales de la salud, como de los intérpretes):

- Algunos profesionales de la salud se muestran cierta rigidez en el trabajo con ISP.
- Dificultades de carácter ético en el trabajo del profesional de la ISP.
- Dificultades relacionadas con los límites profesionales de la ISP.

#### **4.10.8.4. Recursos de los servicios de ISP**

Los profesionales de la ISP certifican que los recursos materiales a su disposición no son muchos. De acuerdo con su Directora, el BII no proporciona recursos a sus intérpretes, aunque algunos centros de salud (como el CSSS De la Montagne-PRAIDA) les facilitan un espacio de trabajo. Tanto la Directora del BII como sus intérpretes explican que el BII se encarga del trabajo administrativo, aporta una cierta protección a los intérpretes y los asesora en situaciones complejas. Asimismo, ambos perfiles apuntan que el BII sufraga los gastos de desplazamiento y estacionamiento.

Los profesionales de la ISP añaden que el BII celebra reuniones sociales anuales en las que pueden interactuar con sus compañeros y les proporciona servicios de psicología frente a casos extremos, aunque los intérpretes desearían que ambas cosas se dieran más a menudo.

Los profesionales de la ISP del BII apuntan que estos recursos podrían incrementar añadiendo a los disponibles un dispositivo de fax o bibliografía acerca de la ISP en diferentes lugares, que les permitiera adaptar sus servicios a los avances de la investigación.

De acuerdo con su gestora, los recursos personales del SCIS están compuestos por los propios intérpretes (que se tienen los unos a los otros para debatir). Además, tanto la gestora como sus intérpretes añaden las reuniones que celebran de manera conjunta

para tratar temas concretos. Igualmente, el SCIS cuenta con personal de oficina. Por otra parte, los intérpretes también tienen acceso a los profesionales de la salud, quienes responden las dudas temáticas que éstos puedan presentar.

En cuanto a recursos materiales, tanto la gestora como los intérpretes del SCIS señalan la disposición de un espacio de trabajo (compartido con las dos administrativas) con teléfonos y ordenadores, aunque la gestora apunta la conveniencia de facilitar más de estos últimos.

Los intérpretes afirman tener acceso a internet y a la biblioteca del MCH, así como a la del propio SCIS, con diccionarios y material escrito y audiovisual. La gestora explicita la disposición de diccionarios de varias lenguas así como el acceso a webs relacionadas con el ámbito sanitario, con material médico en varios idiomas.

Finalmente, los intérpretes señalan la conveniencia de contar con una mayor oferta de formación continua, así como con servicios de psicología.

Los intérpretes desconocen el presupuesto del BII y del SCIS, aunque razonan que dado que el BII depende de la ASSS, la aportación gubernamental de dichos servicios es mayor que la del SCIS, que únicamente recibe una subvención del gobierno y no está gestionado enteramente por él, dejando el resto del presupuesto en manos del MCH. Dicho presupuesto llega a ser considerado por algunos intérpretes del SCIS de insuficiente, dado que no alcanza para contratar a intérpretes a jornada completa.

En cambio, los intérpretes del BII señalan que el presupuesto del BII es muy básico, pues está destinado únicamente a sufragar la gestión y el mantenimiento del BII, dado que los salarios de los profesionales de la ISP corren a cuenta de las instituciones que los solicitan. No obstante, señalan que algunas solicitan cada vez menos servicios de ISP debido a una reducción presupuestaria, a pesar del reducido coste que les supone.

#### **4.10.8.5. El ejercicio de la ISP en el ámbito sanitario montrealés**

Los profesionales de la salud consideran muy positiva de la existencia de una estructura clara de los servicios de ISP, pues aseguran que se sentirían incómodos trabajando con intérpretes que no dependieran de un organismo estructurado, por la oportunidad que esto brinda de dirigirse a la institución ante cualquier problema.

##### **Acceso a los servicios de ISP**

La Directora del BII y los profesionales de la salud aseguran que los miembros del personal sanitario solicitan a sus superiores permiso para requerir los servicios de un intérprete en caso de necesidad. Esto puede ser debido a que, tal y como indican los profesionales de la ISP, no siempre las instituciones del ámbito sanitario se muestran dispuestas a sufragar estos servicios, dadas las restricciones financieras a las que aluden los profesionales de la salud. Estos últimos aseguran que a causa de la crisis financiera, los profesionales de la salud intentan hacer un uso moderado del recurso a un

intérprete, aunque cercioran que intentan que ello no les lleve a prescindir de los servicios de ISP, pues necesitan entender la situación de sus usuarios.

Así, los tres perfiles señalan que son los profesionales de la salud los encargados de solicitar los servicios de ISP. La Directora del BII comenta que los grandes centros de salud tienen un procedimiento de solicitudes centralizadas. De este modo, los profesionales de la ISP y de la salud aseguran que estos últimos notifican la necesidad de ISP en una lengua dada a sus coordinadores, quienes se ponen en contacto con los servicios de ISP, desde donde se les comunica si hay o no disponibilidad y para cuando.

Los profesionales de la ISP apuntan que en numerosos centros son los trabajadores sociales quienes se encargan de organizar las citas que requieren de un intérprete. Sin embargo, añaden que a veces estos intermediarios reciben la petición de ISP con un cierto retraso, demorando el acceso a estos servicios. Es por ello que los profesionales de la salud apuntan que las citas con intérprete se deben planificar con tiempo, a menos que se trate de una urgencia, con tal de evitar problemas de este tipo.

Tanto la Directora del BII como los intérpretes mencionan que las demandas llegan al BII por teléfono o por correo electrónico, aunque se está trabajando en el momento de realización de las entrevistas en un programa informático creado para ese fin. De acuerdo con los profesionales de la ISP, esta plataforma informática, llamada Jérôme, permitirá efectuar solicitudes de servicios de ISP al BII en línea, en base a un listado de intérpretes ordenado de manera aleatoria, con tal de ofrecer las mismas oportunidades de ser seleccionados a todos los profesionales de la ISP.

En el momento de realización de las entrevistas, según los intérpretes, una vez la demanda llega al BII, el personal de oficina del BII se encarga de distribuir los encargos a los profesionales de la ISP y hacerles llegar los encargos por vía telefónica, tras lo que éstos deben aceptarlos o rechazarlos, tanto con el profesional de la salud como con el BII. Aun así, los profesionales de la ISP apuntan que cuando el profesional de la salud conoce al intérprete, en ocasiones la solicitud de servicio no pasa por el BII, pues el profesional de la salud llama directamente al intérprete, normalmente para solicitar servicios de interpretación telefónica.

La Directora del BII constata que a los usuarios les resulta más difícil solicitar los servicios de un intérprete, aunque también tienen la posibilidad de hacerlo. Esto puede estar relacionado con el desconocimiento de algunos usuarios, revelado por los profesionales de la ISP, de su derecho a los servicios de un intérprete. Ante dicho desconocimiento, los profesionales de la ISP les suelen explicar, en un primer contacto con ellos, que tienen derecho a exigir los servicios de un intérprete cuando lo consideren oportuno. Además, los intérpretes del MCH aseguran que el centro dispone de anuncios para los usuarios donde se les informa de la disposición gratuita de este servicio. Tanto la gestora del SCIS del MCH como sus intérpretes añaden que su servicio dispone de un sistema detallado de encargos en el que se tiene en cuenta las necesidades y las preferencias de las familias y los profesionales, el tipo de intervención, etc.

Por último, cabe destacar la unanimidad entre los tres perfiles en cuanto a que los servicios de urgencia son los que presentan una mayor dificultad de acceso a los servicios de ISP, dada la falta de previsión que los caracteriza.

#### Actividades dentro del sistema sanitario en las que se recurre a la ISP

La Directora del BII garantiza que la mayor parte de las actuaciones realizadas en el ámbito de salud son servicios de primera línea, aunque también se abastece de servicios de ISP a los diferentes hospitales. Esta información coincide con la proporcionada por los profesionales de la ISP, quienes aseguran que el BII, vinculado a la ASSS, presta servicios de ISP a hospitales y centros sanitarios, centros de protección de menores, asilos de ancianos, escuelas, servicios correccionales, prisiones, tribunales de justicia, etc.

Los profesionales de la salud aseguran solicitar servicios de ISP para establecer la comunicación con sus usuarios alófonos en diferentes actividades del sistema sanitario, coincidiendo con las gestoras y los profesionales de la ISP en que las consultas en las que intervienen son muy heterogéneas: visitas médicas puntuales, consultas preoperatorias, postoperatorias, revisiones anuales, evaluaciones y formación, evaluaciones a domicilio, consultas de psicología, consultas de trabajo social, etc.

#### Características de la visita médica trialógica

Los profesionales de la ISP aseguran que para empezar con la visita médica trialógica, realizan una presentación de sus servicios, en la que se identifican como intérpretes y explican las especificidades de su trabajo, aunque aseguran que dicha presentación se omite en caso de darse limitaciones temporales. Tras ello, se empieza la consulta propiamente dicha, en la que su trabajo consiste en actuar de puente comunicador entre sus dos clientes: el personal sanitario y el paciente alófono, permaneciendo neutral e imparcial.

Los profesionales de la salud y los servicios sociales aseguran empezar sus consultas exponiendo su rol profesional y explorando los objetivos del usuario al acudir a su consulta. Estos se aseguran de que los usuarios se encuentren cómodos con la intervención de un intérprete antes de proseguir. Igualmente, comentan que las visitas trialógicas pueden tratar cualquier tipo de problema médico o social, razón por la que los profesionales de la ISP insisten en la dificultad de prepararse los temas de manera previa a sus intervenciones.

#### Reunión previa y/o posterior a la intervención

Los profesionales de la salud y los de la ISP afirman reunirse, en ocasiones, antes o después de la consulta trialógica. Los intérpretes señalan que la realización de estas reuniones depende de factores como la gravedad de la situación o el interés del personal sanitario en conversar con el profesional de la ISP por una u otra razón, así como del tiempo del que dispone el profesional de la salud. Igualmente, señalan que las reuniones previas se celebran más a menudo que las posteriores.

De acuerdo con ambos perfiles, las reuniones previas sirven para que el profesional de la salud exponga lo que se pretende hacer con el usuario y comunicarle sus expectativas en referencia a la consulta, lo que es valorado como muy importante por los intérpretes, quienes, por lo general, aprecian positivamente la contextualización de la consulta. Igualmente, los profesionales de la salud se pueden beneficiar de estas reuniones cuando el intérprete ha actuado en otras visitas con otros profesionales de la salud con un paciente concreto, de manera que puede comentar al profesional de la salud cuáles han sido las inquietudes del usuario en otras consultas. Asimismo, los intérpretes señalan que, en ocasiones, los profesionales de la salud aprovechan para plantearles preguntas de carácter cultural. Sin embargo, revelan que las reuniones previas son escasas y a menudo sirven para preparar al intérprete a una situación de elevada carga emocional, con lo que frecuentemente el profesional de la ISP llega a la consulta sin conocer el caso.

En ocasiones es el propio profesional de la ISP quien solicita las reuniones posteriores con el profesional de la salud, dado que considera conveniente comentar, en ausencia del usuario, un aspecto relacionado con la consulta. Por otra parte, las reuniones posteriores entre los profesionales de la ISP y los de la salud sirven, de acuerdo con ambos perfiles, para conocer el punto de vista del intérprete acerca de la conversación o del comportamiento del usuario. No obstante, los profesionales de la ISP apuntan que suelen realizarse en los casos en los que se va a seguir trabajando con el paciente en futuras visitas. Algunos profesionales de la salud afirman no celebrar reuniones previas ni posteriores con los intérpretes de manera regular. Estos aseguran hacerlo ocasionalmente, cuando se ha tratado un tema delicado que ha podido dañar la sensibilidad del intérprete, con tal de proporcionarle el apoyo necesario para que pueda seguir trabajando en el caso. Igualmente, algunos denuncian que los profesionales de la ISP ofrezcan su opinión cuando no les es solicitada.

De acuerdo con sus intérpretes, el código ético del BII establece que el profesional de la ISP debe evitar mantener conversaciones con el usuario de manera previa y posterior a la consulta. Por este motivo, los intérpretes aseguran esforzarse por no celebrar reuniones de este tipo. Aun así, aseguran que los periodos de espera previos a la consulta y el abandonarla al mismo tiempo hacen que esto resulte muy difícil. En caso de entablar conversaciones con los usuarios, aseguran tratar temas banales. Algunos comentan aprovechar dichas conversaciones para familiarizarse con la manera de hablar del usuario (dialecto, registro, etc.) o sus conocimientos de la lengua mayoritaria, para hacerse una idea de cómo trabajar en consulta según las necesidades del usuario. Por su parte, los profesionales de la ISP del SCIS aseguran celebrar reuniones previas y posteriores con sus usuarios, en las que algunos llegan a tratar temas relacionados con la salud del paciente, aunque otros afirman verse obligados a cortar ciertas conversaciones para asegurarse de que se comparta el máximo de información en presencia del profesional de la salud pertinente. Igualmente, cuando el usuario presenta complicaciones en su estado de salud en su domicilio, los usuarios se ponen en contacto telefónico con los intérpretes para exponer la situación, con tal de hacer llegar el mensaje al profesional de la salud. A este respecto y en consonancia con la información facilitada

por los profesionales de la ISP, la mayoría de los usuarios afirman no haberse reunido nunca con el intérprete, ni antes ni después de la visita médica.

#### Relación con los diferentes departamentos del centro sanitario

El BII es el proveedor de servicios de ISP de los diversos centros sanitarios de la región de Montreal. Éstos le solicitan servicios ante lo que el BII busca, de acuerdo con su Directora, la persona idónea para satisfacerlas.

Según explicita su Directora, el centro de salud que más recurre a los servicios del BII es, con diferencia, el CSSS de la Montagne. Otros de los centros que menciona por su gran asiduidad a los servicios del BII son el CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, el Hôpital Maisonneuve-Rosemont, el CHUM (Centre Hospitalier de l'Université de Montréal), el Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine), y el Hôpital Général Juif, así como los Centros de Protección de la Infancia y la Juventud de Montréal.

Por su parte, de acuerdo con su Coordinadora, los profesionales de la ISP del SCIS son vistos por algunos profesionales de la salud como una extensión del inmigrante, con lo que no los perciben como profesionales de su mismo nivel. Por este motivo, se celebran sesiones de concienciación con los profesionales de la salud para difundir el rol real de los profesionales de la ISP.

#### Cooperación de los profesionales de la ISP con los profesionales sanitarios

Los profesionales de la ISP aseguran trabajar juntamente con algunos profesionales de la salud, tomando parte activa en la consulta, en las especialidades relacionadas con la lengua hablada (terapia del lenguaje, etc.), emprendiendo tareas como la elaboración de exámenes médicos en el idioma del usuario, en donde la opinión del intérprete es crucial para llegar a un diagnóstico.

#### **Relación interpersonal con los profesionales sanitarios**

Los profesionales de la salud aseguran trabajar frecuentemente con los de la ISP, de manera que en ocasiones llegan a tener una relación personal con ellos, lo que hace que incremente la confianza en el trabajo conjunto. Sin embargo, aseguran que algunos profesionales de la ISP interactúan menos con los profesionales de la salud, aunque participan plenamente en la entrevista médica.

Según los profesionales de la salud del MCH, los intérpretes del SCIS son muy conocidos por el personal sanitario y tienen una buena relación con los demás trabajadores del hospital.

Los profesionales de la salud consideran tener una buena relación interprofesional con los de la ISP. Éstos comentan que los intérpretes del BII suelen ser puntuales, profesionales y tener una amplia disponibilidad. Además, consideran que se consigue un buen trabajo en equipo, que parte del respeto mutuo, pues consideran a los intérpretes tan importantes como los profesionales de la salud para el trato con el usuario. Aun así, señalan que la satisfacción del profesional de la salud respecto de los servicios de ISP depende del intérprete.

Como aspecto negativo, revelan que algunos profesionales de la ISP tienden a tomar las riendas de la intervención, con lo que se plantea la duda de si el mensaje original se ve modificado en busca de una respuesta concreta del usuario. Por otra parte, algunos profesionales de la salud consideran que las intervenciones con ISP se hacen demasiado largas, pues requieren del doble de tiempo que una consulta ordinaria. Otros opinan que el recurso a la ISP distancia al profesional de la salud del usuario, estableciendo una relación diferente entre las partes.

### **Nivel de comodidad de los profesionales sanitarios respecto de la ISP**

Los profesionales de la salud consideran la ISP una buena herramienta para el trabajo con usuarios alófonos en el ámbito sanitario. Dicha herramienta hace que éstos se sientan más seguros al entender al usuario, sus necesidades y verse capaces de evaluar su situación de salud e interactuar con él. Por lo general, se muestran satisfechos con los servicios de ISP recibidos, aunque se pueden dar situaciones que los incomoden, como el hecho de que algunos profesionales de la ISP tomen parte de la conversación o aporten juicios de valor, lo que es fruto de quejas ante el BII

Algunos señalan que las consultas con ISP pueden resultar pesadas, dada su extensión temporal. Además, cuando un intérprete interviene tras cortas frases con prestaciones muy largas los profesional de la salud se llegan a preguntar el contenido de dichas prestaciones, lo que les resulta bastante incómodo. Igualmente, los profesionales de la salud revelan que, en ocasiones, las respuestas del intérprete no responden a las preguntas planteadas por los profesionales, aunque insisten en desconocer si esto es consecuencia de una diferencia de matiz entre lenguas.

### **Frecuencia de uso de la ISP**

Los profesionales de la salud aseguran que su frecuencia de uso de los servicios de ISP depende de la cantidad de usuarios alófonos que acude a sus consultas, aunque suelen solicitarlos ante toda necesidad. Aun así, algunos insisten en que la gravedad de los problemas a tratar y la profundidad a la que se quiere llegar en la consulta condicionan la solicitud o no solicitud de un intérprete. Ante la no solicitud de un intérprete para tratar a un usuario alófono, se confía en el dominio del usuario de la lengua mayoritaria, lo que hace que algunos profesionales de la salud mantengan un cierto nivel de duda acerca del grado de comunicación alcanzado, a pesar de que tengan el sentimiento de estar entendiéndose con el usuario. Subrayan que esto ocurre cuando el acceso a un profesional de la ISP resulta imposible.

### **Renuncia a los servicios de ISP por parte de algunos profesionales de la salud**

Los profesionales de la ISP aseguran que sus servicios son muy valorados por el personal sanitario. No obstante revelan que algunos profesionales de la salud consideran que sin ellos también pueden atender a un usuario alófono. Tanto es así que comentan que algunos centros sólo recurren a ellos en casos extremos, acudiendo a familiares, voluntarios, o profesionales de la salud bilingües del personal del centro o cualquier otra solución. De acuerdo con los profesionales de la ISP, esta renuncia a utilizar los servicios de ISP puede estar condicionada por la reducción presupuestaria que ha sufrido el

sistema sanitario montrealés, aunque algunos profesionales de la salud alegan (falsamente, en opinión de los intérpretes) desconocer los servicios prestados por el BII.

Observan que algunos perfiles profesionales se encuentran más concienciados que otros acerca de la ISP, destacando por su uso de estos servicios a los profesionales del trabajo social, el personal de enfermería y el de salud mental, mientras que se ven obligados a recordar su papel de mero comunicador a los médicos, que suelen presentar más reticencias e incluso un trato un tanto arrogante. Sin embargo, los profesionales de la ISP del SCIS dan cuenta del buen ambiente con los profesionales de la salud del MCH, quienes se muestran abiertos a compartir conocimientos.

Por último, los intérpretes destacan que en algunos casos los profesionales de la salud se niegan a utilizar los servicios de ISP concertados por el centro o no les prestan el espacio suficiente para realizar mediaciones culturales mediante la inserción de comentarios aclaratorios.

### **Necesidad de concienciación de los profesionales de la salud**

Los profesionales de la ISP opinan que la sensibilización de los profesionales de la salud acerca de sus servicios es esencial para un uso óptimo de los mismos. Igualmente, algunos profesionales de la salud se muestran interesados en recibir información al respecto. Los profesionales de la ISP, al igual que la Directora del BII, aseguran que el BII ha trabajado mucho por dicha sensibilización. Ambos perfiles narran la promoción llevada a cabo por el Banco mediante la difusión de material escrito (artículos, folletos, etc.) o audiovisual. Igualmente, la Directora del BII asegura haber contado con el apoyo de las universidades, que empezaron a dedicar tiempo lectivo a exponer las peculiaridades del trabajo con intérpretes en varias carreras universitarias relacionadas con la salud (ergoterapia, enfermería, trabajo social, etc.), lo que concuerda con la afirmación de algunos profesionales de la salud, que aseguran tener formación en cómo actuar con un intérprete. Asimismo, aunque los intérpretes desconocen si se han realizado talleres formativos para el personal sanitario, la Directora del BII asegura haber hecho presentaciones, talleres, y otras actividades de difusión. También señala que los propios intérpretes han tomado iniciativas para difundir sus servicios, como la intervención en entrevistas en los medios de comunicación. Por último, señala la participación del BII en ferias profesionales para dar a conocer el trabajo en ISP. Aun así, los profesionales de la ISP aseguran encargarse de guiar a aquellos profesionales de la salud con poca experiencia en ISP hacia un correcto uso de sus servicios.

La coordinadora del SCIS, por su parte, asegura que el SCIS suele recibir solicitudes de charlas o reuniones sobre temas específicos. A este respecto, sin embargo, los profesionales de la salud comentan que no siempre se ha obtenido una buena respuesta a este tipo de peticiones, pues aluden al intento de organizar (sin éxito) una charla para conocer la estructura de estos servicios.

### Relación existente entre diferentes servicios de ISP

Si bien los profesionales de la ISP desconocen las relaciones que puedan tener los diferentes servicios de ISP, las gestoras del BII y el SCIS ponen de relieve las conexiones de ambos servicios entre sí y con otras instituciones. Así, aseguran que hay una conexión entre ambos servicios de ISP dado que, tal y como comentan la gestora del SCIS y sus intérpretes, el MCH, como miembro de la Administración Pública, tiene relación con la ASSS, que depende del Ministerio de salud y Servicios Sociales, con lo que también tiene acceso a los intérpretes del BII. Aun así, los profesionales de la ISP alegan la inexistencia de una red formal de servicios de ISP. Estos aseguran que existen servicios de ISP privados y personas que se dedican a la ISP como actividad voluntaria y revelan que la relación con dichos servicios se da porque algunos intérpretes trabajan en varios de dichos servicios.

Por otra parte, la Directora del BII asevera tener contactos con el Banco de intérpretes de Sherbrooke, pues ambos forman parte de un comité que en el momento en que se realizaron las entrevistas trabajaba por la definición de un cuadro de referencia provincial sobre la interpretación.

Los intérpretes del BII aseguran trabajar en diferentes contextos, que engloban los ámbitos de la sanidad, la justicia y la educación. Igualmente, apuntan que cubren la demanda tanto de la ciudad de Montreal como de otras zonas de la provincia de Quebec y, además, el BII tiene relación con el Module du Nord Québécois, institución que ofrece servicios de ISP a comunidades indígenas.

Por su parte, los profesionales de la ISP del SCIS explican que el MCH forma parte del Centro Universitario de McGill, del cual forman parte otros centros sanitarios (clínicas, centros de rehabilitación o escuelas adaptadas), que recurren a los servicios de ISP del SCIS. Además, los profesionales del SCIS y su gestora indican que esta institución participa en la organización de un programa formativo en interpretación socio-sanitaria, de manera conjunta con el Dawson College. De este modo, la gestora del SCIS comenta que sus servicios forman parte de una red informal.

Asimismo, la Directora del BII recuerda que la OTTIAQ no reconoce todavía la ISP bajo su mandato, aunque la Coordinadora del SCIS opina que pronto tendrán que reconocer dicha práctica profesional. La Directora del BII constata que se ha emprendido el camino hacia dicho reconocimiento. Aun así, la Coordinadora del SCIS opina que, si esto no avanza, se tendrá que formar otra orden o asociación específica para la interpretación socio-sanitaria.

### Procedimiento de evaluación

Mientras la Coordinadora del SCIS revela que actualmente no se realiza ninguna evaluación formal del servicio, aunque reconoce la conveniencia de hacerlo, la Directora del BII asegura contar con testimonios de ambas partes (profesionales de la salud y usuarios). Sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud desconoce si se realiza una evaluación de estos servicios. Aun así, algunos aseguran que los servicios de

ISP se evalúan ocasionalmente en términos de eficacia, eficiencia, etc. mediante el *feedback* de los profesionales de la salud. Igualmente, algunos de ellos se muestran partidarios de la elaboración de un estudio de evaluación que dé cuenta de la opinión de los usuarios.

#### **4.10.9. Modalidades de interpretación utilizadas en ISP en el ámbito sanitario montrealés**

La Directora del BII afirma que normalmente al profesional sanitario le desagrada la interpretación simultánea, pues al solaparse dos mensajes, suele distraer al profesional de la salud. Argumenta que los profesionales de la salud suelen preferir que el intérprete intervenga tras pequeñas frases, lo que permite al intérprete solicitar aclaraciones. Por su parte, la Coordinadora del SCIS afirma que la modalidad de interpretación más utilizada por sus intérpretes es la consecutiva, aunque también se recurre a la bilateral, en función de la relación establecida entre las partes. Igualmente, afirma que sus intérpretes realizan cantidad de traducciones a la vista de documentos pues, para ahorrar tiempo, el MCH ha elaborado material escrito que se traduce a la vista en pro de la comprensión del usuario. En esta línea, los profesionales de la ISP garantizan que la modalidad de interpretación utilizada viene determinada por las preferencias de los profesionales de la salud, aunque algunos profesionales de la salud comentan que está estrictamente relacionada con la manera de trabajar de cada intérprete. Así, las modalidades utilizadas en ISP en el ámbito sanitario montrealés son, de acuerdo con los profesionales de la salud y de la ISP:

- Interpretación de enlace

Ésta parece ser la modalidad de interpretación más utilizada en ISP en el ámbito sociosanitario montrealés. Así, el intérprete interviene tras una serie de frases o cortas intervenciones, recurriendo a la toma notas en intervenciones complejas. Los profesionales de la ISP comentan que algunos profesionales de la salud con conocimientos de la lengua del usuario solicitan esta modalidad para intentar entender el mensaje emitido por el usuario, ayudándose de la prestación posterior del intérprete. Igualmente, los profesionales de la ISP destacan en referencia a esta modalidad que frecuentemente los profesionales de la salud se sorprenden al escuchar intervenciones en la lengua del usuario más extensas que las realizadas en la lengua del profesional.

- *Chuchotage*

Si bien algunos profesionales de la ISP no recurren a esta modalidad, para otros es la preferida. De igual manera, los intérpretes señalan que mientras que algunos profesionales de la salud se sienten incómodos con esta modalidad, otros la prefieren por la rapidez que supone. Asimismo apuntan que el *chuchotage* es muy bien recibido en servicios como psicología y psiquiatría, en los que la fluidez

de la conversación beneficia el tratamiento del paciente, así como en reuniones grupales.

- Traducción a la vista

Los profesionales de la ISP aseguran realizar traducciones a la vista de textos escritos (formularios, informes, etc.). De acuerdo con los entrevistados, este tipo de intervenciones se realizan, en ocasiones, sin la presencia del profesional de la salud.

A estas modalidades, los profesionales de la ISP añaden las siguientes:

- Interpretación telefónica
- Interpretación resumida (mencionada por los intérpretes en sus entrevistas como realidad en el ámbito sanitario montrealés, aunque no reconocida específicamente por ninguno de ellos como práctica habitual).

#### **4.10.10. Competencias necesarias de todo profesional de ISP y aptitudes más valoradas por los usuarios**

Los profesionales de la ISP consideran esenciales para su profesión la competencia interpersonal y la instrumental profesional, seguidas de la comunicativa y textual, la intercultural, la temática y la estratégica.

En cuanto a la competencia interpersonal señalan la necesidad de saber relacionarse con ambos interlocutores con tacto, empatía, paciencia, asertividad, compasión, educación, diplomacia y respeto; así como la de contar con unas buenas habilidades comunicativas, esto es, saber escuchar y comunicar. Además, en lo referente a la competencia instrumental profesional, resaltan la importancia de no imponerse en la situación comunicativa, respetando los límites impuestos por su rol profesional, de acuerdo con su código deontológico (respetando las normas de confidencialidad, la transparencia, la neutralidad, etc.). Seguidamente, en lo que respecta a la competencia comunicativa y textual, destacan el conocimiento profundo de las lenguas, en cuanto a la competencia intercultural, el conocimiento cultural y la sensibilidad a la diferencia, en lo referente a la competencia temática, el dominio de la terminología médica y el conocimiento del sistema sociosanitario y, finalmente, en cuanto a la competencia estratégica, los conocimientos de métodos, técnicas y estrategias de interpretación.

Esto difiere un poco de la opinión de los usuarios, quienes, en primer lugar, valoran el dominio lingüístico del intérprete (competencia comunicativa y textual), seguido de su simpatía (competencia interpersonal) y del conocimiento cultural (competencia intercultural). Por detrás de lo expuesto, aprecian la predisposición del profesional de la ISP (competencia instrumental profesional), su paciencia y solidaridad (competencia interpersonal) y, por último la neutralidad y confidencialidad (competencia instrumental profesional).

## 4.10.11. Características de la situación comunicativa

### 4.10.11.1. Posición de los participantes

Los profesionales de la ISP explican que los participantes de la conversación trialógica en contexto sociosanitario se suelen posicionar conformando un triángulo imaginario, en el que el intérprete se encuentra en medio de los dos interlocutores, a menudo, retirado a un segundo plano. No obstante, apuntan que dicho posicionamiento resulta imposible en reuniones en las con más de dos interlocutores o cuando el espacio de trabajo es muy reducido.

### 4.10.11.2. Gestión del turno de palabra

Los profesionales de la ISP y de la salud coinciden en que los primeros se encargan de la gestión del turno de palabra de la visita médica triangular, solicitando pausas para la interpretación cuando las intervenciones de las partes resultan demasiado largas.

### 4.10.11.3. Comunicación directa o indirecta

Tanto los profesionales de la ISP como los de la salud coinciden en que se dan situaciones de comunicación directa e indirecta, a lo que los profesionales de la salud añaden que esto depende del intérprete, aunque la cultura del usuario también puede influir. Sea como fuere, ambos perfiles insisten en que la comunicación suele ser directa, de hecho se ha demostrado que es la opción preferida por los intérpretes. Sin embargo, una mayoría de los usuarios encuestados asegura dirigirse al intérprete, mientras que únicamente un 22,22 % afirma dirigirse al profesional de la salud y un 11,11 % garantiza dirigirse a ambos indistintamente.

La preferencia por parte de los intérpretes hacia la comunicación directa se debe a que ésta favorece la comunicación tanto verbal como no verbal, de modo que los profesionales de la salud se suelen esforzar por dirigir la mirada a los usuarios con tal de extraer el máximo de información de su lenguaje no verbal.

Así, los profesionales de la ISP aseguran que los interlocutores se suelen dirigir el uno al otro, aunque miran al intérprete de vez en cuando para asegurar la comunicación. Esta representa una situación de comunicación directa:

- El profesional de la salud ( $IP_1$ ) se dirige al usuario ( $IP_2$ ) y *vice versa*, a pesar de la incompreensión mutua, con la intención de observar el lenguaje no verbal del otro, a la espera de recibir la interpretación del profesional de la ISP (ISP), a quien dirigen la mirada de vez en

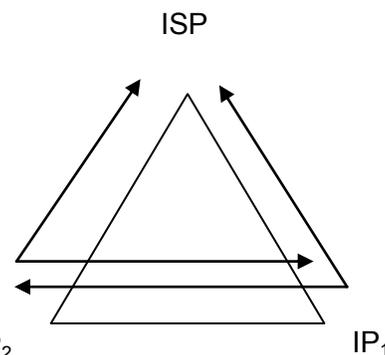


Figura 18. Situación de comunicación directa en Montreal (1).

cuando, siguiendo la fórmula siguiente:

$$(IP_1 \leftrightarrow IP_2) \wedge ISP$$

Aun así, los intérpretes insisten en que algunos usuarios con poca experiencia en ISP se dirigen únicamente a ellos, obviando la presencia del profesional de la salud. En cambio, incluso en dichas ocasiones, los profesionales de la salud suelen dirigirse al usuario. Esta representa una situación de comunicación indirecta:

- El usuario (IP<sub>2</sub>), se dirige al profesional de la ISP, obviando la presencia del profesional de la salud (IP<sub>1</sub>), generándose una comunicación indirecta entre ambos interlocutores primarios, a pesar de los esfuerzos del profesional de la salud por mantener la comunicación directa. Ello ocurre según la fórmula:

$$(IP_2 \leftrightarrow ISP) \wedge (IP_1 \rightarrow IP_2) \wedge (ISP \rightarrow IP_1)$$

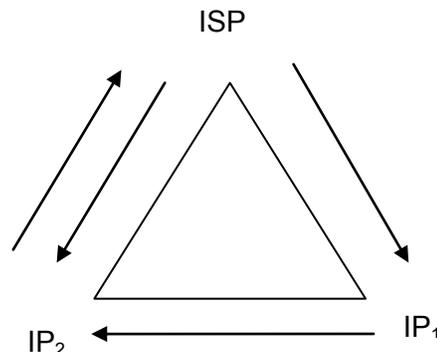


Figura 19. Situación de comunicación indirecta en Montreal (1).

En los casos del estilo anterior, algunos profesionales de la salud solicitan que el usuario se dirija a ellos. Sin embargo, los profesionales de la ISP señalan también cierta tendencia a que ambas partes se dirijan al intérprete, de manera que se produce otra situación de comunicación indirecta:

- Ambos interlocutores primarios se dirigen al profesional de la ISP, obviando la presencia del otro, generándose una comunicación directa entre el profesional de la ISP y ambos interlocutores primarios, aunque una indirecta entre los propios interlocutores primarios, de acuerdo con la fórmula:

$$(IP_1 \leftrightarrow ISP) \wedge (IP_2 \leftrightarrow ISP)$$

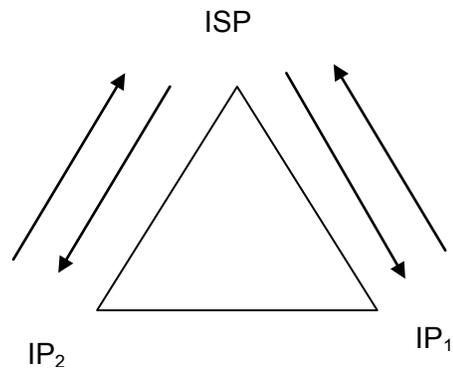


Figura 20. Situación de comunicación indirecta en Montreal (2).

Ante situaciones de comunicación indirecta, los intérpretes intentan reconducir la situación, implícita o explícitamente. Para ello, recurren a estrategias como:

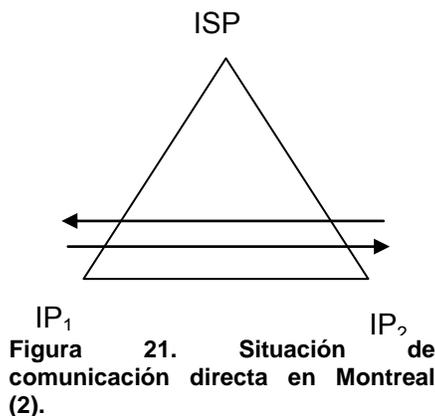
- Retirarse físicamente de la conversación, quedando en un segundo plano, con tal de que los interlocutores se dirijan la mirada mutuamente.
- Romper el contacto visual con los interlocutores bajando la mirada.

Los profesionales de la ISP comentan que la modalidad de interpretación utilizada también influye en la direccionalidad de la comunicación, de manera que cuando se recurre al *chuchotage*, la ausencia de pausas hace que los interlocutores no dirijan la mirada al intérprete, mientras que la modalidad semiconsecutiva da más pie a la comunicación indirecta, dado que los interlocutores esperan el final de las intervenciones para centrarse en la intervención del intérprete. Igualmente, señalan que en aquellas conversaciones en las que intervienen más de dos interlocutores, se pueden llegar a compaginar la comunicación directa y la indirecta.

Finalmente, los profesionales de la ISP y los de la salud apuntan que, cuando uno de los dos interlocutores tiene nociones de la lengua del otro, frecuentemente se opta por la comunicación en el idioma compartido, de manera que el intérprete únicamente interviene para solucionar problemas en momentos de falta de comprensión. Ésta es una situación de comunicación directa:

- Uno de los dos interlocutores primarios ( $IP_1$  y  $IP_2$ ) tiene nociones de la lengua del otro. Se opta por una comunicación directa entre ambos en dicha lengua, solicitando la intervención del profesional de la ISP (ISP) a modo de “muleta” para el apoyo en el intercambio informativo, recurriendo a éste únicamente en casos de incomunicación o errores de comprensión. Todo ello según la fórmula:

$$(IP_1 \leftrightarrow IP_2) \wedge [(ISP \text{ “muleta”}) \vee \emptyset]$$



#### 4.10.11.4. Uso de la primera o la tercera persona

Aunque son conscientes de que la teoría de la ISP recomienda el uso de la primera persona, los profesionales de la ISP se encuentran divididos entre aquellos que usan la primera persona y los que usan la tercera persona en sus intervenciones. Añaden que el uso inicial de la primera persona permite recurrir a la tercera persona en situaciones delicadas en las que quieren resaltar una distancia con el mensaje.

Sin embargo, los profesionales de la salud comentan que la mayoría interviene en tercera persona. Esto concuerda con los datos obtenidos de los intérpretes, según los cuales, un elevado número de profesionales de la ISP recurren al uso de la tercera persona, alegando que les resulta muy difícil intervenir en primera persona. Igualmente, algunos profesionales de la salud apuntan que solicitan a los intérpretes que intervengan en tercera persona para señalar que éstos no son sino una tercera persona agregada a la conversación, que nada tiene que ver con la emisión de los mensajes. Aun así, algunos profesionales de la salud prefieren que el intérprete intervenga en primera persona, argumentando que la tercera persona favorece un mayor filtro de la información. En esta línea, algunos profesionales de la ISP aseguran utilizan la primera o la tercera persona, en función de la situación. Según comentan, esta decisión se ve influenciada por la direccionalidad del intercambio informativo, de manera que cuando la comunicación es directa suelen utilizar la primera persona, dejando la tercera para situaciones de comunicación indirecta.

#### **4.10.12. Principios deontológicos básicos de la práctica de la ISP**

Tanto los intérpretes como los de la salud resaltan los siguientes principios deontológicos de la ISP:

- Confidencialidad: El secreto profesional rige la práctica de la ISP.
- Respeto de las fronteras profesionales

A dichos principios, los intérpretes añaden, dada su importancia:

- Exactitud y totalidad: Los profesionales de la ISP señalan que sus prestaciones tienen que ser precisas y transmitir la totalidad del contenido del mensaje original, sin añadir ni omitir información y evitando posibles alteraciones de sentido.
- Imparcialidad y neutralidad: Si bien tanto los profesionales de la ISP como los de la salud aseguran que por norma general la ISP consiste en un trasvase de información imparcial, neutral y, por ende, no intrusivo, ambos perfiles coinciden en que en situaciones concretas algunos intérpretes no han respetado esta máxima, llegando a incurrir en la abogacía. Sin embargo, la mayoría de los usuarios constata que los intérpretes son imparciales en su trabajo, frente a únicamente un 11,11 %, que opina que éstos se posicionan en la conversación en su defensa. Sea como fuere, los profesionales de la ISP argumentan que esto no debería de ocurrir, dado que tienen dos clientes (el usuario y el profesional de la salud) y no deben posicionarse de parte de ninguno de ellos, evitando influir en la conversación, siendo muy cuidadosos con la forma de presentar el mensaje.
- Respeto hacia los interlocutores
- Responsabilidad frente a su trabajo

- Integridad profesional
- Desarrollo profesional

A estos principios, los profesionales de la salud añaden los siguientes, dada la importancia que para ellos supone en su trabajo con ISP:

- Transparencia
- Desapego emocional de la situación

#### **4.10.13. Nivel de satisfacción respecto a los servicios de ISP**

Por norma general, los profesionales de la salud se muestran satisfechos con los servicios de ISP a su disposición, aunque, como es de esperar, aseguran que el nivel de satisfacción respecto de los servicios de ISP depende del profesional de la ISP con el que se trabaja. No obstante, a algunos profesionales de la salud les ha costado acostumbrarse a este recurso, dado que alarga el tiempo de consulta, aspecto que incomoda a muchos. En cambio, los usuarios se sienten altamente satisfechos con estos servicios. La mayoría asegura alcanzar un elevado nivel de comprensión gracias a ellos. Por lo que respecta al nivel de satisfacción del personal de ISP, los profesionales de la salud consideran que se encuentran satisfechos con el trato recibido en el contexto sociosanitario.

#### **4.10.14. Percepción de la calidad de los servicios de ISP**

##### **4.10.14.1. Percepción de la calidad por parte de la dirección del centro**

La Coordinadora del SCIS asegura que costó convencer a la Dirección del MCH de que este servicio era necesario. Aun así, comenta que hoy en día ésta valora el servicio en términos de calidad, aunque no siempre es consciente de todo el trabajo que hacen los intérpretes. Igualmente, afirma que en la actualidad el MCH tiene otras prioridades. Esto concuerda con la opinión de los profesionales de la salud, quienes consideran que la dirección de los diferentes centros de salud reconoce una elevada calidad de los servicios de ISP. Añaden que se reconoce que estos mejoran la calidad asistencial y se anima a los profesionales de la salud a utilizarlos. Sin embargo, algunos profesionales de la salud y de la ISP han señalado lo contrario, dadas las restricciones económicas impuestas por algunos centros. Los profesionales de la salud comentan que se trata de un servicio relativamente caro, aunque vale la pena, pues reduce el número de consultas ineficaces a usuarios alófonos.

##### **4.10.14.2. Percepción de la calidad por parte de los profesionales de la salud**

La Coordinadora del SCIS señala que por el número de solicitudes se advierte que la ISP es valorada por parte del personal sanitario, lo que concuerda con la opinión de los

profesionales de la salud, quienes perciben una buena calidad de estos servicios y los reconocen importantes y eficaces, aunque algunos profesionales muestran reticencias hacia su uso.

#### **4.10.14.3. Percepción de la calidad por parte de los usuarios**

La Coordinadora del SCIS considera que los usuarios reconocen la calidad de este servicio alegando que acuden a la oficina de multiculturalismo porque saben que allí alguien les hablará en su idioma o les llamará a su intérprete. Los profesionales de la salud se muestran de acuerdo con esta afirmación. Ambos perfiles aseguran que los usuarios parecen más cómodos cuando se les presta servicios de ISP. A esto, los profesionales de la salud añaden que gracias a la ISP los usuarios actúan con mayor autonomía. Aun así, constatan que la opinión de los usuarios acerca de los servicios de ISP varía por diferentes motivos y añaden que a la hora de acordarlos se debe tener en cuenta aspectos extrínsecos a la propia conversación como la situación del país del usuario, la pertenencia a la comunidad del usuario o el sexo del intérprete, dado que una mala elección del profesional de la ISP adecuado puede generar incomodidades en los usuarios por motivos culturales.

#### **4.10.14.4. Percepción de la calidad por parte de los profesionales de la ISP**

La Coordinadora del SCIS aprecia que la percepción de la calidad del servicio por parte de los profesionales de la ISP es algo bastante personal y que varía en función de dónde y con quién trabajan. No obstante, coincide con los profesionales de la salud en opinar que la mayoría de los intérpretes están contentos con el trabajo prestado. Sin embargo, asegura que algunos intérpretes con larga experiencia en este servicio podrían enumerar aspectos en los que se podría mejorar. Por su parte, los profesionales de la salud aseguran que los intérpretes se sienten útiles en el sector sociosanitario, pues son conscientes de la importancia de su trabajo en la comunicación y esperan que sientan el reconocimiento de la calidad de su trabajo por parte de los demás profesionales. Además, añaden que los profesionales de la ISP suelen sentirse orgullosos de su trabajo, conscientes de formar parte del equipo sanitario, defendiendo los intereses de los usuarios.

### **4.10.15. Beneficios obtenidos con los servicios de ISP**

#### **4.10.15.1. Aportación a la relación entre el personal sanitario y el usuario**

Todos los perfiles coinciden en que la ISP ha mejorado la relación del personal sanitario con los usuarios. La Coordinadora del SCIS y los profesionales de la ISP opinan que estos servicios han conllevado una mayor concienciación multicultural entre los profesionales de la salud. Además, los profesionales de la ISP y los de la salud coinciden en tanto y en cuanto estos servicios han supuesto un acercamiento entre los

profesionales de la salud y sus usuarios, lo que según los profesionales de la salud ha supuesto un mayor entendimiento mutuo. Así, los profesionales de la ISP dan constancia de un incremento de la comodidad de las partes, que podría estar relacionado con el aumento de la confianza entre los interlocutores al que aluden tanto los profesionales de la salud como los de la ISP. Todo ello ha conllevado, de acuerdo con estos dos perfiles, a un mayor éxito en la comunicación. En esta línea, los profesionales de la ISP han observado un decrecimiento en los malentendidos ocurridos en este tipo de visitas. Esto ha supuesto, sin lugar a dudas, una mayor eficacia del trabajo del profesional de la salud (observada por ellos mismos), con lo que los profesionales de la ISP han percibido una mejora de la calidad asistencial. Como consecuencia, los profesionales de la salud dan fe de un decrecimiento del sentimiento de frustración de las partes de la comunicación intercultural en el ámbito sanitario, así como de una mayor colaboración médico-paciente. Igualmente, los profesionales de la ISP han observado una mejora del seguimiento de los tratamientos y, por lo tanto, del resultado de los cuidados proporcionados a usuarios alófonos. Asimismo, los intérpretes han visto incrementar el sentimiento de seguridad entre los profesionales de la salud, así como el nivel de apreciación de los servicios de salud por parte de los usuarios y el sentimiento de pertenencia de éstos últimos a los distintos centros sanitarios. Finalmente, los profesionales de la salud constatan que los servicios de ISP han facilitado un mayor acceso a los servicios de salud y servicios sociales a los usuarios que no dominan las lenguas oficiales.

#### **4.10.15.2. Beneficios para los centros sanitarios**

La gestora del SCIS asegura que, gracias a la ISP, el MCH ha ganado reconocimiento en el ámbito sanitario. Por su parte, los profesionales de la salud y los de la ISP coinciden en señalar de entre los beneficios que los servicios de ISP han reportado a los centros sanitarios:

- Reducción del número de visitas necesarias, así como del número de visitas perdidas o repetidas, gracias al mejor uso que se hace de los recursos sanitarios.
- Ahorro considerable de tiempo y dinero, a pesar del gasto que la ISP supone a los centros sanitarios.
- Mayor éxito en la comunicación.
- Mayor comodidad de las partes en las consultas a usuarios alófonos.
- Mayor accesibilidad a servicios sanitarios
- Atención sanitaria a una población más amplia.

Además, los profesionales de la salud conciben la ISP como una herramienta más a su disposición para el trato con sus usuarios, que contribuye a hacer decrecer la frustración de las partes de la conversación médica, lo que, según los profesionales de la ISP potencia el sentimiento de tranquilidad entre los profesionales del centro sanitario y

fomentar la independencia de los usuarios (al no tener que recurrir a terceras personas externas al ámbito médico). De este modo, estos últimos aseguran que la ISP acerca a los usuarios a las instituciones sanitarias. Igualmente, consideran que estos servicios optimizan la explotación de los recursos sanitarios. De hecho, los profesionales de la salud afirman experimentar, gracias a ellos, una mayor eficacia en su trabajo, que se traduce en una mejora de la calidad asistencial, al posibilitar una mayor inmediatez en el trato a usuarios alófonos. Igualmente, los profesionales de la ISP aseguran que sus servicios ayudan a reducir los errores médicos, al aumentar el éxito de las prácticas médicas (diagnósticos, evaluaciones, etc.), así como a incrementar los seguimientos de los tratamientos. A esto se suma, de acuerdo con los profesionales de la ISP, el beneficio de una mayor tolerancia ante la diversidad cultural.

#### **4.10.15.3. Beneficios para el personal sanitario**

Los gestores, profesionales de la ISP y de la salud coinciden en que los servicios de ISP han contribuido a alcanzar el éxito en la comunicación en el ámbito sanitario, en parte, gracias al aumento de la sensibilización cultural que ésta ha supuesto. Además, de acuerdo con los profesionales de la ISP y los de la salud, la ISP ha supuesto un incremento de los sentimientos de seguridad y tranquilidad en el contexto médico. Los profesionales de la salud aseguran que estos servicios han conllevado una mejora de la calidad asistencial, así como una mayor eficacia e inmediatez en la atención sanitaria. En esta línea, los profesionales de la ISP señalan que con la ISP se han evitado problemas causados por fallos en la comunicación, reduciéndose los errores médicos y aumentando el éxito de las prácticas médicas (diagnósticos, evaluaciones, etc.), con lo que los profesionales de la salud han experimentado, de acuerdo con los intérpretes, un aumento de la eficacia de su trabajo, ahorrando tanto tiempo como esfuerzos por entablar la comunicación. Igualmente, los profesionales de la salud aseguran que la ISP ha hecho incrementar la confianza de los usuarios en los servicios recibidos, así como mejorar la accesibilidad de personas alófonas a los servicios de salud y servicios sociales, lo que ha facilitado la atención a un mayor número de casos.

#### **4.10.15.4. Beneficios para la sociedad**

Tanto los gestores como los profesionales de la ISP y de la salud apuntan que la ISP favorece la integración de los usuarios alófonos en la sociedad de acogida, pues, tal y como aseguran los profesionales de la ISP y los gestores de estos servicios, esta práctica favorece la sensibilización cultural. Esto hace que, tal y como señalan los profesionales de la ISP y de la salud, se potencie el acercamiento cultural, potenciando la comprensión mutua y eliminando prejuicios. Esto abre las puertas de acceso a los servicios de salud a personas alófonas, en igualdad de oportunidades, según aseguran los profesionales de la salud y los de la ISP. Así, los profesionales de la salud aseguran que la ISP rompe barreras en el ámbito sanitario, lo que, de acuerdo con los profesionales de la ISP posibilita la atención adecuada a las personas de origen extranjero, promueve la convivencia pacífica, hace aumentar la apreciación del sistema

de salud por parte de los usuarios alófonos y provoca el decrecimiento de las exclusiones sociales. Igualmente, los profesionales de la ISP aseguran que sus servicios, además de suponer un ahorro económico en el sistema sanitario, fomentan el respeto de las normas que lo rigen. En esta línea, los profesionales de la salud aseguran que con la ISP se consigue una optimización de la explotación de los servicios sociosanitarios, así como una mejor calidad asistencial.

#### **4.10.15.5. Beneficios para los usuarios**

Los profesionales de la salud aseguran que los servicios de ISP facilitan el acceso a servicios públicos en general y sociosanitarios en particular. De acuerdo con los gestores de estos servicios, la ISP consigue romper el aislamiento del usuario alófono, al establecer una relación, mediante el intérprete, con la cultura receptora. Esto hace, según los profesionales de la salud, que los usuarios alófonos se sientan más acogidos en la sociedad y, tal y como apuntan los profesionales de la ISP, que su acceso a los servicios de salud sea más fácil y que aumente la confianza de los mismos con el personal sanitario. Igualmente, tanto los profesionales de la ISP como los de la salud se muestran de acuerdo en que esta práctica fomenta la autonomía del usuario alófono respecto al cuidado de la propia salud, al no tener que buscar una tercera persona para poderse comunicar con sus proveedores de servicios sanitarios. Además, la ISP ofrece, de acuerdo con las gestoras de estos servicios, la posibilidad de que el usuario alófono se comunique en su propio idioma, lo que, de acuerdo con los profesionales de la ISP, les permite plantear dudas e inquietudes que se omitirían de no contar con dichos servicios.

Tanto los profesionales de la ISP como los de la salud coinciden en que el recurso a estos servicios ha mejorado la comunicación en ámbito sanitario, incrementando la tranquilidad, la comodidad y la seguridad entre sus interlocutores. De acuerdo con los profesionales de la salud, la ISP ha permitido ofrecer un trato más completo y satisfactorio a los usuarios alófonos, lo que ha supuesto una mejora de la calidad asistencial. Todo ello ha desembocado, según los profesionales de la ISP, en un mayor éxito de las prácticas médicas realizadas en usuarios alófonos (diagnósticos, evaluaciones, tratamientos, etc.), que han reducido el riesgo a que su salud empeore. Igualmente, afirman que se ha conseguido aumentar la comprensión entre ellos de las particularidades del sistema sanitario local, lo que, de acuerdo con los profesionales de la salud, ha desembocado en una mejor explotación de los servicios de salud y servicios sociales.

#### **4.10.16. Aspectos mejorables de los servicios de ISP ofertados**

Los gestores, profesionales de la ISP y usuarios coinciden en que convendría promocionar más los servicios de ISP con tal de potenciar su uso por parte de los profesionales de la salud. Igualmente, tanto los profesionales de la salud como los usuarios observan la conveniencia de ampliar el número de intérpretes, aunque los

propios profesionales de la ISP se muestran más partidarios de limitar el número de intérpretes de cada lengua, si bien barajan la posibilidad de aumentar el número de empleados de oficina encargados de gestionar los encargos de ISP, lo que podría suponer una mejora en la inmediatez de respuesta ante la gestión de servicios de ISP de urgencia (necesidad observada por los intérpretes). Asimismo, los profesionales de la salud y los de la ISP coinciden en señalar la necesidad de reglar los estudios en ISP conforme a las exigencias de la profesión, de manera que alguna institución legislara al respecto, creando una acreditación profesional reconocida que incluyera una capacitación precisa de interpretación por idiomas. Igualmente, los profesionales de la ISP añaden la conveniencia de aumentar su formación en terminología de especialidad. A esto añaden las ventajas que supondrían la existencia de unos criterios de selección de profesionales de la ISP más estrictos y la evaluación de su trabajo (lo que abriría las puertas hacia una mejora los servicios, en función de los resultados obtenidos). Asimismo, los intérpretes sugieren que la disposición de credenciales que los identificaran como los profesionales de la ISP y de bibliografía acerca de la ISP y temas afines les beneficiaría como profesionales. A esto añaden que la disposición de un espacio de trabajo amplio y de un servicio de psicología a su disposición en todo momento les sería de gran ayuda. Finalmente, señalan la conveniencia de celebrar periódicamente tanto reuniones de profesionales de la ISP como reuniones de profesionales de la ISP con profesionales de la salud y demandan un aumento de salario.



# Capítulo 5: Resultados

Para presentar de forma clara los resultados de la comparación del análisis de la ISP en ambas ciudades estudiadas, he decidido estructurar este capítulo en función de las preguntas de investigación que dieron pie a la elaboración de esta tesis. Así pues, recupero cada una de las preguntas de investigación planteadas para, acto seguido, darles respuesta a partir de los resultados de la comparación de ambas realidades.

## 5.1. ¿Cuáles son los objetivos de los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?

En ambas ciudades objeto de estudio, el objetivo general de los servicios de ISP es el de mejorar la calidad de la comunicación entre el profesional de los servicios públicos del ámbito sanitario y sus usuarios, con tal de incrementar la calidad asistencial prestada a usuarios alófonos. Barcelona presta una atención especial a las diferencias etnoculturales de sus usuarios, otorgando especial interés a la comprensión de la cultura del usuario alófono, y adaptando los servicios de salud a sus costumbres y necesidades. Si bien los servicios de ISP montrealéses también se ocupan de ello en caso necesario, esto no parece tener tanta relevancia como para explicitarlo a la hora de comentar los objetivos. Igualmente, los servicios de ISP de Barcelona tienen entre sus objetivos los de paliar las desigualdades en contexto sanitario y fomentar la agilidad del proceso sanitario, optimizando la utilización de los recursos disponibles. Asimismo, como objetivo a largo plazo, se pretende contribuir a una mayor inserción social de los usuarios alófonos. Todos estos objetivos se suman al objetivo general, común para ambas ciudades, y no se mencionan en la ciudad de Montreal, aunque entre los objetivos del SCIS sí que destaca el de gestionar las desigualdades en materia de salud. Cabe apuntar que los objetivos de los servicios de ISP vienen impuestos desde las esferas políticas.

Tanto los servicios de ISP del ámbito sanitario de Barcelona como los del de Montreal señalan haber alcanzado algunos de sus objetivos, aunque admiten que quedan algunos por alcanzar.

De entre los objetivos alcanzados, en Barcelona destaca el hecho de haber podido incluir en contexto sanitario esta nueva práctica con un nuevo perfil profesional, que se ha ido abriendo paso entre los profesionales de la salud, aunque se apunta que la normalización

de estos servicios y la inserción total del profesional de la ISPen el ámbito sanitario constituyen objetivos por alcanzar. En cambio, en Montreal se ha conseguido dar un paso más, hasta generalizar los servicios de ISP en los diferentes centros sanitarios, mediante la normalización de los servicios proporcionados por el BII, los cuales se encuentran en la actualidad establecidos y normalizados entre los diferentes centros sanitarios de la ASSS. Igualmente, en Montreal se ha logrado un reconocimiento de la necesidad de trabajar con ISP por parte del personal sanitario, mientras que en Barcelona, hasta el momento, únicamente se había valorado como herramienta útil. Otros de los objetivos alcanzados mencionados en Barcelona han sido la optimización de la explotación de recursos sanitarios y los procesos médicos, así como el establecimiento de la comunicación entre los profesionales de la salud y sus usuarios alófonos y, por lo tanto, la realización de visitas médicas a estos últimos que se asemejen a las de usuarios autóctonos. Que no se hayan explicitado estos objetivos como alcanzados en Montreal no significa que no se hayan conseguido, sino que dada la tradición de estos servicios en la ciudad canadiense, puede que no se hayan considerado importantes en el momento de la recogida de datos, pues son objetivos que se alcanzaron hace mucho tiempo, con lo que las inquietudes actuales son otras. De ahí que el último objetivo mencionado entre los logrados en Montreal sea la movilización de la comunidad científica con investigaciones sobre la ISP.

En lo que respecta a los objetivos pendientes de consecución, mientras que en Barcelona destaca la necesidad de difusión de estos servicios, en Montreal se menciona la necesidad de expansión de los mismos para cubrir todas las necesidades generadas en el ámbito sociosanitario. En esta línea, en Barcelona se da una necesidad de ampliación de los servicios tanto en horario como en lenguas ofertadas. Por otra parte, en ambas ciudades se observa la necesidad de mejorar las condiciones laborales, aunque ésta es mayor en Barcelona que en Montreal, en donde la necesidad se centra en optimizar la remuneración de dichos profesionales. Igualmente, queda pendiente en ambas ciudades la normalización de la formación y acreditación en ISP. Si bien la formación, como veremos más adelante, está más reglada en Montreal que en Barcelona, Montreal pone de relieve la necesidad de una acreditación profesional (factor necesario también en Barcelona). Finalmente, destacaré que, mientras que en Barcelona la mediación entre culturas y la formación de los profesionales de la salud en multiculturalidad se enumeran entre los objetivos pendientes de consecución, en Montreal destaca la optimización de la gestión de los encargos.

## **5.2. ¿Cómo están organizados los servicios de ISP en hospitales y centros de atención primaria de las ciudades de Barcelona y Montreal?**

En ambas ciudades, cuando un usuario alófono acude en busca de servicios de salud, puede ser atendido de diversas maneras. En el mejor de los casos, se le prestará servicios de ISP para que se pueda comunicar sin problemas con el profesional de la salud. No obstante, se dan otros métodos de comunicación que son dignos de mención y

análisis en este trabajo. Dichos métodos de comunicación engloban la consulta sin intermediario o el recurso a intérpretes voluntarios (únicamente en Montreal), así como el uso de gestos, dibujos, material lingüístico multilingüe o software multilingüe o incluso el recurso a acompañantes del usuario (mayores o menores de edad), profesionales de la salud bilingües o servicios de interpretación telefónica.

Así, en Montreal se dan consultas sin intermediario, en las cuales los profesionales de la salud atienden a usuarios alófonos sin recurrir a una tercera persona. En ocasiones, los usuarios tienen nociones básicas de la lengua mayoritaria, aunque éstas no les aseguran la comprensión en contexto médico. En dichas consultas, las partes intentan intuir lo que su interlocutor desea expresar, con lo que no es de extrañar que la comprensión se vea truncada la mayoría de las veces, dando un resultado inesperado. Es por ello que el porcentaje de usuarios que prefieren enfrentarse solos a una visita médica es ínfimo.

En ambas ciudades hallamos profesionales de la salud que utilizan material lingüístico multilingüe para establecer una comunicación con sus usuarios alófonos, aunque en las dos se encuentran profesionales de la salud que niegan disponer de este tipo de recursos. Cabe destacar que, si bien la totalidad de documentos utilizados en el ámbito sanitario montrealés están disponibles en inglés y francés, no toda la documentación se encuentra disponible en otros idiomas. Así, únicamente los documentos utilizados con mayor frecuencia se encuentran traducidos, con lo que se pone de manifiesto que las traducciones realizadas en el ámbito sociosanitario montrealés podrían ser más numerosas. Igualmente, en Barcelona, algunos profesionales de la salud niegan recurrir a estos documentos alegando que el trabajo con ellos resulta altamente pesado, con lo que recurren a los mismos únicamente en ausencia de ISP. En Barcelona, los documentos multilingües disponibles se pueden clasificar en guías de conversación multilingües, listas de vocabulario, anuncios y carteles con información acerca del centro sanitario, manuales de acogida o formularios multilingües. Estos últimos también están disponibles en Montreal, a los que se suman posters de temas sanitarios puntuales, panfletos informativos y documentación adaptada a otras lenguas con aclaraciones culturales. Igualmente, los profesionales de la salud montrealeses disponen de páginas web oficiales donde pueden encontrar traducciones de documentos utilizados en el ámbito sanitario.

En ambos contextos sanitarios, los usuarios alófonos pueden ser atendidos mediante la intervención de un acompañante que les ayude a comunicarse. Los profesionales de la salud barceloneses a menudo solicitan a sus pacientes alófonos que acudan a los centros de salud acompañados por una tercera persona capaz de hacerlo, de manera que cuando esto se cumple, descartan los servicios de ISP aunque se encuentren disponibles. En cambio, en Montreal, únicamente se recurre a terceras personas en aquellos casos en que resulta imposible disponer de los servicios de un profesional de la ISP, opción preferida por los profesionales de la salud de esta ciudad. Los profesionales de la salud montrealeses reconocen sentir que hacen un trabajo más real cuando intervienen con ISP, dado que la intervención de una tercera persona supone un filtro informativo que puede afectar a la neutralidad de la prestación, dado el vínculo emocional

que el acompañante tiene con el usuario. A algunos profesionales de la salud barceloneses esta opción les resulta más cómoda que recurrir a servicios de ISP, aunque, por lo general, esto último les aporta mayor seguridad. Si bien en Montreal se comenta que en la mayor parte de casos, la intervención de un acompañante puede funcionar, en ambas ciudades se pone de manifiesto que éstos no siempre llegan a transmitir el mensaje sanitario en condiciones, dados los errores de interpretación que no cometería un profesional de la ISP, los cuales pueden llegar a causar prejuicios tanto al usuario como al profesional de la salud. Esto es debido a que, tal y como se ha visto en ambas ciudades, el nivel de dominio lingüístico de estos acompañantes, aunque a menudo sea superior al de los usuarios que solicitan su intervención, suele resultar insuficiente cuando se trata de comunicarse en ámbitos de especialidad como el sanitario. Además, en ambas ciudades, se reconoce que el recurso a acompañantes del usuario vulnera la privacidad y la intimidad del usuario, pues se rompe con la confidencialidad necesaria en el ámbito sociosanitario. Es por ello que en Montreal, los profesionales de la salud prefieren la intervención de profesionales de la ISP, ajenos al usuario, que se mantengan imparciales, respetando así también la neutralidad y transparencia que requiere la ISP. En esta línea, en Montreal se pone de relieve que algunos usuarios se niegan a tratar algunos temas frente a sus acompañantes, lo que si bien también puede ocurrir con profesionales de la ISP, ocurre en menor medida, dado que éstos tienen a su favor la promesa de salvaguardar el secreto profesional.

En ambas ciudades se dan casos en los que los acompañantes que intervienen a modo de intérpretes *ad hoc* son menores que, al estar escolarizados en el país de acogida, tienen un cierto dominio de la lengua mayoritaria. Aun así, en Montreal nunca se da este tipo de intervenciones en casos de elevada conflictividad, como pueden ser los de violencia. Si bien algunos profesionales de la salud de ambas ciudades defienden dicha práctica, en ambos lugares hay quienes resaltan la necesidad de evitarla, llegando a estar estrictamente prohibida en algunos centros. Los motivos por los que se aconseja evitar esta práctica en el ámbito sanitario montrealés son varios e incluyen la protección de los intereses del menor, que no debería desatender sus responsabilidades (como ir al colegio, etc.) para intervenir como intérprete *ad hoc* en consultas ajenas y el estigma que puede llegar a causar dentro de una familia que un hijo menor interprete para sus padres, al alterar las relaciones de poder dentro de la misma, dado el mayor conocimiento lingüístico del hijo. Igualmente, destaca el hecho de que, cuando el propio usuario menor interviene interpretando para sus padres, puede llegar a esconderles información relevante por su propio interés, alterando el resultado de la consulta.

En otro orden de cosas, tanto en el ámbito sanitario barcelonés como en el montrealés, los usuarios pueden ser atendidos en su lengua (o en una tercera común) gracias a la intervención de miembros del personal del centro sanitario con la condición de bilingües. Cabe destacar que, en el caso de Barcelona, los conocimientos lingüísticos de estos profesionales son a menudo bastante básicos. Aun así, en Montreal se especifica que los profesionales bilingües suelen intervenir en conversaciones poco intrusivas (como las que posibilitan el registro de pacientes), dejando las conversaciones en consulta en manos de profesionales de la ISP. Como punto negativo, en Montreal se apunta que este

tipo de intervenciones hace que el profesional en cuestión desatienda, temporalmente, las funciones que le son propias, con tal de facilitar la comunicación interlingüística.

Igualmente, numerosos profesionales de la salud recurren, en ambos ámbitos sanitarios, a software informático que les facilita la comunicación con los usuarios alófonos, aunque, de acuerdo con lo expresado en Barcelona, el nivel de comodidad alcanzado con ellos resulta insuficiente. Mientras que en Barcelona los programas mencionados han sido el Universal Doctor y el Google Translate (también utilizado por algunos profesionales de la salud montrealenses para averiguar, por vía telefónica, informaciones puntuales), los profesionales de la salud de Montreal recurren también a aplicaciones de teléfonos inteligentes. Como aspectos positivos de dichas aplicaciones, los profesionales de la salud de Montreal destacan que éstas proporcionan una mayor rapidez, se eliminan las esperas impuestas por el tiempo que tarda el intérprete en llegar al centro sanitario. En cambio, como aspectos negativos subrayan que dichas aplicaciones obvian las diferencias culturales. Además apuntan que desconocen el nivel de lengua alcanzado, así como el grado de exactitud de las traducciones resultantes.

De entre todos los métodos de comunicación expuestos en este apartado, el más usado para atender a usuarios alófonos en ambas ciudades parece ser la intervención de un acompañante seguido, en ambas ciudades, por los servicios de ISP.

Pasando a hablar de la instauración de los servicios de ISP en el ámbito sanitario en ambas ciudades, cabe decir que éstos son fruto de una necesidad social. Sus orígenes se vinculan al aumento de los flujos migratorios que hicieron, de cada una de las ciudades analizadas, ciudades multiculturales, cuyos sistemas de salud empezaron a experimentar problemas en la comunicación con recién llegados alófonos. Montreal tuvo que hacer frente a dicha situación más de una década antes que Barcelona, con lo que sus servicios han ido evolucionando para dar respuesta a una situación que forma parte de la idiosincrasia de dicha ciudad desde los años 80. En Barcelona, en cambio, la ISP sigue siendo una realidad bastante reciente. En ambas ciudades, los orígenes de servicios de ISP han ido acompañados de iniciativas gubernamentales, aunque las montrealenses han tenido una mayor relevancia, llegando a amparar la ISP en la legislación.

En lo que respecta a Montreal, en 1986, se realizó la primera reforma de la Ley de Salud, en la que se reconoce el derecho de todo usuario a recibir servicios sanitarios en su lengua materna. Posteriormente, en 1989, el MSSS creó un organismo que vela por la adaptación y la adecuación de los servicios a las necesidades de la nueva sociedad multicultural. En este primer Plan de Acción, al que le siguió un segundo plan en 1993, se preveía la creación de Bancos de intérpretes que dieran solución a las situaciones de incomunicación que se habían empezado a experimentar en el ámbito sanitario de Montreal. Este proceso de adaptación dio sus primeros resultados en 1993, con la implantación de un servicio interregional de interpretación: el BII, cuya primera actuación oficial tuvo lugar en abril de 1993, aunque ya se habían realizado algunos trabajos puntuales de urgencia en 1992.

Si bien en otras ciudades se estaban implantando bancos de intérpretes locales, en Montreal se optó por un banco interregional dado que, por su posición geográfica, esta ciudad abastece de servicios de esta índole a ciudadanos de diferentes localidades cercanas. Así, en esta ciudad conviven desde hace décadas, un elevado número de lenguas, en las que el BII abastece de servicios de ISP.

En cambio, a pesar de que, a finales de los años 80 empezó a experimentarse un aumento de los flujos migratorios en Barcelona, no fue hasta entrada la década de los 90 que se empezó a tomar cartas en el asunto. En 1994 se empezaron a constituir los servicios de salud comunitarios y no fue hasta entrados en el presente siglo que se empezaron a expandir los servicios de mediación intercultural. La primera iniciativa gubernamental catalana vino el año 2006, con el Plan Director de Inmigración en el Ámbito de la Salud, que preveía la implantación de servicios de ISP. En el seno de dicho Plan, varias entidades colaboraron para poner en marcha un proyecto de mediación intercultural, entre las que destacan el IES, la Obra Social La Caixa y el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Esto se debe a que la iniciativa pública se limitó a diseñar un Plan Director que prevé la implantación de dichos servicios, pero dejó la gestión, la financiación y la prestación del servicio en manos de agencias externas. Así, con el tiempo, se han ido sumando al trabajo por la provisión de servicios de ISP diferentes asociaciones relacionadas con el ámbito de la inmigración (Probens, Salud y Familia, Equip de treball sobre Immigració i Salut, Ibn Batuta...), fundaciones (Bayt Al-Thaqaafa...), organizaciones (Barcelona Activa) o incluso empresas (EULEN). De este modo, el Departament de Salut facilita el acceso a servicios de ISP a los centros sanitarios barceloneses, quienes acogen profesionales de la ISP dependientes de entidades externas, de manera que, a pesar de no poseer ninguna relación contractual, se pueden beneficiar de sus servicios, ofreciéndoles un espacio físico donde trabajar, recursos de oficina y una persona de referencia a quien acudir en caso de necesidad.

Según constatan los informantes, los servicios de ISP barceloneses, tal como los presento en este estudio, se iniciaron entre 2008 y 2010, aproximadamente, aunque algunos centros ya contaban con servicios de ISP con anterioridad (desde 1994 en el caso de los agentes de salud comunitarios y aproximadamente desde el año 2000 en el caso de algunos mediadores interculturales).

A diferencia de Barcelona, a parte de las iniciativas públicas tomadas en Montreal, también se dieron, en dicha ciudad, iniciativas privadas, por parte de entidades sanitarias locales. Destaca, en este sentido, el servicio proporcionado por el SCIS del MCH, analizado en este estudio. Este servicio se inició en 1986, bajo la etiqueta de "Multiculturalismo". Ya desde sus inicios, prestaba servicios multiculturales a recién llegados y minorías étnicas (sobre todo comunidades aborígenes alófonas), dedicando muchos esfuerzos a facilitar la comunicación intercultural, con lo que la creación del SCIS no fue más que una extensión natural del trabajo que se estaba realizando.

Como vemos, al ser una ciudad de tradición multicultural y pionera en el campo de la ISP, Montreal se ha beneficiado de una legislación que, con el tiempo, ha ido

promoviendo y facilitando la instauración de servicios de ISP en el seno de su sistema sanitario. Si bien Barcelona ha podido favorecerse de iniciativas públicas, dada la poca experiencia en la materia, sus servicios están menos consolidados, con lo que presentan un grado menor de organización en comparación con los servicios montrealenses, que ya han encontrado su sitio dentro del Sistema de Salud.

Así, la necesidad comunicativa que dio lugar a la instauración de servicios de ISP se hizo patente al observar que algunos usuarios de los servicios sanitarios de ambas ciudades desconocían la realidad lingüística y cultural de las mismas, con lo que encontraban barreras que les impedían comunicarse con sus profesionales. Esto, en Barcelona fue instigado por el aumento de los flujos migratorios hacia la ciudad. Aunque en gran medida este también fue un factor que promovió la ISP en Montreal, en esta última ciudad ya se habían vivido experiencias de este tipo con ciudadanos autóctonos de origen amerindio, que experimentaban barreras de comunicación similares a la de los recién llegados.

La existencia de barreras en la comunicación en el ámbito sanitario puede llegar a suponer un aumento de errores o imprecisiones en los diagnósticos e incluso incumplimientos médicos generados a partir de la incompreensión. Igualmente, en Barcelona se explicita que la ausencia de servicios de ISP en una lengua dada puede aumentar el riesgo de exclusión de ciertas comunidades en el ámbito sanitario, dadas las barreras lingüísticas y culturales encontradas en la comunicación, que llegan a causar el rechazo de ciertos profesionales de la salud. De hecho, en ambas ciudades algunos profesionales de la salud han reconocido conocer casos en los que un profesional de la salud ha evitado tratar a un paciente con barreras lingüísticoculturales o lo ha hecho rápidamente y sin indagar en profundidad, al suponerle una molestia tratar a un usuario que no comprende.

En el ámbito sanitario montrealés, la ISP se reconoce como necesaria para la comunicación con los usuarios alófonos. Sus profesionales de la salud la consideran una herramienta esencial para la comunicación que permite asegurarse de que el mensaje sanitario es entendido, así como que el usuario alófono sepa moverse dentro del sistema sanitario. Sin embargo, aunque algunos profesionales de la salud barceloneses reconocen la importancia de la ISP como herramienta esencial para la comunicación con los usuarios que no dominan la lengua mayoritaria, no son pocos los que la tachan de capricho innecesario. Aunque cantidad de profesionales de la salud de Barcelona consideran los servicios de ISP innecesarios, la demanda es elevada tanto en hospitales como en CAP, llegando a solaparse algunos encargos, con el consecuente retraso de algunas consultas. Se observa, por lo tanto, que cuanto mayor es el conocimiento que el profesional de la salud tiene de la ISP, mayor es su valoración. Cabe destacar que, en la metrópolis canadiense, la ISP se observa como una herramienta que ayuda al profesional de la salud a ahorrarse problemas legales, dado que el derecho a estos servicios se encuentra amparado por la ley. Así, gracias a la ISP, los profesionales de la salud se aseguran de que su mensaje llega a buen puerto, evitando que los usuarios

alófonos tomen acciones legales contra ellos alegando falta de información relevante respecto a su caso particular.

Los profesionales de la ISP de Barcelona apuntan que en caso de que se extinguieran los servicios de ISP, se volvería a la situación inicial, en la que los usuarios volverían a no entender el mensaje médico, lo que afectaría negativamente a su salud y volvería a incrementar el número de visitas médicas perdidas por incompreensión.

En Montreal se ha observado que, si bien los profesionales de la salud necesitan de la ISP para tratar a usuarios alófonos, la necesidad de estos servicios es incluso mayor para los profesionales del ámbito sociopsicológico. Esto es así dado que, si bien los profesionales de la salud serían capaces de llegar a un diagnóstico basándose en exploraciones profundas de la sintomatología física gracias a la aplicación de diferentes pruebas médicas (a pesar de los esfuerzos y la inversión de tiempo y dinero), los profesionales de los ámbitos social y de salud mental necesitan comprender en profundidad los mensajes del usuario para tratar adecuadamente su problema.

La necesidad de este tipo de servicios se demuestra cuando se ven usuarios alófonos que los desconocen acompañados por intérpretes que han contratado de manera privada. Esto es una realidad en Montreal y, aunque no se explicita directamente, parece ser que también se da (en mayor o menor medida) en Barcelona, dado que algunos profesionales de la ISP aseguran tener experiencias en ISP de manera privada, acompañando a usuarios alófonos a diferentes servicios públicos.

En ambas ciudades, los profesionales de la salud considerarían conveniente la inserción de un equipo de profesionales de la ISP en las plantillas de los centros sanitarios, disponibles las veinticuatro horas del día, con tal de que se cubriesen todas las necesidades de ISP, incluso aquellas originadas en los servicios de urgencias. Sin embargo, los profesionales de la salud de ambos contextos opinan que la inserción de intérpretes de manera continuada sería más efectiva en los hospitales que en los centros de atención primaria, mientras que en estos últimos lo ideal sería disponer de profesionales de la ISP durante las horas de atención al público. No obstante, los profesionales de ambos contextos sanitarios coinciden en señalar que esta idea resulta bastante utópica, dados los recursos existentes desde que empezó la crisis económica y que se emprendieron acciones para reducir costes en el ámbito sanitario.

A pesar de lo expuesto, un elevado número de profesionales de la salud de ambas ciudades consideran suficientes los servicios de interpretación telefónica para cubrir las necesidades de ISP generadas fuera de horario, como servicio complementario al de la ISP presencial. Aun así, algunos profesionales de la salud barceloneses apuntan que la interpretación telefónica supone una pérdida respecto a los servicios presenciales.

El BII presta servicios de ISP tanto en inglés como en francés, con lo que cubre las necesidades tanto de centros de salud anglófonos como francófonos. Sin embargo, se ha demostrado que los centros pediátricos son los que más recurren a servicios de ISP. No en balde, el MCH dispone de su propio banco de intérpretes, aunque recurre a los

servicios del BII en caso de no poder cubrir todas las necesidades generadas en el hospital. Aunque no se ha podido averiguar en los otros centros, dadas las características de los servicios de ISP a los que recurren, en MCH se ha observado que, si bien las áreas más atendidas cuando se empezaron a proporcionar servicios de ISP eran áreas generales, en la actualidad las que generan mayor demanda son odontología, pediatría, la clínica multicultural y los servicios de urgencias. En Barcelona, si bien se necesitan servicios de ISP en todos los ámbitos de la medicina (al igual que en Montreal), los servicios médicos con mayor necesidad son los de enfermedades infecciosas, ginecología, urgencias o neonatología, seguidos de oncología, traumatología, cirugía y anestesia. Igualmente, destacan por su asiduidad los servicios de medicina general de los CAP y las consultas externas de los hospitales, así como los servicios de pediatría, endocrinología, traumatología, cirugía general, psiquiatría, cardiología, neurología y nefrología. Si bien en algunas áreas (como la de traumatología) la demanda ha decrecido, en otras (entre las que destaca la pediatría), la necesidad sigue siendo muy elevada.

Al hablar de cuál es su percepción de la necesidad comunicativa que requiere servicios de ISP, los profesionales de la salud de Barcelona proponen la realización de un estudio que determine cuál es la necesidad real de cada centro, con tal de poder tomar decisiones al respecto, asegurando que hoy por hoy no parece que la ISP represente una necesidad para los centros de salud barceloneses. Igualmente, sugieren, como posible solución, la creación de un cuerpo de profesionales de la ISP que preste servicios de este tipo a diferentes centros de salud de manera centralizada. Esta propuesta se asemeja a la manera en la que se imparten los servicios de ISP en la región sanitaria de Montreal, en la que un banco de intérpretes se organiza para cubrir las necesidades de los distintos centros sanitarios.

En lo que respecta a la financiación de los servicios de ISP, las diferencias son evidentes: mientras que en Barcelona estos servicios dependen de subvenciones y convocatorias públicas, en Montreal los gastos originados por la contratación de servicios de este tipo son sufragados por los centros sanitarios, aunque los honorarios de la Directora del BII vienen de manos de la ASSS. La mayoría de servicios ofertados en Barcelona se brindan por parte de alumnos en prácticas del curso de mediación de la Obra Social la Caixa, gracias a la financiación de dicha entidad, aunque también se encuentran profesionales de la ISP que trabajan para empresas externas al sector sanitario, aunque no se ha especificado quien se encarga de su financiación. En lo que concierne a los servicios del BII, cabe mencionar que éste se encarga de gestionar los encargos, facturar a la institución que los emite y hacer llegar los salarios de los intérpretes. Todo ello es posible gracias a la elaboración por parte de los profesionales de la ISP de un formulario descriptivo de los servicios prestados, que es firmado tanto por el profesional de la ISP como por el de la salud en el momento de la interacción y enviado posteriormente al BII. Cabe destacar que hasta alrededor del 2003, el BII entregaba la totalidad de sus ingresos a los profesionales de la ISP, dado que la ASSS asumía los gastos de coordinación del Banco, su equipamiento y los gastos ocasionados

por el desarrollo del *software* informático necesario para gestionar los encargos. No obstante, a raíz de la necesidad de ampliar el personal de oficina del BII, el 10 % de los ingresos se empezó a destinar a pagar los honorarios de dichas personas, con lo que el precio de estos servicios también se incrementó en un 10 %. Si bien los centros sanitarios denuncian el coste que estos servicios les generan, un estudio realizado por responsables del BII demuestra que éstos representan un 0,002 % del presupuesto anual destinado a la salud.

En ambas ciudades, ante la necesidad de servicios de interpretación fuera del horario de los servicios de ISP, se recurre a menudo a servicios de interpretación telefónica. En Barcelona, se utilizan los servicios del Departament de Salut, conocidos en el momento de la recogida de datos por el nombre Sanitat Respon. En Montreal, en cambio, las interpretaciones telefónicas vienen de manos de intérpretes del BII y, a poder ser, de un profesional de la ISP que esté familiarizado con el caso concreto que se trata. No obstante, se desconoce si estos servicios son utilizados por todos los centros, dado que en ocasiones las consultas de urgencia o las realizadas fuera del horario de disponibilidad de los intérpretes se realizan, como avanzábamos al inicio de este capítulo, aplicando otros métodos de comunicación, como la intervención de un acompañante. Aun así, los profesionales de la salud montrealeses se muestran más partidarios del recurso a servicios de interpretación telefónica para cubrir necesidades urgentes o fuera de horario, al igual que sucede en Barcelona, en donde algunos profesionales de la salud llegan a considerar la interpretación telefónica un recurso que cubre todas sus expectativas, en detrimento de la ISP presencial. Aun así, la mayor parte del personal sanitario barcelonés atribuye una mayor comodidad y, a menudo, una mayor efectividad a los servicios de ISP presenciales.

En lo que respecta a la difusión de los servicios ofertados, en Barcelona recae en las manos de los propios profesionales de la ISP, aunque los diversos centros sanitarios se ocupan de colgar carteles para su promoción. En Montreal, en cambio, la difusión viene de manos de las instituciones que ofertan estos servicios (es decir, el BII y el SCIS). En esta línea, el BII se encargó de la distribución en los diferentes centros de material escrito y audiovisual acerca del trabajo en ISP y sus especificidades. Por su parte, el SCIS anuncia sus servicios en el MCH con carteles, etc. (al igual que lo hacen algunos centros barceloneses). Aun así, ante la inexperiencia de usuarios o profesionales de la salud en ISP, los profesionales de la ISP de ambas ciudades se encargan de explicar en qué consisten sus servicios y cómo utilizarlos para sacarles el mejor partido.

En cuanto a la demanda de servicios de ISP, cabe comentar que se ha dado de manera heterogénea. Si bien en Barcelona en un primer momento ésta se disparó, movida por el crecimiento de los flujos migratorios, llegó un momento en el que se estabilizó e incluso ha llegado a decrecer en ciertas unidades sanitarias. Sin embargo, se ha observado que la demanda de servicios de ISP es mayor que la oferta en contexto barcelonés. Parece ser que el uso de estos servicios guarda una estrecha relación con el conocimiento que de ellos se tiene en el ámbito sanitario, así cuanto más se conocen, mayor es la demanda. Esto es así en ambas ciudades. De hecho, en Montreal, la demanda de

servicios de ISP se ha ido incrementando a medida que éstos se han ido conociendo en profundidad. Otro factor que ha impulsado el uso de estos servicios ha sido el aumento de la inmigración, cuyas fluctuaciones han hecho variar las características de la demanda (en cuanto a lenguas, etc.). Estas fluctuaciones hacen que se den periodos de tiempo en los que la demanda de una lengua dada sea mayor que la oferta, mientras que en otros periodos de tiempo haya poca demanda de la misma lengua. Sea como fuere, en ambas ciudades la crisis económica ha afectado negativamente a los servicios de ISP, dadas las restricciones aplicadas o pendientes de aplicación en sus respectivos ámbitos sanitarios, lo que ha llevado a reducir el uso de servicios de ISP. Así, se advierte en el momento de la recolección de datos la posible extinción tanto de la mayoría de servicios de ISP ofertados en Barcelona como de los del SCIS del MCH. Igualmente, se pone de manifiesto la disminución del uso por parte de algunos centros sanitarios de los servicios del BII.

Al analizar la disponibilidad de los servicios de ISP, se observa que en Barcelona resulta insuficiente dada la necesidad, mientras que en Montreal suele percibirse como suficiente salvo en situaciones puntuales, sobre todo en los servicios de urgencia. La disponibilidad horaria de los servicios de ISP barceloneses es bastante reducida, lo que imposibilita el acceso a ellos durante largos periodos de tiempo, llegando a estar disponibles en algunos centros de salud únicamente un día a la semana, llegando al extremo de tener que aplazar consultas consideradas urgentes. Estos horarios se han visto reducidos con el tiempo, sobre todo como consecuencia de los recortes aplicados en sanidad. No es de extrañar que los profesionales de la salud se muestren partidarios de ampliar el horario de dichos servicios, puesto que resultan insuficientes. La jornada laboral media de los profesionales de la ISP barceloneses no suele exceder las cuatro horas, aunque la dedicación temporal varía en función del profesional. Sin embargo, la carga de trabajo de los profesionales de la salud llega en ocasiones a exceder sus posibilidades, pues los usuarios alófonos, conocedores de sus horarios, llegan a aglutinarse en los centros sanitarios en dichos horarios, lo que indudablemente afecta al estrés del profesional de la ISP. Cabe destacar que las horas de disponibilidad de los servicios de ISP disponibles en Barcelona no dependen de los centros sanitarios, sino que vienen acordadas por el CatSalut. En cambio, en el ámbito sanitario montrealés, los servicios de ISP tienen una disponibilidad mayor. El BII oferta sus servicios de manera que están disponibles en todo momento, atendiendo incluso servicios de urgencia fuera del horario habitual e incluso en días festivos o durante los fines de semana. Sin embargo, los servicios que atiende a modo de urgencias suelen ser bastante escasos, pues muchos usuarios alófonos acuden a este tipo de visitas acompañados de alguien considerado capaz de facilitar la comunicación del usuario con los profesionales de la salud. Igualmente, algunas instituciones recurren a servicios de interpretación privados en caso de urgencia. En lo que concierne al SCIS, cabe destacar que el MCH no considera necesario ofrecer un servicio de ISP ininterrumpido, dado que éste recurre a los intérpretes del BII en caso de necesidad, aunque los profesionales de sus servicios de urgencias denuncian la falta de disponibilidad de los servicios de ISP en este hospital en horario nocturno.

En lo que concierne a la cobertura lingüística, se ha observado que en Barcelona, los idiomas ofertados no se corresponden con los principales idiomas de la inmigración. Esto es debido a que, en el momento de decidir qué lenguas se prestarán en los servicios de ISP, se tienen presente las lenguas que dominan las personas disponibles para trabajar en ellos. De hecho, en ambas ciudades, las lenguas ofertadas suelen coincidir con las lenguas maternas de los profesionales de la ISP, aunque algunos de ellos también prestan servicios en terceras lenguas. Sin embargo, en Barcelona, los servicios prestados en una lengua diferente a la materna del profesional de la ISP no se consideran servicios de mediación intercultural, dado que el trasvase cultural no se realiza, limitándose la intervención del profesional de la ISP al mero trasvase lingüístico. Así, los idiomas ofertados de manera más recurrente en el ámbito sanitario barcelonés parecen ser el árabe y el chino, seguidos del urdú. A pesar de lo comentado anteriormente, estas tres lenguas parecen coincidir con las lenguas predominantes entre la población inmigrante. Sin embargo, a ellas se unen lenguas muy dispares, como el wolof, el hindi, el punjabi, el taiwanés, el rumano o incluso el español, siendo el número de lenguas ofertadas en los diferentes servicios de ISP barceloneses muy heterogéneo. En cambio, en Montreal, los servicios prestados por el BII y el SCIS no se centraron en unas lenguas concretas a la hora de crear sus servicios, con tal de evitar exclusiones que, al parecer, llegan a ocurrir en Barcelona, al no proporcionar servicios en ciertas lenguas por falta de personas interesadas en proporcionar este tipo de servicios. Aun así, desde el BII se reconoce la falta de disponibilidad en algunas lenguas (como el uigur), dada la escasa o nula necesidad de dichas lenguas en Montreal.

Mientras que los servicios de ISP montrealeses se ofertan tanto en francés como en inglés y entre dichas dos lenguas (entre muchas otras), los servicios barceloneses únicamente se prestan en español, dado que si bien la mayoría de profesionales de la ISP entienden el catalán, no lo suelen utilizar activamente. Además, como se avanzaba, un reducido número de centros ofrecen servicios de ISP en español, aunque van más destinados al trasvase cultural (destinado a personas procedentes de América Latina) que al lingüístico.

En otro orden de cosas, aunque la mayoría de usuarios encuestados en ambas ciudades niega haberse encontrado con profesionales de la ISP que no hablasen su misma lengua o dialecto, los datos obtenidos en las diferentes entrevistas ponen de manifiesto una escasez en la cobertura lingüística de los servicios de ISP barceloneses, que insta a una ampliación de los mismos. En cambio, en la ciudad de Montreal se gestiona la fluctuación de las lenguas disponibles en función de las características de los flujos migratorios, ofreciendo servicios extra en ciertas lenguas cuando se asevera necesario. No obstante, cabe destacar que las lenguas predominantes en la ciudad, que ocupan entre el 75 % y el 80 % de la demanda, no suelen variar, de manera que predominan lenguas como el español, el chino, el árabe, el vietnamita, el tamul, el hindi, el punjabi o el urdú.

Pasando ahora a comparar el nivel de satisfacción alcanzado por los diferentes perfiles de un modo u otro relacionados con la ISP, vale la pena comentar cuál es la satisfacción de los usuarios, así como el de los profesionales de la ISP y de la salud. En ambas

ciudades, los usuarios se reconocen satisfechos tanto con la intervención de profesionales de la ISP como con la de sus propios acompañantes. Igualmente, los profesionales de la ISP parecen encontrarse satisfechos con su trabajo en ambos contextos, si bien en Barcelona se reconoce la necesidad de crear una estructura de servicios de ISP más organizados. Lo mismo ocurre con los profesionales de la salud de ambas ciudades, quienes se reconocen satisfechos con los servicios a su disposición, aunque en ambos casos dicho sentimiento es bastante personal y varía de un profesional de la salud a otro. Los profesionales de la salud de Barcelona consideran que la ISP es un recurso cómodo y útil, a pesar de sus puntos negativos (como pueden ser sus limitaciones horarias). Igualmente, algunos profesionales de la salud de ambas ciudades aseguran que les ha costado adaptarse al uso de este tipo de servicios, dado que alarga el tiempo de consulta.

La percepción de la calidad de los servicios de ISP por parte de la dirección de los centros de salud parece ser positiva en ambos contextos. Aun así, la dirección de los diferentes centros de salud suele mantenerse distante a los servicios de ISP. En Barcelona, el hecho de que los servicios de ISP se hayan ido manteniendo sin alterarlos lo más mínimo se interpreta como muestra de que la dirección de los centros de salud los reconocen como necesarios, aunque se subraya el desinterés de los centros en invertir en servicios de este tipo, alegando que estos tienen otras preferencias movidas por factores meramente económicos. No obstante, en ambas ciudades, los servicios de ISP parecen proporcionar seguridad a la dirección de los diferentes centros sanitarios, evitando o solucionando problemas causados por cierto nivel de incompreensión. En el caso del MCH, en Montreal, costó convencer a la dirección de la necesidad de instaurar servicios de este tipo, aunque en la actualidad son muy valorados, a pesar de que desde las altas esferas del centro se desconoce todo el trabajo realizado en materia de ISP. No obstante, cabe apuntar que, al igual que ocurre en los centros sanitarios barceloneses, la dirección del MCH tiene otras prioridades actualmente. Tanto es así que en el MCH, así como en muchos centros de salud de Barcelona, se señala que las restricciones económicas que se están aplicando en materia de salud podrían llevar a la extinción de estos servicios. De hecho, en Montreal, por lo general, los profesionales de la salud consideran los servicios de ISP relativamente caros, aunque reconocen su funcionalidad. En lo que concierne la percepción de la calidad de los servicios de ISP por parte de los propios profesionales de la ISP, cabe mencionar que ésta es muy personal y varía en función de dónde y con quién trabajan. Por norma general, parece que los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés consideran prestar unos servicios de calidad y se sienten satisfechos tanto a nivel personal como profesional. Lo mismo les ocurre a los de Montreal, quienes, conscientes de la importancia de su trabajo, se sienten útiles en contexto sanitario y orgullosos de su aportación, aunque los más experimentados podrían señalar aspectos mejorables en sus servicios. Por su parte, los profesionales de la ISP barceloneses se muestran muy motivados y dispuestos a trabajar con eficacia, a pesar de que sus expectativas iniciales se han visto truncadas por una realidad diferente, que hace decrecer la satisfacción profesional de los mismos y, con ella, su percepción de la calidad de los servicios ofertados. Con todo, resulta innegable la necesidad de normalizar

la situación de los profesionales de la ISP dentro del sistema sanitario barcelonés, lo que fomentaría la satisfacción profesional de los mismos. La percepción de la calidad de los servicios de ISP de ambas ciudades suele ser bastante buena. Por norma general, los usuarios se muestran agradecidos de disponer de servicios de este tipo. De hecho, en ambas ciudades el número de usuarios de los mismos es elevado y se muestran más cómodos cuando los tienen. En Montreal, los usuarios que cuentan con servicios de ISP en el ámbito sanitario se reconocen más autónomos que sin ellos. Aun así, en ambas ciudades, su opinión respecto a la ISP varía en función de diferentes factores, que incluyen aspectos extrínsecos a la conversación, como la situación del país del usuario, el sexo del profesional de la ISP, su pertenencia a la comunidad del usuario, etc. Finalmente, los profesionales de la salud de ambos contextos consideran los servicios de ISP recibidos de calidad y de elevada importancia para el sector sanitario, por lo que son muy valorados. Sin embargo, en ambas ciudades se dan reticencias en el uso de estos servicios por parte de algunos profesionales de la salud, con lo que se podría afirmar que, dicha valoración, se da de manera heterogénea entre el personal sanitario.

Los servicios de ISP han demostrado aportar pingües beneficios a sendos ámbitos sanitarios, tanto a nivel de centro sanitario como para sus profesionales, sus usuarios y la relación entre ambos, como para la sociedad. Aunque en Barcelona se tiende a señalar el papel no intrusivo de la ISP en la conversación trialógica, en ambas ciudades se han señalado sus grandes aportaciones a la mejora de la relación del profesional de la salud para con el usuario inmigrante, reduciendo los malentendidos entre las partes e impulsando la eficacia del trabajo del profesional de la salud. Todo ello es posible al facilitar un acercamiento cultural (con la consecuente rotura de posibles prejuicios y el incremento del entendimiento mutuo, al darse también una mayor empatía de los profesionales de la salud con usuarios alófonos), un mayor éxito en la comunicación, un incremento de la comodidad de los participantes de la conversación trialógica y de la confianza entre ellos, así como de los sentimientos de tranquilidad y seguridad y el decrecimiento de la frustración entre las partes. Igualmente, estos servicios han conllevado una mejora de la calidad asistencial, posibilitando un trato más acorde a las necesidades del usuario alófono, dada la comprensión de las diferencias culturales y la adaptación del trato sanitario a las mismas. Esto ha supuesto una mejora en los diagnósticos, así como en el seguimiento de los tratamientos y un aumento de los resultados positivos de los cuidados administrados a usuarios alófonos (disminuyendo los riesgos médicos), fruto de una mayor colaboración entre las partes, dado el incremento de la fluidez del diálogo establecido. Esto representa también una mayor prevención de enfermedades, tanto entre la población alófona como en la sociedad en general. Además, la ISP ha permitido un acceso más fácil a los servicios sociosanitarios para los usuarios que no dominan las lenguas mayoritarias del lugar, así como la optimización del uso de los recursos sanitarios. Como consecuencia de todo ello, los usuarios han ganado confianza en sendos sistemas sanitarios.

Además, estos servicios han logrado reducir el tiempo y los esfuerzos invertidos en la comunicación, con lo que ha aumentado la satisfacción del personal sanitario. Esto se debe a que la sensación del trabajo bien hecho es mayor. Asimismo, han permitido a los

profesionales de la salud de ambas ciudades atender a un mayor número de usuarios, de lo que se benefician también los centros sanitarios. La ISP es vista por la sociedad como un valor añadido a los centros, de manera que, con estos servicios, los centros ganan reconocimiento entre la población, tanto inmigrante como autóctona, dado que demuestran esfuerzos por adaptarse a los cambios sociales, lo que promueve a los centros de salud entre la población usuaria alófono. Asimismo, la ISP acerca a los usuarios alófonos a las instituciones sociosanitarias, lo que contribuye a la independencia de los mismos. Aun así, estos servicios han motivado todo tipo de reacciones en Barcelona, siendo éstas tanto positivas como negativas. En ambas ciudades se considera la ISP como un vehículo hacia la integración de personas alófonas en la sociedad mayoritaria, pues promueve la convivencia pacífica de la población inmigrante y la autóctona. Con todo, la ISP ha contribuido a que los usuarios alófonos aprecien más los servicios sociosanitarios de la sociedad de acogida, sintiéndolos como propios, pues además de todo lo expuesto, se ha conseguido que estos usuarios comprendan mejor los servicios a su alcance y el funcionamiento de los mismos. Así, se ha conseguido reducir el número de visitas improductivas, innecesarias o incluso perdidas. Los servicios de ISP ofertados en ambas ciudades intentan respetar a la infancia y a las necesidades del menor, evitando que se haga intervenir a menores de edad como intérpretes *ad hoc*. Del mismo modo, velan por el respeto a la confidencialidad en materia de salud, al prescindir de terceras personas no sujetas a un secreto profesional. Igualmente, rompen el aislamiento de las personas alófonas en el ámbito sanitario, permitiéndoles establecer una relación con la cultura receptora. Por último, cabe destacar que la ISP fomenta la autonomía del usuario alófono respecto al cuidado de la propia salud, al no tener que recurrir a una persona de su entorno para comunicarse con los profesionales de la salud, pues gracias a la intervención del intérprete puede usar su propia lengua en las consultas médicas, lo que incrementa las posibilidades de que planteen las dudas e inquietudes que les puedan surgir.

Para finalizar este apartado, señalaré los aspectos en los que los servicios de estas ciudades pueden mejorar. En la ciudad de Barcelona se sugiere realizar un estudio de la necesidad de manera previa a la incorporación de posibles cambios, con tal de tomar decisiones acordes a la realidad de cada centro. Aun así, se sugieren posibles aspectos a mejorar, observables a partir de la práctica, que engloban aspectos como la optimización de las condiciones laborales de los profesionales de la ISP y de los recursos disponibles para su trabajo. En este sentido, en Barcelona se resalta la conveniencia de contar con un superior jerárquico encargado de supervisar y seguir el trabajo de estos profesionales. En Montreal, se sugieren un aumento de salario, además de un mayor acceso a un servicio de psicología y la facilitación de credenciales que les identifiquen como profesionales de la ISP, de bibliografía relacionada con su trabajo, así como de un amplio espacio de trabajo. Ambas ciudades coinciden en la propuesta de creación de un foro de profesionales de la ISP que favorezca el intercambio de experiencias, a lo que en Montreal se añade la posibilidad de ampliar dichos foros también al diálogo con profesionales de la salud. Asimismo, en Barcelona se subraya la necesidad de ampliar la disponibilidad horaria de estos servicios, así como su cobertura lingüística. También se

insiste en que convendría aunar esfuerzos para incrementar la conciencia multicultural y potenciar el uso de estos servicios, así como prestar un servicio más individualizado al usuario alófono. Además, los profesionales de la salud sugieren que los profesionales de la ISP deberían ampliar sus conocimientos médicos en pro de la fluidez del trabajo conjunto. A colación de lo anterior, en ambas ciudades se menciona la necesidad de ampliar las ofertas de formación continua. Igualmente, en Montreal se destaca la necesidad de reglar los estudios en ISP conforme a las exigencias de la profesión, de tal manera que una institución se encargara de reglar dicho aspecto de la ISP y crear una acreditación formal específica para sus profesionales, que incluyera una capacitación por idiomas. En cambio, en Barcelona se asegura que antes de esto, esta ciudad necesita llegar a un consenso acerca del perfil de profesional que convendría establecer. Por otro lado, ambas ciudades insisten en la conveniencia de incrementar la difusión de los servicios disponibles con tal de incrementar su uso por parte del personal sanitario. Si bien algunos profesionales de la salud barceloneses comentan que convendría introducir a los profesionales de la ISP en la plantilla del centro o solicitar intérpretes externos según las necesidades de cada departamento, dado que algunos opinan que la demanda no es suficiente como para mantener unos servicios de dichas características, se propone la creación de un cuerpo de intérpretes externos que puedan abastecer de servicios de ISP a diferentes centros de salud bajo demanda, a cambio de los honorarios pertinentes. Dicha idea se asemeja mucho a la de los bancos de intérpretes establecidos en Canadá, como el BII de Montreal. En este sentido, en Barcelona se insta a la creación de una estructura sólida para los servicios de ISP, cuya carencia se considera el origen de muchos de los problemas de dichos servicios. En cambio, en Montreal, si bien algunos sugieren ampliar el número de intérpretes disponibles, los profesionales de la ISP se muestran más partidarios de limitar los profesionales de cada lengua, aspecto por el que se esfuerza la dirección del BII. Igualmente, se sugiere la conveniencia de aumentar el personal de oficina en pro de la inmediatez de respuesta ante los encargos, aunque el BII trabaja en solucionarlo con un sistema de solicitudes online. Además, se propone incrementar la exigencia de los criterios de selección de profesionales de la ISP, evaluar su trabajo y aumentar su formación en terminología de especialidad.

### **5.3. ¿Cuáles son las similitudes y las diferencias existentes entre los servicios de ISP de los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?**

Mientras en Barcelona, aquellos centros que cuentan con servicios de este tipo tienen un reducido número de profesionales de la ISP que, destinados a ellos, trabajan únicamente en el ámbito de la salud contratados por entidades externas, en Montreal, el BII presta servicios de ISP a las diferentes instituciones del ámbito de la salud, los servicios sociales y la educación. A pesar de tener a su disposición dichos servicios, el MCH cuenta con su propio servicio transcultural (el SCIS) en donde también se ofrecen servicios de ISP, además de formación y asesoramiento en multiculturalidad.

Otra diferencia evidente entre los servicios prestados en ambas ciudades reside en el perfil profesional que se ha potenciado en cada una de ellas. Si bien en Barcelona encontramos dos perfiles profesionales en los servicios presenciales de ISP en el ámbito sanitario (mediador intercultural vs. agente de salud comunitario), lo que pone de manifiesto una falta de consenso al respecto, Montreal defiende el perfil profesional de intérprete cultural. Para comparar los tres perfiles mencionados, basta con comentar cuál es la función principal de cada uno de ellos. Veámoslo en la siguiente tabla:

Perfil profesional en ISP	Funciones principales
Mediador intercultural	Facilitar la comunicación entre el profesional y el usuario, realizando una interpretación de los diversos códigos culturales
Agente de salud comunitario	Facilitar la comunicación entre las partes de la conversación a tres en el ámbito sanitario.  Desarrollar actividades de promoción de la salud.  Proporcionar asesoramiento sanitario.
Intérprete cultural	Facilitar la comunicación entre el profesional y el usuario, interpretando tanto el lenguaje verbal como el no verbal, así como los diferentes signos culturales, sin interferir en la conversación.

**Tabla 17. Perfiles profesionales en ISP y sus funciones.**

Como se puede observar, los perfiles de mediador intercultural e intérprete cultural se asemejan mucho si tenemos presente que su función principal es la misma, a diferencia del perfil de agente de salud comunitario, cuyas funciones van más allá, convirtiéndose, por una parte, en un puente entre los servicios de salud y la comunidad con la que trabajan y, por otra, actuando de emisor de ciertos mensajes emitidos en contexto médico (responsabilidad que no corresponde a ninguno de los otros dos perfiles). A pesar de tener una misma función principal que los intérpretes culturales, los mediadores interculturales en Barcelona se ven como un perfil profesional que presenta un valor añadido frente al del intérprete. Dicha creencia se justifica argumentando que se añade al trasvase lingüístico un trasvase cultural. Sin embargo, sigue siendo lo mismo que en Montreal realizan los intérpretes. A estas diferencias añadiremos las formativas, aunque entraré en mayor detalle al respecto dar respuesta a la pregunta 4.2. Sea como fuere, los mediadores interculturales y los intérpretes culturales coinciden en el hecho de

mantenerse al margen de la conversación, al no tomar parte activa en la conversación ni en la toma de decisiones de la consulta trialógica, aspecto que los diferencia de los agentes de salud comunitarios. Aun así, se observa una diferencia obvia entre estos dos perfiles al observar el resto de sus funciones, dado que los mediadores interculturales se encargan de labores comunitarias (como acompañamientos, dinamización del tejido asociativo, etc.), aspecto que queda fuera de las funciones de los intérpretes culturales.

Cabe destacar que los intérpretes culturales también reciben el nombre de intérpretes sociales (*interprètes en milieu social*, en francés, y *community interpreters*, en inglés), aunque este apelativo tiene sus partidarios y sus detractores, incluso entre los propios profesionales de la ISP. Sus detractores muestran su descontento argumentando que sus intervenciones como profesionales de la ISP del BII van más allá de lo estrictamente social, llegando a tratar temas de una especialidad compleja. Igualmente, es necesario mencionar que los intérpretes del BII también presentan diferencias con los intérpretes del SCIS, a pesar de pertenecer a un mismo perfil profesional, acercándose un poco más estos últimos, en algunos aspectos, a los mediadores interculturales barceloneses. De hecho, los intérpretes del SCIS hacen especial hincapié en señalar la importancia de la mediación intercultural en su trabajo, asegurando que ahí recae una de las principales diferencias que los distingue de los intérpretes del BII. Así, tanto los intérpretes del SCIS como los mediadores interculturales coinciden en señalar que la amplitud de sus funciones les asemeja a los trabajadores sociales, cosa que no ocurre con los intérpretes del BII. De hecho, la Directora del BII asegura que el trabajo de los profesionales de la ISP se limita a interpretar, argumentando que los profesionales de la ISP no son educadores sanitarios e insistiendo en que su trabajo se ciñe a la transmisión del mensaje del profesional a la lengua del usuario y viceversa, interviniendo para mediar entre culturas únicamente cuando esto es estrictamente necesario.

Una vez comparados los tres perfiles profesionales, pasaré a comentar cuáles son las funciones que se atribuyen a los profesionales de la ISP en ambas ciudades. Para ello, cabe recordar que en ambos contextos se observa que las funciones de estos profesionales no están del todo claras para los interlocutores ni para los propios profesionales de la ISP, con lo que se manifiesta la necesidad de perfilarlas mejor y que estas sean reguladas oficialmente. Sin embargo, cabe mencionar que la situación presenta una mayor heterogeneidad en Barcelona que en Montreal.

Tanto en Barcelona como en Montreal, los intérpretes asumen otras funciones a parte de la de interpretar. Aunque muchos de ellos no desarrollan actividades no relacionadas con la comunicación entre un profesional de la salud y un usuario alófono, se enumeran tanto en Barcelona como en Montreal algunas funciones no relacionadas con la comunicación (aunque en la metrópolis canadiense, éstas son más propias de los intérpretes del SCIS que de los del BII). Las funciones que se atribuyen a estos profesionales en contexto sociosanitario barcelonés y montrealés engloban tareas de interpretación, mediación en caso de posible malentendido cultural, acompañamientos (ya sean estos internos o externos al sistema sanitario), orientación cultural (tanto dentro como fuera del sistema sanitario), traducción y adaptación de material médico escrito y el registro de las

intervenciones realizadas. Además, en Barcelona los profesionales de la ISP se encargan también de difundir sus servicios. Igualmente, tanto en Barcelona como en Montreal, a menudo se les solicitan actividades que se escapan de las propias de su perfil profesional, entre las que destacan el apoyo personalizado al usuario alófono, actividades de administración, el contacto con diferentes instituciones en nombre del usuario alófono, la elaboración de actividades educativas, la realización de pruebas médicas o la localización y el seguimiento de los usuarios alófonos. Además de las ya enumeradas, algunos profesionales de la ISP barceloneses se ocupan de la elaboración de actividades comunitarias, de la facilitación de encuestas o la prestación de explicaciones médicas y consejos sanitarios, aunque esta última función únicamente recae sobre los agentes de salud comunitarios. Por su parte, algunos profesionales de la ISP montrealeses redactan informes, asisten a los usuarios a la hora de rellenar informes, etc., aunque cabe señalar que las funciones añadidas a las facilitadoras de la comunicación suelen recaer en los profesionales del SCIS y ya no tanto en los del BII.

En lo que concierne la mediación intercultural, cabe destacar que ésta parece ser una práctica más común en Barcelona que en Montreal. De hecho, mientras que un 25,74 % de los usuarios encuestados en Barcelona niega haber recibido explicaciones culturales de parte de los profesionales de la ISP, el mismo porcentaje para Montreal asciende a un 66,67 %. Mientras que, como avanzábamos, la mediación frente un posible malentendido cultural se ve valorada como un aspecto muy positivo del trabajo del mediador intercultural barcelonés, a favor de su perfil profesional, al igual que en el SCIS en Montreal, en el BII se considera una tarea peligrosa. Esto se debe a que, según las creencias del BII, resulta complicado establecer los límites acerca de cuándo se debe mediar entre culturas y cuando dicha práctica es innecesaria y da pie a la inserción de estereotipos o ideas prefijadas no representativas del individuo que se trata en la consulta, lo que dificulta el trabajo. Además, algunos profesionales de la ISP montrealeses (en ocasiones con estudios relacionados con las interacciones humanas, como la antropología), consideran que los conocimientos culturales que poseen no son suficientes para realizar este tipo de mediaciones. En cambio, la falta de conocimientos no se menciona en Barcelona. Sea como fuere, es por su función de mediación intercultural que tanto los mediadores interculturales como los intérpretes culturales reciben estas denominaciones.

En lo que respecta a la función de acompañamiento, mientras que los profesionales de la ISP de los demás servicios se encargan de acompañar a los usuarios de manera habitual, los del BII se esfuerzan por no quedarse a solas con ellos, con tal de evitar fallar a su código ético. Además, mientras que en Barcelona y el SCIS parece ser que no todos los profesionales de la ISP se reconocen capacitados para realizar traducciones escritas dada su formación, los profesionales del BII tienen entre sus funciones la de realizar este tipo de tareas cuando se les solicita.

Los profesionales de la ISP barceloneses aseguran que la comprensión de sus funciones por parte del personal sanitario depende del uso que éste haga de sus servicios, de manera que a más experiencia en ISP, mayor será la comprensión de dichas funciones.

Tanto los profesionales de la ISP de Barcelona como los de Montreal, aunque el número elevado de profesionales de la salud y de usuarios que comprenden las funciones de los profesionales de la ISP es elevado, muchos otros no alcanza a comprenderlas totalmente. Sin embargo, esta falta de comprensión parece ser mayor en Barcelona que en Montreal, donde la falta de delimitación formal de las funciones de los profesionales de la ISP aludida anteriormente llega a generar (al igual que en Barcelona) un eventual mal uso de estos servicios por parte de algunos profesionales de la salud, quienes descuidan la función de mediación intercultural, centrándose en el puro trasvase lingüístico. Además, en ambas ciudades, las expectativas irreales acerca de la intervención de un intérprete (tanto en profesionales de la salud como en usuarios) hacen que se les soliciten en ocasiones tareas que no les corresponden, generando a menudo un consecuente malestar para todos los involucrados si el profesional de la ISP se niega alegando que se escapa de sus fronteras profesionales. En este sentido, cuando alguno de los participantes en una visita médica mediada presenta dudas acerca del rol del intérprete, en ambas ciudades, éste último se encarga de realizar las explicaciones pertinentes. Cabe destacar, para finalizar, que la falta de conocimiento de las funciones reales de los profesionales de la ISP barceloneses hace que en ocasiones los profesionales de la salud de la capital catalana se vean amenazados por la posibilidad de que éstos se inmiscuyan en su trabajo, invadiendo las suyas, por lo que algunos se muestran reticentes al uso de sus servicios.

### **5.3.1. ¿Cómo se prestan los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?**

La situación comunicativa en ISP cuenta con participantes primarios (el profesional de la salud y el usuario) y secundarios (el profesional de la ISP). Sin embargo, cabe destacar que en Barcelona, a menudo, la condición de secundario del profesional de la ISP se ve descuidada, dadas las funciones que desempeña y las actitudes que éste toma en la interacción. Esto ocurre, principalmente, con los agentes de salud comunitarios, pues participan de manera activa de la conversación médica. Aun así, se ha observado que algunos mediadores interculturales e intérpretes del SCIS han llegado a incurrir en dicha práctica.

Los profesionales de la salud que utilizan estos servicios son profesionales de todo tipo dentro del sistema sanitario, siendo su frecuencia de uso proporcional al número de profesionales de cada perfil, así como a la cantidad de usuarios alófonos que atienden. Se da una manera especial de trabajar con los trabajadores sociales, pues los profesionales pueden trabajar de dos maneras distintas en sus consultas, ya sea como facilitadores de la comunicación o como comediantes, bajo la dirección del trabajador social, en cuyos casos, las funciones del profesional de la ISP se llegan a solapar con las del trabajador social. En lo que respecta a los profesionales de la salud de Montreal, cabe señalar que, dado que no todos ellos tienen un dominio suficiente del inglés y el francés, se necesita de la ISP también para las combinaciones lingüísticas entre estas lenguas.

Los usuarios de los servicios de ISP de Barcelona suelen ser personas de origen extranjero inmigradas a la ciudad, mientras que si bien los de los servicios montrealenses también son en gran número personas inmigrantes, también se encuentran personas de origen canadiense, dado que sus servicios no se imparten únicamente en las lenguas de la inmigración sino también, como comentábamos, entre las dos lenguas oficiales e incluso en lenguas indígenas habladas por las poblaciones amerindias canadienses. La variedad de usuarios es, en ambas ciudades, bastante heterogénea por lo que respecta a su edad, sexo, estatus social, nivel de estudios, etc., aunque por norma general parece haber un predominio de mujeres en ambas ciudades. Si bien algunos presentan un dominio básico de las lenguas locales, éste no resulta suficiente para comunicarse en contextos de especialidad (a pesar de la opinión contraria de algunos profesionales de la ISP). Mientras que los usuarios de los servicios de ISP barceloneses suelen presentar un nivel de instrucción y un estatus social más bien bajos, en Montreal éstos resultan bastante heterogéneos. Además, se hace constar que los idiomas más necesitados varían con el tiempo, en función de los flujos migratorios. De hecho, por norma general, a medida que las diferentes comunidades de inmigrantes se van estableciendo, van necesitando menos estos servicios, pues van adquiriendo conocimientos de las lenguas locales. No obstante, estos servicios suelen ser necesarios para los recién llegados. Igualmente, en Montreal el perfil de usuario que difiere entre los servicios ofertados en una lengua y otra. Cabe destacar que tanto en Barcelona como en Montreal se detectan usuarios alófonos que, frecuentemente debido a una falta de socialización en las ciudades de acogida o por su avanzada edad o falta de interés o de capacidades de aprendizaje, no han aprendido los idiomas del lugar a pesar de estar afincados durante mucho tiempo, lo que sorprende a los profesionales de la salud, dadas las facilidades que los gobiernos les prestan para aprender las lenguas autóctonas (especialmente en Quebec). Algunos profesionales de la salud barceloneses lo llegan a relacionar con la posible dependencia que causarían este tipo de servicios. Aun así, en Montreal se considera este tipo de servicios esencial para los recién llegados y se utiliza también para animar al aprendizaje de las lenguas locales.

En ambas ciudades, a menudo los usuarios de servicios de ISP son personas aisladas en la sociedad, con un estatus migratorio precario, condiciones económicas frágiles y un elevado nivel de angustia. En Montreal un elevado número se encuentran a esperas de su estatus de inmigración oficial, mientras que en Barcelona hay un elevado número de inmigrantes clandestinos que presentan un elevado nivel de inseguridad hacia las instituciones sanitarias, por miedo a las repercusiones que acudir a un servicio gubernamental les pueda acarrear, por lo que suelen mostrarse distantes y a la defensiva en la comunicación con los profesionales de la salud.

El perfil del profesional de la ISP difiere un poco entre las dos ciudades (aunque las diferencias más evidentes se explicitan al responder a otras preguntas de investigación, dado que están relacionadas con aspectos como las funciones que se les atribuyen, la formación de la que disponen, etc). Aun así, coinciden en tratarse de personas de origen extranjero, que a menudo comparten la lengua materna del usuario (y frecuentemente la

misma cultura), aunque en ocasiones los profesionales de la ISP también prestan servicios en terceras lenguas. A menudo la ISP no era su primera opción profesional. En Barcelona, la mayoría se dedican a la ISP ante la posibilidad de ejercer su profesión de preferencia, aunque en Montreal un elevado número han decidido dedicarse a la traducción y la interpretación como principal actividad.

La posición de los participantes en las consultas trialógicas condiciona el flujo comunicativo. En ambas ciudades hay preferencia por la entrevista triangular, en la que el profesional de la ISP se posiciona en medio de las partes, a la misma distancia de cada una de ellas, retirado a un segundo plano. Sin embargo esto no es posible en todas las intervenciones, dado que en ocasiones se cuenta con espacios de trabajo muy reducidos o incluso con más de dos interlocutores.

La gestión del turno de palabra recae, teóricamente, en el profesional de la ISP, quien dirige el intercambio conversacional solicitando repeticiones, aclaraciones y pausas para la interpretación cuando lo considera necesario. Sin embargo, no todos los profesionales de la salud barceloneses entienden este aspecto de la ISP, de manera que en ocasiones se empeñan en ocuparse de ello.

En ambas ciudades se dan tanto situaciones de comunicación directa como situaciones de comunicación indirecta en las actuaciones sociosanitarias con ISP. Ello depende del comportamiento de los interlocutores en la consulta, lo que está estrictamente relacionado con la experiencia que éstos tengan con la ISP.

Las situaciones de comunicación directa pueden ser diversas. En Barcelona, se da una situación de comunicación directa que consiste en que el profesional de la salud se dirige al usuario, a pesar de la incompreensión mutua, con la intención de observar el lenguaje no verbal de su interlocutor, a la espera de recibir la interpretación del profesional de la ISP e independientemente de a quien se dirige el usuario. De manera similar, en Montreal la situación más común entre las de comunicación directa consiste en que el profesional de la salud se dirige al usuario y vice versa, a pesar de no comprenderse, también observando el lenguaje no verbal del otro y a la espera de recibir la interpretación, dirigiendo la mirada de vez en cuando al profesional de la ISP. Otra situación frecuente en Barcelona es que los interlocutores primarios dirijan su mirada tanto al otro interlocutor primario como al profesional de la ISP. Igualmente, en ambas ciudades se dan casos en los que uno de los dos interlocutores primarios tiene nociones de la lengua del otro y se opta por una comunicación directa entre ambos en dicha lengua, solicitando la intervención del profesional de la ISP a modo de “muleta” para el apoyo en el intercambio informativo, recurriendo a éste únicamente en casos de incomunicación o errores de comprensión. La diferencia entre las dos ciudades en este tipo de actuaciones es que en Barcelona suele ser el usuario quien tiene nociones de la lengua del profesional de la salud y raramente ocurre al revés. Así, el profesional de la salud prefiere observar cuál es el nivel de dominio lingüístico del usuario, adaptando su manera de trabajar a sus posibilidades, solicitando la intervención del profesional de la ISP a modo de “muleta”.

Por otra parte, la situación de comunicación indirecta compartida por las dos ciudades consiste en que ambos interlocutores primarios se dirigen al profesional de la ISP, obviando la presencia del otro, generándose una comunicación directa entre el profesional de la ISP y ambos interlocutores primarios, aunque una indirecta entre los propios interlocutores primarios. Además, en Montreal se dan casos en los que el usuario se dirige al profesional de la ISP, obviando la presencia del profesional de la salud, generándose una comunicación indirecta entre ambos interlocutores primarios, a pesar de los esfuerzos del profesional de la salud por mantener la comunicación directa. Ante situaciones de comunicación indirecta como las que acabamos de describir, los profesionales de la ISP recurren a técnicas para redirigir la situación (con mayor o menor éxito), dado que resaltan la conveniencia de entablar una conversación directa en pro de la comprensión del lenguaje no verbal. Estas técnicas incluyen acciones como señalar al otro interlocutor primario con la mano cuando uno de ellos dirige su mirada al profesional de la ISP, desviar la mirada o retirarse físicamente de la conversación, quedando en un segundo plano, con tal de que los interlocutores se dirijan la mirada mutuamente.

A todo esto, los profesionales de la ISP montrealeses añaden que la modalidad de interpretación utilizada también parece influir en la direccionalidad de la comunicación. Así, observan que cuando se realiza un *chuchotage*, la ausencia de pausas hace que los interlocutores no dirijan la mirada al intérprete, mientras que la modalidad semiconsecutiva se tercia más a la comunicación indirecta, pues los interlocutores esperan el final de las intervenciones para recibir la intervención del intérprete. También aseguran que en las conversaciones con más de dos interlocutores se compaginan en ocasiones la comunicación directa y la indirecta.

En relación con lo anterior, el uso de la primera o la tercera persona en las intervenciones con ISP parece ser intrínseco a la manera de trabajar de cada profesional de la ISP y estar relacionado con el tipo de comunicación establecida (directa o inversa) y ambas tienen sus partidarios y detractores en ambas ciudades. En ambos lugares, los profesionales de la ISP son conscientes de que la teoría recomienda el uso de la primera persona, pero aseguran que no siempre cumplen esta recomendación, a pesar de los esfuerzos realizados por hacerlo. Señalan que un recurso a su disposición si usan la primera persona es el de recurrir a la tercera persona para distanciarse del discurso en situaciones delicadas, lo que representa un alivio para el profesional de la ISP. Sin embargo, aunque en Montreal éstos se encuentran divididos entre los que intervienen en primera y los que intervienen en tercera persona, en ambas ciudades la mayoría hacen un uso generalizado de la tercera persona en la práctica, aunque insisten en que esto puede variar en función de la situación, asegurando que en consultas delicadas en cuanto al mensaje, como son las de psiquiatría, trabajan en primera persona. La extensión del uso de la tercera persona en ISP puede estar relacionada con el miedo al intrusismo de algunos profesionales de la salud (más extendido en Barcelona que en Montreal). De hecho, algunos profesionales de la salud muestran disconformidad con el uso de la primera persona, alegando una falta de naturalidad e incluso incomprendiones respecto al origen de los mensajes compartidos en la consulta. Así, los profesionales de

la salud partidarios del uso de la tercera persona suelen argumentar que ésta resulta menos intrusiva, discutiendo que la primera persona puede esconder una voluntad de intromisión en el intercambio conversacional por parte del profesional de la ISP. Así, en Montreal, a pesar de los esfuerzos de los profesionales de la ISP por utilizar la primera persona, algunos profesionales de la salud solicitan que se pase a la tercera persona para señalar que éstos no son sino una tercera persona agregada a la conversación, que nada tiene que ver con la emisión de los mensajes. No obstante, otros prefieren el uso de la primera, argumentando que el uso de la tercera persona favorece un mayor filtro de la información.

Por último, al comparar la deontología aplicada a la ISP en el ámbito sanitario de Barcelona y Montreal vemos puntos compartidos, aunque el código deontológico de los profesionales de la ISP de Montreal parece ser más extenso y respetarse en mayor medida (al menos en el BII). Así, los principios deontológicos compartidos por los profesionales de la ISP del ámbito sanitario de ambas ciudades son el respeto a la exactitud en la interpretación, a la confidencialidad, a la imparcialidad, a la neutralidad y a las fronteras profesionales. A dichos principios deontológicos compartidos se suman, en Montreal, el respeto a todas las partes de la comunicación a tres, la responsabilidad frente a la prestación en ISP, la integridad profesional, el desarrollo profesional, la transparencia y el desapego emocional.

### **5.3.2. ¿Cómo se integra la ISP dentro de los sistemas sanitarios barcelonés y montrealés?**

El acceso a los servicios de ISP es, en general, satisfactorio en ambas ciudades, aunque llega a parecer insuficiente (en Montreal únicamente en los servicios de urgencia) dadas las limitaciones horarias (y en el caso de Barcelona también a la escasa cobertura lingüística). Así, para aquellos centros barceloneses que tienen servicios de ISP, el acceso a ellos es fácil dentro de los horarios establecidos, mientras que en algunos centros de Montreal los profesionales de la salud deben solicitar permiso a sus superiores jerárquicos antes de realizar el encargo, puesto que por motivos económicos no siempre se aceptan. Por norma general, los profesionales de la salud son los encargados de solicitar los servicios de ISP en ambas ciudades. Mientras que en Montreal la solicitud siempre viene de manos del profesional de la salud, en Barcelona la oferta puede venir de manos de profesionales de la salud, de diferentes miembros del personal del centro (personal administrativo o intermediario), del propio usuario conocedor de la existencia de este tipo de servicios o del propio profesional de la ISP, tras localizar potenciales usuarios con necesidad. De igual manera que en Barcelona, las solicitudes pasan a menudo por un intermediario, los grandes centros de salud de Montreal tienen un procedimiento centralizado de solicitudes de servicios de ISP al BII. En gran cantidad de centros tanto barceloneses como montrealés, el intermediario encargado de gestionar los encargos de ISP es un trabajador social. Para evitar grandes demoras de los servicios de ISP, en ambos lugares se recomienda que el profesional de

la ISP manifieste su necesidad tan pronto como la perciba, para dar tiempo a organizar el servicio.

A diferencia de lo que ocurre en Barcelona, en Montreal resulta complicado que el usuario solicite los servicios de un profesional de la ISP, aunque también podría hacerlo. El único problema es que los usuarios alófonos suelen desconocer estos servicios o a quien dirigirse para solicitarlos. Los profesionales de la ISP, una vez establecido el primer contacto con ellos, les informan que en todo momento tienen derecho a exigir este tipo de servicios. Aun así, en el MCH se exhiben diferentes anuncios para que los usuarios conozcan los servicios de ISP del SCIS y para informarles de dónde los pueden solicitar, lo que les facilita la posibilidad de hacer la solicitud por ellos mismos. Independientemente del procedimiento de solicitud, el usuario decide, en ambas ciudades, si quiere utilizar los servicios de ISP o prefiere prescindir de ellos, lo que no supone ningún problema (aunque ocurre en escasas ocasiones).

Las actividades dentro de los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés en las que se recurre a la ISP son de lo más variopinto, e incluyen visitas médicas, consultas preparatorias, postoperatorias, revisiones anuales, evaluaciones, educación sanitaria, conversaciones con el personal administrativo, consultas de trabajo social, consultas de enfermería, consultas de psicología, evaluaciones a domicilio, altas médicas, etc.

En ambos casos, las consultas trialógicas empiezan con una presentación del profesional de la ISP, en la que éste se identifica como tal, presenta a las partes y explica las especificidades de su trabajo (incidiendo en aspectos como la obligación profesional de interpretar todo lo que se diga, etc.). No obstante, esta presentación se omite en caso de contar con limitaciones temporales. Tras dicha presentación, el usuario puede decidir si quiere utilizar o prescindir de los servicios de ISP. Una vez empezada la consulta, por norma general, los profesionales de la ISP se dedican a realizar interpretación de enlace (aunque, como veremos al dar respuesta a la pregunta 4.1., en ocasiones se utilizan otras modalidades). Así, se centran en actuar de puente comunicador entre el profesional de la salud y el usuario alófono, permaneciendo neutrales e imparciales, aunque insertando, en caso de necesidad, aclaraciones culturales que permitan una comprensión total del mensaje.

En otro orden de cosas, cabe señalar que en Barcelona se celebran reuniones previas y posteriores a la visita médica entre el profesional de la ISP y cada uno de los participantes de la comunicación mediada pero esto no constituye una norma. Lo mismo ocurre en Montreal, aunque los intérpretes del BII evitan reunirse con los usuarios en ausencia del profesional de la salud, con tal de respetar su código deontológico. En cambio, algunos mediadores interculturales del ámbito sanitario barcelonés consideran la reunión previa con el usuario alófono una etapa fundamental de la ISP, en la que se consigue entrar en confianza con él y comentan que, de no realizarse, el primer contacto en la consulta resulta demasiado brusco. Por lo que respecta a los agentes de salud comunitarios, este tipo de reuniones son muy frecuentes e imprescindibles, dada su función de servir de apoyo personal al usuario alófono.

A menudo, las reuniones del profesional de la ISP con el profesional de la salud o el usuario son complicadas de realizar dado que, normalmente, se recibe la información acerca de los usuarios que van a asistir al centro de salud el mismo día de la consulta. Otro factor que dificulta la celebración de este tipo de reuniones es la falta de tiempo por parte del profesional de la salud. Las reuniones entre el profesional de la ISP y el profesional de la salud no se celebran de manera regular, sino únicamente cuando las partes interesadas lo consideran conveniente, siendo más habituales las reuniones previas entre el profesional de la salud y el de la ISP que las posteriores en ambas ciudades. Por su parte, las reuniones con los usuarios son muy habituales en Barcelona, dado que se suelen aprovechar las esperas previas a la consulta y los momentos en los que el usuario solicita una siguiente consulta con ayuda del profesional de la ISP, para tratar temas como orientaciones culturales o sanitarias. Aun así, algunos profesionales de la ISP barceloneses comparten la opinión de los profesionales del BII, evitando este tipo de reuniones por motivos éticos (a diferencia, por ejemplo, del modo de actuar de los intérpretes del SCIS). Sea como fuere, tanto en Barcelona como en Montreal, a menudo resulta complicado no entablar una conversación con los usuarios, en cuyo caso, la mayoría intenta tratar temas banales. De igual manera, algunos profesionales de la ISP barceloneses presentan también reticencias a la hora de reunirse con los profesionales de la salud sin la presencia del usuario, alegando que dichas sesiones pueden generar desconfianza en éste último. Así, en ambas ciudades la celebración de reuniones de este tipo depende de factores como la gravedad de la situación, la experiencia del profesional de la ISP (de manera que se celebrarán menos reuniones a medida que este va ganando experiencia), el interés del profesional de la salud en tratar algún tema de relevancia con el intérprete, el impacto emocional que la consulta haya podido tener para el profesional de la ISP o la carga de trabajo de los profesionales de la salud.

Los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés, inscritos al área de atención al cliente en la mayoría de centros de salud, tienen una relación de colaboración y cooperación con los diferentes departamentos de los mismos. En Montreal, en cambio, los profesionales de la ISP, inscritos al BII, prestan servicios a los diferentes centros de salud de la ASSS, incluido el MCH, que también dispone de intérpretes en su SCIS. Los profesionales de la ISP del SCIS son vistos por el resto del personal del MCH como una extensión del usuario inmigrante, y no como profesionales a su mismo nivel.

Los profesionales de la ISP con los profesionales de la salud trabajan de manera conjunta, principalmente, en las visitas médicas trialingicas, aunque en Barcelona también colaboran en otras actividades como la elaboración de proyectos conjuntos de traducción y adaptación de material y, en Montreal, contribuyendo a la elaboración de ciertas pruebas médicas relacionadas con el habla.

Los profesionales de la salud y los profesionales de la ISP tienen, por norma general, una buena relación interpersonal en ambas ciudades, lo que se considera necesario para una buena cooperación. Aun así, en ambas ciudades la relación de algunos profesionales de la ISP con los profesionales de la salud resulta casi inexistente. A nivel profesional, en Barcelona parece que la relación entre estos dos perfiles se va normalizando, mejorando

a medida que se van conociendo y adaptando al trabajo conjunto. Así, al igual que en Montreal, se puede afirmar que su relación interprofesional también es positiva. Cabe destacar, sin embargo, que el hecho de que algunos profesionales de la ISP tomen las riendas de la comunicación (poniendo en duda la veracidad del mensaje interpretado), la extensión temporal de las consultas dialógicas y la distancia que supone para la relación entre el profesional de la salud y el usuario el tener que depender de un tercero para la comunicación, afectan a dicha relación en la ciudad de Montreal. Esto es así porque afecta al nivel de comodidad de los profesionales sanitarios respecto de la ISP, así como también lo hace el hecho de que el profesional de la ISP tome partido en la conversación, defendiendo los intereses de alguna de las partes. Aún así, éstos se reconocen bastante cómodos con los servicios de ISP en ambas ciudades, aunque esto es algo bastante personal, pues el nivel de comodidad de los profesionales de la salud. Dicha comodidad surge a raíz del alivio que supone el recurso a este tipo de servicios, lo que les aporta una mayor seguridad al entender al usuario y sus necesidades y poder interactuar con él como con cualquier otro usuario.

La frecuencia de uso de los servicios de ISP depende, en ambos contextos, de los usuarios que acuden a las consultas de cada profesional de la salud. La mayoría de ellos recurren a la ISP siempre que lo consideran necesario, aunque ante limitaciones, la gravedad de los problemas a tratar y la profundidad a la que se quiere llegar en la consulta condicionan la solicitud o no solicitud de este tipo de servicios. Igualmente, en Barcelona se comenta que una mayor difusión de los servicios impulsaría su frecuencia de uso. A pesar de que estos servicios son muy valorados en ambos contextos sanitarios, algunos profesionales de la salud muestran reticencias en trabajar con profesionales de la ISP, llegando a caer en el desuso de los mismos, incluso en sus horarios de disponibilidad, a pesar del posible efecto negativo que esto puede llegar a tener en la salud del usuario alófono. Esto se ve potenciado por la creencia de algunos profesionales de la salud de ambas ciudades según la cual un nivel básico de lengua es suficiente para tratar al usuario que no la domina en su totalidad. En Montreal, dadas las restricciones presupuestarias causadas por la crisis económica, únicamente recurren a servicios de ISP en casos extremos, pues no siempre los centros de salud aprueban la solicitud de encargos. Como dato curioso, cabe señalar que en ambas ciudades destacan por su concienciación y cercanía a los servicios de ISP los trabajadores sociales, seguidos de enfermeros y profesionales de salud mental. También recurren mucho a la ISP los médicos, aunque, al parecer, al menos en Montreal presentan una actitud un tanto arrogante hacia los profesionales de la ISP.

En las dos ciudades, la sensibilización de los profesionales de la salud parece esencial para su uso óptimo de los servicios de ISP disponibles. Es por ello que el BII ha tomado medidas en pro de la sensibilización del personal sanitario montrealés. Éste ha contado con el apoyo de instituciones universitarias, quienes han dedicado tiempo lectivo a exponer las características del trabajo con ISP en varias carreras universitarias del ámbito de las ciencias de la salud como ergoterapia, enfermería o trabajo social. Así, algunos profesionales de la salud de la ciudad canadiense aseguran tener formación al

respecto. En cambio, en Barcelona, en algunos centros los profesionales de la ISP lideran actividades de promoción de sus servicios, aunque éstas podrían ser mayores y deberían centrarse en explicar la importancia de las diferencias culturales, recordando que cada individuo es una realidad diferente dentro de su cultura. Además, convendría, al igual que se hace en Montreal, formar a los profesionales de la salud en cómo actuar en una consulta trialógica.

Los servicios de ISP ofertados en el ámbito sanitario barcelonés carecen de una relación oficial. Es decir, no existe una red oficial de servicios de ISP en dicho contexto. La única relación institucional que existe es la de aquellos inscritos a centros próximos o vinculados oficialmente, como algunos CAP relacionados con un hospital o los centros de un mismo consorcio, quienes comparten un mismo profesional o equipo de profesionales de la ISP. Igualmente, hay cierta relación entre la mayoría de servicios de ISP, dado que muchos de ellos son fruto de los convenios de prácticas del curso de mediación intercultural del IES y La Obra Social la Caixa. Un caso especial es el de los agentes de salud comunitarios, que pertenecen a una asociación llamada Equip de Treball sobre Imigració y Salut, establecida a modo de red de servicios de salud comunitaria. Finalmente, cabe destacar la existencia de una red informal y no organizada de servicios de ISP, fruto de la voluntad de los mediadores interculturales de aunar esfuerzos de manera que al no contar con un profesional de una lengua dada, los mediadores de un centro se ponen en contacto con los de otro para solicitar sus servicios para un usuario. Igualmente, cuando un usuario es derivado a otro centro, el mediador intercultural del primero puede, de manera voluntaria, contactar con el del segundo para advertir de la necesidad de ISP que presenta el usuario. La situación descrita pone de manifiesto la necesidad de cambio en este sentido, con tal de aunar esfuerzos, en pro de la atención a los usuarios alófonos del sistema sanitario barcelonés. Por su parte, los servicios de ISP del ámbito sanitario montrealés están centralizados, en tanto y en cuanto el BII abastece de servicios de este tipo a la totalidad de los centros sanitarios de la ASSS, incluido el MCH, que posee su propio grupo de intérpretes en el seno del SCIS. Sin embargo, existen varios servicios de ISP (BII, SCIS, servicios privados, voluntarios, etc.) que prestan servicios de interpretación en el ámbito de la salud. Estos no tienen relación alguna entre ellos. No obstante, el BII tiene relación con otros bancos de intérpretes cercanos con los que trabaja de manera conjunta en algunos casos o proyectos como el de Banco de Intérpretes de Sherbrooke o el Module Nord Québécois. Por su parte, el SCIS del MCH presta sus servicios a una red de centros sanitarios. El MCH forma parte del Centro Universitario de McGill. Es por ello que sus profesionales de la ISP (que trabajan en el seno del SCIS) abastecen de servicios de ISP a todos los centros, clínicas, centros de rehabilitación o escuelas adaptadas que lo integran.

En Barcelona, la mayoría de sujetos participantes en este estudio desconocen si se aplica algún procedimiento de evaluación de los servicios de ISP, aunque por lo general se niega que se haga. No obstante, los gestores y algunos trabajadores sociales aseguran llevar un seguimiento evaluativo de las intervenciones de los profesionales de la ISP registrado en la Intranet, aunque comentan que dicha evaluación viene de manos del IES o la empresa que destina a los profesionales de la ISP a los centros sanitarios.

Igualmente, algunos centros aseguran evaluar estos servicios mediante la aplicación de un cuestionario a profesionales de la salud y usuarios. Por su parte, el trabajo de los agentes de salud comunitaria es evaluado en el marco de cada uno de los proyectos en los que intervienen. En Montreal, ni el BII ni el SCIS realizan evaluaciones formales de los servicios de ISP, aunque el BII asegura contar con testimonios tanto de profesionales de la salud como de usuarios. Sin embargo, se reconoce la conveniencia de evaluar estos servicios, especialmente para conocer la opinión de sus usuarios.

### **5.3.3. ¿Se han diseñado programas para la creación de los servicios de ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés? En ese caso, ¿qué características tienen dichos programas? ¿Cuáles son sus fases? ¿Cuál es la idoneidad de sus presupuestos?**

Inicialmente, en Barcelona se contaba únicamente con los servicios de interpretación telefónica de Sanitat Respon, con lo que la implantación de servicios presenciales se vivió como un logro en el seno del sistema sanitario barcelonés. Sin embargo, éstos carecen de una estructura preestablecida, con lo que han ido evolucionando de manera irregular. Por su parte, los servicios de ISP del BII, que sí que presentan una estructura clara, han visto cambiar el organismo público del que dependen, pues fueron creados por el organismo predecesor a la ASSS.

En ambas ciudades, parece que los esfuerzos por difundir estos servicios dieron su fruto y se consiguió obtener un elevado número de intervenciones en ISP.

Si bien, al igual que en Montreal, algunos centros barceloneses han gozado de servicios de ISP de manera ininterrumpida desde su implantación, la mayoría ha sufrido interrupciones por motivos económicos. En Montreal, los problemas económicos han hecho decrecer el salario de algunos profesionales de la ISP (del SCIS). Además, los profesionales de la ISP han ido cambiando de manera periódica (dado que la gran mayoría se encuentra en prácticas formativas y, una vez acabadas las mismas, abandonan el puesto para dar paso a otra persona en formación, con los consecuentes periodos de ausencia de ISP entre periodos de prácticas). Esto ha hecho que las lenguas ofertadas también varíen con asiduidad. En el ámbito sanitario montrealés también se han dado fluctuaciones, pero más bien promovidas por cambios en el perfil del usuario (relacionados con las alteraciones de las características de los flujos migratorios), con lo que las características de los encargos (incluyendo las lenguas solicitadas) también han variado.

Los servicios de ISP barceloneses han sufrido también cambios en cuanto a fuentes de financiación, condiciones de trabajo de sus profesionales (dado que algunos empezaron como voluntarios y han llegado a cierta remuneración, algunas (escasas) ampliaciones en cuanto a número de profesionales o horas de disponibilidad, etc. Cabe decir que se han alterado en reiteradas ocasiones los horarios de disponibilidad de estos servicios, lo

que ha dificultado la estabilidad de los profesionales de la salud a la hora de acordar citas con ellos. En Montreal también se han dado ampliaciones del número de profesionales de la ISP, aunque no han incrementado substancialmente el número de lenguas en el BII, pero sí en el SCIS. Igualmente, se han incrementado los honorarios de estos profesionales, así como su conocimiento y reconocimiento.

La formación de los profesionales de la ISP ha ido evolucionando en ambos lugares y estos profesionales han ido ganando autonomía. Aun así, se observó en el periodo de recogida de datos, que la continuación de estos servicios corría peligro en toda Barcelona, así como en el SCIS, dada la escasez de recursos para mantenerlos, con lo que se veían amenazados de extinción (lo que ya ha ocurrido en algunos centros barceloneses). A pesar de la voluntad de todos los actores por mantener estos servicios, los profesionales de la salud ya consideran un logro el haberlos podido mantener. En cambio, el BII, tal y como lleva haciendo desde su implantación, sigue investigando cómo funcionan los servicios de esta índole en otros lugares e insertando cambios en sus servicios en pro de la calidad y la eficacia de los propios.

En el transcurso de los años, los servicios de ISP de Barcelona y Montreal han ido haciendo frente a diferentes dificultades. En ambas ciudades se vieron con la necesidad de insertar un nuevo perfil en el ámbito sanitario, aunque se encontraron con el problema inicial de no disponer de personas formadas en ISP para ocupar los puestos de intérprete. Igualmente, tuvieron que hacer grandes esfuerzos de difusión de estos servicios entre los profesionales de la salud, muchos de los cuales presentaban rigidez o incluso reticencias ante los mismos. En Montreal, dichas reticencias vinieron impuestas por motivos económicos, pues en muchos centros sanitarios se negaban a pagar por dichos servicios a pesar de las desventajas que supone la falta de comunicación. Esto no ocurría en Barcelona, donde los profesionales de la ISP se encontraban en periodo de prácticas, aunque tuvieron que hacer frente a otras dificultades: las restricciones horarias y la falta de continuidad. En Montreal, ante las críticas que ponían en duda la justicia utilizada a la hora de repartir los encargos entre los profesionales de la ISP, se ha estado trabajando en la creación de un sistema informático para la gestión de los mismos, de reciente implantación. Aun así, se han experimentado grandes dificultades a la hora de mantener los servicios de ISP de Barcelona y del SCIS por motivos económicos, llegando a la pérdida de muchos de ellos en Barcelona. Igualmente, tanto en Barcelona como en Montreal, han primado las dificultades éticas en el trabajo en ISP, algo que supone un reto para los profesionales de este sector.

Los recursos materiales de los servicios de ISP son más bien limitados en ambos contextos, aunque los profesionales de la ISP los consideran suficientes. En Montreal, el BII no proporciona recursos materiales a sus intérpretes, aunque algunos centros sanitarios les facilitan un espacio de trabajo. El SCIS, por su parte, les presta, a parte de un espacio de trabajo compartido con el personal administrativo del mismo, acceso a teléfonos y ordenadores con internet, así como a las bibliotecas del SCIS y el MCH. En Barcelona, los recursos materiales se ofrecen de manera irregular en los diferentes centros sanitarios, siendo los recursos más apreciados por los profesionales de la ISP un

lugar de trabajo y un teléfono móvil para la gestión de los encargos). Igualmente, los recursos ofrecidos en Barcelona incluyen (según los centros): batas y distintivos identificadores, material de oficina, acceso a internet, agendas, e-mail institucional, buzones para recibir correo interno, etc. Por su parte, los agentes de salud comunitarios cuentan con todos los recursos necesarios para la atención comunicaría (furgonetas del Departamento de Salud, etc.). En cambio, en Montreal, el BII se encarga del trabajo administrativo, aporta protección a sus intérpretes, los asesora, les sufraga los gastos de desplazamiento y estacionamiento y celebra reuniones sociales anuales y les presta servicios de apoyo psicológico ante casos extremos. En lo que respecta a los recursos personales de los servicios de ISP, éstos los conforman los propios intérpretes que, en Barcelona son enviados a los centros desde el Departamento de Salud. A estos se suman, en Barcelona, la persona de referencia para los profesionales de la ISP en cada centro y, en Montreal, el personal de oficina, así como la directora de cada servicio. Cabe destacar que la crisis económica se ve reflejada en los presupuestos de los servicios de ISP. En Barcelona, éstos se consideran bastante pobres. La mayor parte del dinero disponible procede de subvenciones de organizaciones privadas, dado que los centros consideran la ISP un lujo del que se puede prescindir. En Montreal, la crisis económica ha hecho decrecer el recurso de algunos profesionales de la salud a estos servicios. Además, tanto en los servicios de ISP barceloneses como en los del SCIS, se observa que las restricciones económicas puede provocar cambios inminentes en los servicios de ISP o incluso, como ya ha pasado con algunos en Barcelona, hacerlos desaparecer. Cabe señalar al respecto de los presupuestos de los servicios montrealenses que el BII (que depende de la ASSS) recibe una aportación gubernamental mayor que la del SCIS, pues éste último únicamente recibe subvención del gobierno y no está gestionado enteramente por él, dejando el resto del presupuesto en manos del MCH. Además, en el BII el presupuesto disponible, considerado muy básico, está destinado a la gestión y el mantenimiento del BII, mientras que los salarios de los intérpretes son sufragados por los centros de salud. Esta es una gran diferencia respecto a los servicios de ISP barceloneses, la mayoría de los cuales, como se ha avanzado en diversas ocasiones, dependen de subvenciones públicas.

## **5.4. En relación a los profesionales de la ISP:**

### **5.4.1. ¿A qué modalidades de interpretación recurren los profesionales de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés? ¿Con qué frecuencia?**

Los profesionales de la ISP de los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés recurren a diferentes modalidades de interpretación, aunque la más concurrida es, con diferencia, la interpretación bilateral o semiconsecutiva. Sin embargo, en aquellas consultas que se caracterizan por contener una gran carga emotiva, como son las de salud mental, se recurre con mayor frecuencia al *chuchotage*, dado que la fluidez que esta modalidad aporta al intercambio conversacional beneficia el tratamiento en dichas áreas.

Igualmente, ésta es una modalidad muy recurrida en las reuniones con más de dos interlocutores que se celebran en el ámbito sociosanitario montrealés. Otra práctica interpretativa muy común en los contextos estudiados es la traducción a la vista, aunque algunos de los profesionales de la ISP de ambas ciudades se muestran disconformes ante las solicitudes de ese tipo, alegando que su trabajo consiste en realizar un trasvase lingüístico y cultural de un mensaje oral a otro. Otra modalidad de interpretación utilizada es la interpretación resumida, aunque ésta sólo se menciona en Montreal, asegurando que es una realidad en su trabajo, aunque no se reconoce como práctica habitual. A parte de dichas modalidades de interpretación realizadas en los servicios de interpretación presencial objeto de estudio, también se recurre a servicios de interpretación telefónica que, en Montreal, los prestan los profesionales de la ISP.

#### **5.4.2. ¿Con qué formación cuentan los profesionales de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés?**

Los criterios de selección de los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés no son nada estrictos. De hecho, presentan un nivel de estudios muy variado que engloba individuos con estudios de máster (uno de ellos en Traducción e Interpretación), cursos de postgrado o grados universitarios, aunque también los hay que disponen de una formación profesional, bachillerato o incluso únicamente estudios secundarios. En cambio, la mayoría de profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés tiene estudios universitarios, ya sean de grado, postgrado, máster o doctorado, en campos diversos, que incluyen la traducción y la interpretación, así como campos relacionados.

El nivel de dominio lingüístico exigido en Barcelona no es elevado, ni se requieren conocimientos de traducción ni de interpretación. El único requisito básico e indispensable para acceder a trabajar en estos servicios es haber superado un curso formativo en mediación intercultural. En cambio, los criterios de selección de profesionales de la ISP para el ámbito sanitario montrealés han ido evolucionando. Ante la carencia de personas formadas para este fin, entre los años 1993 y 2000, era la ASSS la que seleccionaba y formaba a los candidatos. Así, se elegían para el BII personas con estudios en traducción o en idiomas, así como algunos profesionales de la salud, todos ellos con experiencia en centros comunitarios o instituciones relacionadas con el ámbito sociosanitario. En cambio, actualmente la selección de profesionales de la ISP para el BII se basa en la realización de una entrevista personal, teniendo también en cuenta la formación, el número de lenguas de trabajo (con preferencia para aquellos que también cuentan con inglés entre ellas), el currículo (experiencia, etc.) y la disponibilidad del candidato. Cabe destacar que el BII intenta mantener un bajo número de intérpretes que se corresponda a las necesidades por lengua, de manera que, por norma general, y para cubrir las posibles exigencias de los usuarios, se suele disponer por cada lengua de un intérprete de cada sexo y un tercero (sin importar su sexo). Por su parte, el SCIS exige a sus potenciales profesionales de la ISP estudios universitarios (preferiblemente en materias relacionadas con la ISP) y experiencia en interpretación. Cabe mencionar que una vez se haya implantado el programa formativo en ISP en el que trabajan de manera

conjunta el SCIS y el Dawson College, su realización constituirá un requisito exigible a los candidatos a intérpretes del SCIS. No obstante, en casos especiales, los criterios de selección de profesionales de la ISP para la región sanitaria de Montreal es menor, sobre todo en aquellas lenguas en las que cuesta encontrar hablantes en la zona.

En ambas ciudades se reconoce la importancia de la formación en ISP y la ofertada hasta el momento se considera apropiada. En Montreal se insiste en diferenciar a los intérpretes de conferencias de los profesionales de la ISP, insistiendo en que ambos perfiles necesitan diferentes itinerarios formativos, de manera que los intérpretes del ámbito sanitario no necesitan ser intérpretes de conferencias (aunque los hay entre los profesionales de la ISP de este medio) sino que precisan contar con conocimientos de especialidad en interpretación sanitaria, que puede que no tengan obligatoriamente los intérpretes de conferencias.

Los profesionales de la ISP del ámbito sanitario Barcelonés cuentan con una formación específica en mediación intercultural en el ámbito sanitario oficial pero no reglada. La mayoría, a diferencia de lo que se encuentra en Montreal, no disponen de estudios universitarios en traducción e interpretación ni campos afines, sino que se les reconoce una capacidad innata para esta práctica, trabajada de manera muy superficial en el curso de mediación intercultural. Mientras que la formación en ISP en Montreal viene de manos de instituciones académicas (la Université de Montréal, en el caso de la formación de los intérpretes del BII y, próximamente, el Dawson College, en el caso del SCIS), con la colaboración de los bancos de intérpretes, en Barcelona es ofertada por asociaciones relacionadas con la inmigración (como Bayt-al Thaqafa) o con el ámbito de la salud (Salut i Família), instituciones sanitarias (ASEPEYO), fundaciones (Obra Social la Caixa) u organizaciones relacionadas con los servicios públicos (Barcelona Activa). No obstante, algunos centros universitarios, como la Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu o el Hospital Vall d'Hebrón, colaboran en algunos de estos programas formativos. Sea como fuere, la mayoría de profesionales de la ISP han sido alumnos de alguna edición del curso formativo en mediación intercultural ofertado de manera conjunta por La Obra Social la Caixa y el IES. Por su parte, los agentes de salud comunitarios, además del curso en mediación intercultural en el ámbito de la salud, realizan un curso de especialización impartido por la Unidad de Medicina Tropical del CAP Drassanes.

Por norma general, los profesionales de la salud desconocen la formación de los profesionales de la ISP, tanto en Barcelona como en Montreal. En la capital catalana, éstos consideran imprescindible una formación en ISP que trabaje tanto la competencia interpersonal (es decir, las habilidades sociales de comunicación interpersonal) como la competencia temática (esto es, que trate conocimientos de medicina y servicios públicos del país). En esta línea, los cursos de formación en ISP disponibles en ambas ciudades forman a los potenciales profesionales de la ISP en las características y peculiaridades del sistema sanitario y en las especificidades de la ISP (tratando la entrevista de triangulación, la ética profesional, etc.). Igualmente, se presentan en dichos cursos contenidos culturales y una breve introducción a la práctica de la traducción y la interpretación. Además, los contenidos de tipo teórico abarcan temas muy diversos que

van desde las especificidades del sistema sanitario autóctono, técnicas de comunicación intercultural en el ámbito sanitario, nociones básicas de traducción e interpretación y aspectos éticos de la ISP, hasta los problemas de salud más comunes según la cultura de trabajo.

En Montreal, ante la heterogeneidad de la formación en ISP, se subraya la necesidad de legislar el aspecto formativo de esta profesión. En dicha ciudad se dan diferentes opciones formativas en ISP, en función del servicio para el que se trabaja (BII o SCIS), todas basadas, al igual que la formación en mediación intercultural ofertada en Barcelona, en explicaciones y juegos de rol, destinados esencialmente a solucionar problemas de origen cultural, sin entrar en profundidad en el trabajo en pares lingüísticos. La formación de los intérpretes del BII, vino, desde 1993, de manos del Banco, con la colaboración de la ASSS. Alrededor del año 2000, ésta se empezó a impartir en la Facultad de Educación Permanente de la Université de Montréal. Dicho cambio fue posible gracias al esfuerzo Directora del BII, quien formó parte de un grupo de trabajo que instauró un itinerario formativo en ISP en *Cérficat en Traduction*, que también se puede cursar a modo de estudiante libre. Este cambio hizo que la ISP ganara reconocimiento profesional en Montreal. Cabe destacar que los profesionales del BII han cursado esta formación ya sea de manera previa o posterior al inicio de su actividad, dado que consiste en dos asignaturas impartidas en diferentes semestres: Comunicación Intercultural (en el primer semestre) e Interpretación (en el segundo). Sin embargo, en caso de necesidad urgente de un perfil determinado de profesional de la ISP, éste puede empezar a trabajar directamente sin haber realizado estos cursos, con un periodo de observación (*coaching* de un senior). Los profesionales de la ISP del SCIS, por su parte, han realizado un curso de orientación en ISP, así cursos de formación continua. En ambas ciudades se reconoce la importancia de la formación continua de los profesionales de la ISP. En Barcelona, estos profesionales tienen la posibilidad de recibir formación continua en materias como la terminología médica, aunque si bien en ocasiones dichas formaciones vienen de manos de la institución para la que trabajan, a menudo la formación continua depende del interés individual del individuo.

Sea como fuere, los profesionales de la ISP del ámbito sanitario de ambas ciudades se podrían beneficiar de una formación extra en terminología médica y técnicas de traducción e interpretación. Igualmente, los profesionales de la ISP de ambas ciudades se muestran interesados en formarse en la práctica de la ISP en otros contextos. A esto, los del ámbito sanitario barcelonés añaden la conveniencia de disponer de la supervisión de su trabajo, con tal de plantear dudas y recibir *feedback* acerca de sus actuaciones. Por su parte, los del ámbito sanitario montrealés, se interesan por ampliar su formación en cuanto a técnicas y estrategias de interpretación según la combinación lingüística del profesional, avances médicos, interculturalidad y recursos disponibles para la población alófona.

Los profesionales de la ISP de ambos contextos aseguran que la competencia instrumental-profesional, la interpersonal, la comunicativa y textual, la intercultural, la temática y la estratégica son esenciales para la práctica de su trabajo. A estas

competencias, los profesionales de la ISP de Barcelona añaden, por considerarla de importancia, la psicofilosófica. Así, se le atribuye una relevancia especial a aspectos como el dominio lingüístico del profesional de la ISP, (que destaca, por la relevancia otorgada por los usuarios), los conocimientos de métodos, técnicas y estrategias de interpretación, el respeto a los códigos éticos que rigen la profesión, la sensibilización cultural, la empatía y las habilidades sociales y comunicativas, la capacidad de concentración y abstracción y los conocimientos de terminología médica y del sistema sanitario.

### **5.4.3. ¿Cuál es la vinculación del profesional de la ISP en los ámbitos sanitarios barcelonés y montrealés para con los centros de salud?**

Los profesionales de la ISP del ámbito sanitario barcelonés trabajan para agencias externas al sistema sanitario destinados a los diferentes centros médicos. La mayoría dispone de un contrato de prácticas facilitado por el proyecto en común de la Obra Social La Caixa y el IES, que proporciona servicios de ISP a diversos centros del ICS. Otros se encuentran contratados por empresas externas subcontratadas por centros de salud. Por su parte, los agentes de salud comunitarios, dependen de subvenciones y convocatorias públicas. Sea como fuere, ningún profesional de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés tiene una relación contractual directa con un centro de salud. En cambio, los profesionales de la ISP de la región sanitaria de Montreal son trabajadores autónomos que prestan sus servicios a los diferentes centros de salud de la ASSS inscritos a bancos de intérpretes, de manera que los del BII actúan en todos los centros de la ASSS, mientras que el SCIS actúa en aquellos adscritos al Centro Universitario de McGill. Dada esta falta de vinculación directa a los centros sanitarios, los profesionales de la ISP no tienen una categoría profesional dentro de los mismos (ni siquiera los del SCIS, puesto que su vinculación es con el propio SCIS y no con el MCH). Aun así, algunos entrevistados barceloneses equiparan a los profesionales de la ISP al personal auxiliar o administrativo.

La dedicación temporal de los profesionales de la ISP barceloneses a sus labores en los centros de salud difiere de unos a otros. Así, mientras que algunos gozan de jornada completa (llegando a trabajar unas 40 horas semanales), otros trabajan únicamente a tiempo parcial, aunque a menudo la carga de trabajo que se encuentran les impide respetar sus horarios, viendo desaparecer los periodos de pausa o ampliando el tiempo de presencia en los centros de salud (aunque no su remuneración). En cambio, en Montreal, la dedicación temporal de estos profesionales está directamente relacionada con sus horarios de disponibilidad, de manera que no disponen de un horario fijo preestablecido, sino que van recibiendo encargos dentro de los horarios en los que se encuentran a la disposición de la entidad para la que trabajan (BII o SCIS), aunque también se les puede sugerir encargos fuera de ellos, en caso de urgencia, que pueden rechazar en caso de inconveniencia. Así, el tiempo de dedicación de estos profesionales resulta muy heterogéneo y varía en función de los encargos atendidos. Cabe destacar

que, para los profesionales del BII, la duración de un servicio suele oscilar entre 1 y 3 horas (siendo 2 horas la duración media de sus servicios, en las que se incluye el desplazamiento del profesional de la ISP).

Mientras que los profesionales de la ISP de Barcelona se pronuncian insatisfechos con la remuneración recibida (aunque algunos no la consideran tan pobre dada la situación de crisis económica del momento), las condiciones de trabajo del BII y el volumen de encargos servidos hacen que sus profesionales estén, en general, satisfechos con sus honorarios. Estos profesionales, a diferencia de los de Barcelona, que cuentan con un salario estipulado, cobran en función de las horas trabajadas. Su remuneración ha evolucionado desde los inicios del BII, pasando de estar al borde de la ayuda social a tener unos ingresos dignos, calculados a 33 CAN\$ por hora, con un servicio mínimo de 2 horas, a partir de lo que se van sumando la parte proporcional a franjas de 15 min. Aseguran que su remuneración no es muy elevada en comparación con intérpretes de otros ámbitos (especialmente en conferencias), aunque las condiciones laborales del BII hacen que su trabajo resulte rentable. Aun así, se muestran partidarios de un aumento. En cambio, la remuneración de los intérpretes del SCIS es menor que la de los del BII. El trabajo en ISP en el SCIS se tacha de precario, pues parece ser que resulta difícil vivir de los ingresos recibidos por dicho trabajo.

En Barcelona, los profesionales de la ISP suelen trabajar dentro de un equipo, aunque su trabajo les resulta muy autónomo, ya que no cuentan con un superior jerárquico que les apoye y supervise. Aunque existe la figura del referente de cada centro de salud, ésta no les parece suficiente, dado que suele ser una persona sin conocimientos sobre ISP. En cambio, los servicios del BII y el SCIS de Montreal parecen estar muy bien coordinados. El BII se encarga de la gestión de los encargos y ayuda a sus profesionales de la ISP en la toma de decisiones. Igualmente, los protege frente a las instituciones usuarias de sus servicios en caso de conflicto de intereses. Los únicos problemas de coordinación señalados son la falta de inmediatez ante solicitudes de urgencia y el posible favoritismo en la distribución de los encargos a los profesionales de la ISP, aunque en el momento de la recogida de datos ya se trabajaba para solucionarlos.

Los profesionales de la ISP de Montreal (tanto del BII como del SCIS) tienen, por lo general, cierto nivel de experiencia en traducción e interpretación o en campos relacionados que precisan del dominio de más de una lengua. Si bien algunos profesionales de la ISP de Barcelona cuentan con experiencia en ISP en otros ámbitos, esto no es la norma general. De hecho, tanto en Barcelona como en Montreal, a pesar de contar con años de experiencia, la mayoría de profesionales de la ISP aseguran que su experiencia se reduce al ámbito sanitario.

Por último, cabe decir que, si bien algunos de los profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés, se dedican de manera exclusiva a esta profesión, no son pocos los que la compaginan con otros trabajos. Los motivos de dicho pluriempleo son varios e incluyen el hecho de tener un trabajo de manera previa a conseguir el de intérprete, la voluntad de incrementar ingresos o incluso el acceso a beneficios sociales que no tienen

---

como trabajadores autónomos en ISP. En cambio, en Barcelona, a pesar de que las retribuciones económicas de los profesionales de la ISP son menores que en Montreal, el número de pluriempleados es muy reducido y, aquellos que afirman dedicarse a más de una actividad laboral aseguran que lo hacen por necesidad de incrementar sus ingresos.



# Capítulo 6: Conclusiones

La presente tesis doctoral compara dos realidades de ISP en el ámbito sociosanitario, con la finalidad de observar sus similitudes y diferencias, en aras a avanzar en la materia, elaborando recomendaciones basadas en los resultados obtenidos, que puedan ser aplicables al modelo actual de ISP existente, tanto en el ámbito sanitario barcelonés como en el montrealés.

En consonancia con lo expuesto en el apartado anterior, considero que la tesis doctoral que presento ha dado respuesta a todas las preguntas de investigación planteadas al inicio de esta investigación. Los resultados obtenidos dibujan una imagen panorámica de la situación de la ISP en el ámbito sociosanitario de las ciudades de Barcelona y Montreal. Dedico este apartado al despliegue de las conclusiones que se derivan de la reflexión de los resultados expuestos en el apartado anterior, lo que concluirá este estudio, no sin hacer algunas propuestas para futuras investigaciones.

Esta aproximación a la realidad de la ISP en el ámbito sanitario barcelonés y montrealés muestra que, si bien los centros sanitarios barceloneses han empezado a tomar medidas frente a la creación de una sociedad multicultural y multilingüística, los centros montrealéses hicieron frente al reto que ello supone con décadas de antelación. Por esta razón, no es de extrañar que la ciudad canadiense cuente con una estructura en ISP más consistente y asentada en el ámbito sociosanitario. Las prácticas de buen gobierno quebequenses en materia de inmigración y multiculturalidad han posibilitado la creación de unos servicios que, aunque sigan presentando aspectos mejorables (reconocidos como muestra del afán de perfeccionar los existentes), han funcionado y siguen posibilitando el acceso de usuarios alófonos a los servicios de salud en igualdad de condiciones. Sin embargo, las dificultades económicas impuestas por la crisis económica mundial iniciada el año 2008, han hecho que los servicios de ISP en las dos ciudades referenciadas se hayan visto mermados. Ello ha provocado que en Montreal surjan iniciativas alternativas, puntuales, consideradas más económicas que pueden desdibujar la imagen sólida del profesional de la ISP en el ámbito sanitario. Aun así, la buena gestión del BII, así como el gran apoyo institucional, hace que únicamente peligren las iniciativas no institucionales, mientras que las institucionales sigan prosperando.

Como se ha visto, en los dos contextos estudiados, los objetivos de los servicios de ISP son los mismos: mejorar la calidad de la comunicación entre el personal sanitario y sus usuarios alófonos, incrementando así la calidad asistencial. En este estudio se ha puesto de manifiesto que, tal y como apuntaba Angelelli (2004), los servicios de ISP están influenciados por los contextos sociopolíticos y culturales en los que se enmarcan, pues

sus objetivos vienen impuestos desde las esferas políticas de la sociedad, donde éstos se relacionan con la situación del país. De este modo, y atendiendo a que, sin lugar a dudas, las políticas concretas de cada territorio han influido en la clase de servicios de ISP creados, recordaremos el peso de la política de multiculturalismo canadiense, que ha dado pie a leyes que favorecen la integración de las personas etnolingüísticamente diferentes a la sociedad mayoritaria. Mientras tanto, en España, el dificultoso proceso de adaptación de personas inmigrantes a la sociedad mayoritaria sigue generando tensiones, y las políticas para combatir dicho problema no han resultado ser muy eficaces.

Es innegable la existencia de grandes diferencias entre las sociedades montrealés y barcelonesa. Una de las principales diferencias entre los servicios de ambas ciudades reside en el perfil de sus usuarios. Mientras que en Barcelona éstos son, principalmente, personas inmigrantes (mayoritariamente con un nivel de instrucción y un estatus social más bien bajos, muchos de ellos clandestinos) y, en menor medida, algunos turistas extranjeros; en Montreal, aunque se encuentran un gran número de inmigrantes (con una situación tanto migratoria como económica y un nivel de instrucción altamente heterogéneos), también hallamos entre los usuarios de servicios de ISP personas canadienses (francófonas, anglófonas o hablantes de lenguas indígenas). Esto se debe a que los servicios de ISP, no solamente se ofertan en las lenguas de los inmigrantes, sino también en las dos lenguas oficiales e incluso en lenguas indígenas habladas por las poblaciones amerindias canadienses. Esto es así porque la necesidad comunicativa que ha motivado el origen de estos servicios, aunque es similar, presenta divergencias entre las dos ciudades. En Montreal, algunos de los destinatarios de estos servicios son ciudadanos canadienses que presentan las mismas barreras lingüísticas que las personas inmigrantes, es decir, son poco competentes en el idioma de la sociedad mayoritaria (o incluso tienen una cultura diferente). A esto se suma el hecho de que no todos los profesionales de la salud dominan a la perfección las dos lenguas oficiales (siendo competentes únicamente en una de ellas), con lo que los servicios entre estas lenguas también se consideran necesarios, lo que no ocurre en contexto barcelonés. Puede que esta necesidad de lidiar con diferencias lingüísticas y culturales entre los propios ciudadanos del mismo país haya contribuido a instaurar la conciencia multicultural en contexto montrealés, necesidad no vivida en Barcelona hasta los inicios del boom migratorio. Los servicios de ISP barceloneses se prestan entre una lengua extranjera y el español, pues si bien la mayoría de los profesionales de la ISP conocen el catalán, no lo utilizan de manera activa profesionalmente (lo que supone una carencia en comparación con los profesionales de la ISP montrealéses, ofertados tanto en francés como en inglés). Además, mientras Barcelona sigue intentando asimilar la reciente realidad de la inmigración, con reacciones de todos los gustos que dificultan su gestión, Montreal presenta una percepción favorable acerca de la misma. En territorio canadiense, la inmigración es un fenómeno necesario para la población del país, que la enriquece, mientras que en España ha sido una “imposición” promovida por aspectos económicos e impulsado por la globalización, considerado por algunos sectores de la sociedad, como negativo en épocas de dificultad económica. En esta línea, si bien

Canadá considera que la inmigración influye positivamente en la economía del país, a menudo, en España se considera una amenaza a los ingresos de la población autóctona. Es por ello que en Montreal se observa una predisposición por la armonía de personas etnolingüísticamente diferentes, con la consecuente promoción legislativa (e incluso económica), mientras que en Barcelona se sigue viendo como un problema de difícil solución. De este modo, la gran experiencia canadiense en materia de políticas de inmigración ha hecho que se legisle a favor de la instauración de servicios de ISP (cuanto menos, en mayor medida que en Barcelona). Mientras que las iniciativas gubernamentales en territorio quebequense han llegado a afectar la Ley de Salud y mover al MSSS para la creación de un organismo que vela por la adaptación y la adecuación de los servicios a las necesidades de su sociedad multicultural, desembocando en la instauración del BII, en Cataluña, ésta se ha limitado a elaborar un Plan Director de Inmigración en el Ámbito de la Salud, que prevé la implantación de servicios de ISP, aunque deja su gestión y financiación, así como la prestación de los servicios en manos de agencias externas. De este modo, en Montreal, el BII abastece de servicios de ISP a todos los centros de la ASSS de manera centralizada (a cambio del pago de sus honorarios). En cambio, en Barcelona, el Departament de Salut facilita el acceso a ISP a los centros sanitarios barceloneses, por lo que estos acogen profesionales de la ISP dependientes de entidades externas en sus instalaciones, beneficiándose de sus servicios sin tener ninguna relación contractual ni económica con ellos. En consonancia con la imagen que de la inmigración se tiene en España, no es de extrañar que la ISP haya suscitado todo tipo de reacciones (tanto positivas como negativas) en el ámbito sociosanitario de Barcelona y su sociedad. Sin embargo, no es de extrañar, dada la legislación existente, que en Montreal el uso de los servicios de ISP se vea promovido por razones legales, aspecto que diferencia ambas realidades. En la ciudad quebequense, los profesionales de la salud tienden a recurrir a ellos para evitarse problemas legales originados por una falta de comprensión debida al desuso de dichos servicios. Esto invita a la reflexión sobre la situación en Barcelona, donde supondría una mejora del servicio la existencia de documentos legales que velaran por los derechos de los ciudadanos a entender y ser entendidos en contexto sanitario, pues se promovería así el uso y la solidificación de los servicios de ISP.

La estructura de los servicios de ISP montrealenses es mucho más clara y organizada que la de los barceloneses. Los primeros se prestan en forma de bancos de intérpretes. El BII es el principal organismo dedicado a la ISP en el ámbito sociosanitario montrealés (aunque también cubre las demandas generadas en el ámbito de la educación). Éste depende de la ASSS y presta servicios a todos los centros sanitarios de la misma (incluido en MCH), a cambio de unos honorarios sufragados por los centros. No obstante, de manera independiente al BII y para recurrir en menor medida a sus servicios, el MCH ha creado un banco de intérpretes propio en el seno del SCIS (servicio transcultural destinado a la formación y el asesoramiento multicultural), para cubrir las demandas más usuales de los centros adscritos al Centro Universitario de McGill. Esta iniciativa la han ido siguiendo, aunque no en tan gran medida ni de manera tan organizada, en otros centros de salud montrealenses y continúan elaborándose proyectos en grandes

hospitales como el hospital Maisonneuve-Rosemont. De esta forma, los profesionales de la ISP prestan sus servicios en calidad de trabajadores autónomos, inscritos a un banco de intérpretes. En cambio, en Barcelona, ningún profesional de la ISP tiene una relación contractual directa con un centro de salud (o servicio vinculado) ni con un organismo global encargado de gestionar servicios de este tipo. Estos trabajan para agencias externas al sistema sanitario destinados en los centros médicos (la mayoría con contratos de prácticas enmarcados en el proyecto de mediación intercultural en el ámbito sanitario financiado por la Obra Social La Caixa). Igualmente, algunos se encuentran contratados por empresas externas subcontratadas por los centros o dependen de subvenciones y convocatorias públicas.

En Barcelona se da una falta de consenso acerca del perfil profesional en ISP. De hecho, encontramos dos figuras profesionales en activo: el mediador intercultural y el agente de salud comunitaria. Ninguno de estos dos perfiles se reconoce, en el ámbito sanitario barcelonés, como intérprete. De hecho, por norma general, los profesionales de la salud aseveran que estas figuras presentan un “valor añadido” a la figura del intérprete, dado que tienen funciones que van más allá, según comentan, del trasvase lingüístico. Esto pone de manifiesto un gran desconocimiento de la interpretación como actividad profesional, elevando las figuras del mediador intercultural y el agente de salud comunitaria a un estatus superior a dicha actividad. Igualmente, revela una falta de conocimiento acerca de las peculiaridades de la traducción y la interpretación, dando por sentado que dichas actividades no tienen en cuenta las diferencias culturales. Evitando esta confusión, en Montreal se ha establecido la figura del intérprete cultural.

A falta de una regulación legislativa de las funciones del profesional de la ISP (resaltada en Montreal como una posible solución que evitaría muchos malentendidos y que, dicho sea de paso, también lo haría en Barcelona), las funciones de los tres perfiles profesionales mencionados no quedan del todo claras. Sin embargo, se dan una serie de similitudes y diferencias que resultan evidentes. Entre las similitudes destacan que los tres son profesionales de la comunicación mediada y de la comunicación intercultural. Sin embargo, los diferentes perfiles profesionales se corresponden con diferentes puntos de vista al respecto de la ISP. A las tres figuras se les suman funciones que no les corresponden, y en estas radican las principales diferencias entre ellas.

Los mediadores interculturales y los intérpretes culturales comparten una misma función principal, consistente en el trasvase de los códigos lingüístico y cultural con tal de facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud y los usuarios alófonos. Los agentes de salud comunitarios tienen una función añadida que los distingue de los perfiles anteriores, centrada en la emisión de ciertos mensajes sanitarios, como explicaciones acerca del problema del usuario alófono, proporcionándole una atención personalizada acorde a sus conocimientos y necesidades. Esta es una responsabilidad que no recogen los códigos deontológicos existentes en ISP (pues rompe con la imparcialidad y la neutralidad). Los intérpretes culturales del SCIS y los mediadores interculturales siguen atendiendo responsabilidades impropias, en cambio, por norma general, los del BII se muestran más estrictos en el respeto de sus principios deontológicos. De hecho, se

observan muchas similitudes entre los servicios de ISP del ámbito sanitario barcelonés y los del SCIS del MCH, que difieren, a su vez, del BII. Mientras que los primeros ponen el acento en la mediación intercultural en sus intervenciones, los intérpretes culturales del BII solamente realizan aclaraciones culturales cuando son estrictamente necesarias para la comunicación, puesto que su inclusión de manera habitual puede llevar a ideas preconcebidas, alimentando estereotipos. Además, los profesionales del BII, a pesar de contar (en general) con un nivel de estudios elevado, no se consideran lo suficientemente formados para desarrollar una gran tarea de mediación intercultural, ya que, a pesar de la relación innegable entre ambos campos, su formación se centra en el ámbito de las lenguas y no en disciplinas como la antropología cultural, dignas de descodificar el significado de las actuaciones humanas. Cabe destacar que, en Barcelona, los mediadores interculturales únicamente realizan un trasvase cultural cuando prestan servicios de ISP en su lengua materna, pues desconocen las realidades culturales de los países diferentes o distantes a su país de origen, de manera que se limitan al mero trasvase lingüístico cuando la intervención se realiza en terceras lenguas. Igualmente, el BII defiende la idea de que aquello que puede resultar habitual en una cultura puede no ser representativo de un individuo en particular, con lo que en ocasiones se podría alterar el servicio prestado si se dan por sentado generalizaciones culturales sin consultar previamente a la persona interesada. Esto demuestra que, tal y como defiende el BII, la línea de corte entre la mediación intercultural y la aplicación de estereotipos, incluso la abogacía, resulta a menudo altamente difusa. En un número reducido de centros de Barcelona, se prestan servicios de mediación intercultural sin diferencias lingüísticas, entre participantes que tienen el español como lengua materna. Dichos servicios van destinados a personas procedentes de América Latina y se centran en el trasvase cultural, dejando de lado el lingüístico. Esto no ocurre en Montreal, a pesar de la gran variedad de inmigrantes francófonos con distintas procedencias y culturas (europeos, africanos...) que pueblan la ciudad. Este hecho revela la indudable confusión que conlleva la existencia de diferentes perfiles profesionales para ocuparse de una misma realidad. La necesidad de consenso a este respecto se demuestra, pues, innegable. De lo contrario, nunca se podrá llegar a establecer este nuevo perfil profesional en el ámbito sociosanitario barcelonés. Para que esto llegue a ocurrir, se precisa la descripción del perfil profesional a instaurar, y de las responsabilidades que le pertenecen. De este modo, se conseguiría delimitar las características de los servicios necesarios en esta ciudad y actuar en consonancia con tal de extender su uso. La figura del intérprete cultural, acuñada en Montreal, parece una opción excelente a instaurar en la región sanitaria de Barcelona. Esto es así porque aproxima el punto de vista de los partidarios de la mediación intercultural, al reconocer ya desde el nombre de esta figura profesional la vertiente cultural de la ISP con el campo de la traducción y la interpretación, de imperativo conocimiento para una práctica óptima. En la línea de lo que apunta Vargas-Urpí (2014), se ha observado que la mediación intercultural responde a la intención de las políticas de inmigración catalanas de trabajar la cohesión social, la diversidad cultural y la interculturalidad. No obstante, esta denominación otorgaría mayor importancia al campo de la traducción y la interpretación, que ha sido el gran olvidado (e incluso en ocasiones infravalorado) en el ámbito sanitario barcelonés. Así, se observa la mediación

como parte intrínseca de la interpretación, lo que, de acuerdo con lo observado, se corresponde con la realidad deseable. Esto podría favorecer, análogamente, las relaciones de estos servicios con las instituciones del ámbito universitario (tal y como ocurrió en Montreal), con tal de promover una formación acorde con las expectativas y las necesidades del sector sociosanitario.

A pesar de tener una formación menos desarrollada en ISP, los que se dedican a ella en Barcelona y en el SCIS, se aferran a la idea de que no se limitan a interpretar (como si la interpretación fuese, per se, una práctica simple y, además, no exigiera, a menudo, tener en cuenta las diferencias culturales), sino que van más allá trasvasando signos culturales. Tras analizar lo expuesto por los profesionales del BII, es inevitable plantearse si los profesionales de la ISP de los contextos que nos ocupan tienen un abanico de conocimientos biculturales suficientemente amplio como para reconocerse expertos en mediación lingüística. Si bien, por norma general, son personas procedentes de la cultura del usuario, dada la escasez de horas formativas recibidas y a pesar del tiempo que lleven en el país, su conocimiento de la otra cultura raramente será superior que la de sus homólogos del BII. Este hecho, junto con las diferentes formaciones que han recibido los profesionales de la ISP, las actividades que desempeñan y el heterogéneo respeto de los principios deontológicos de la ISP, nos plantea si realmente estamos hablando de un mismo perfil profesional. En este sentido, existe la duda de si en aquellos servicios donde los profesionales de la ISP realizan tareas que no pertenecen a su perfil profesional (esto es, los servicios barceloneses y el SCIS), se está buscando verdaderamente un profesional de la ISP o más bien un profesional multiusos con buenas (o al menos algunas) competencias comunicativas en ambas lenguas. De la observación realizada para este estudio se extrae que los profesionales de la ISP del BII se ciñen a las funciones dictadas por su perfil profesional (aunque sigan siendo un tanto ambiguas en algunos aspectos) y se esfuerzan por el respeto del código deontológico de su profesión. Sin embargo, tanto los mediadores interculturales como los profesionales del SCIS, quienes se reconocen partidarios de la mediación intercultural, traspasan lo establecido por las fronteras profesionales de la ISP. Así pues, parece que la mediación intercultural (así como este servicio alternativo al BII que propone en el MCH el SCIS) haya surgido como solución alternativa y más económica a la ISP. De hecho, los requisitos de entrada a la profesión son mucho más estrictos en el BII que en los demás servicios analizados y su salario es, sin lugar a dudas, más elevado. Igualmente, muchos de sus profesionales tienen una formación en traducción e interpretación o campos afines (lo que no constituye una norma en los demás servicios estudiados), así como una formación específica en ISP. Con todo, mientras los intérpretes del BII se ciñen a interpretar para facilitar la comunicación, los profesionales de los demás servicios de ISP analizados se enfrentan a diferentes tareas, como los acompañamientos, el asesoramiento, etc. De este modo, su perfil profesional queda a caballo entre el de traductor e intérprete y el de trabajador social. Sin embargo, el papel del intérprete resulta mucho más claro si nos limitamos a describir las funciones de los profesionales del BII. Como se ha mencionado en el capítulo anterior, sus profesionales se limitan a interpretar, dado que no tienen funciones de educación sanitaria, interviniendo para mediar entre culturas únicamente

cuando esto es estrictamente necesario. Esto puede estar relacionado con la mayor profesionalización que caracteriza al BII en comparación con los demás servicios de ISP objeto de este estudio. Cabe incidir, llegados a este punto, que la situación barcelonesa a este respecto parece mucho más difusa que la montrealés. Esto es debido a que en Barcelona encontramos dos perfiles profesionales con funciones bastante dispares e incluso menos definidas que en el caso de los intérpretes del SCIS. Si bien en Montreal existe un único perfil profesional, las iniciativas puntuales tomadas a cabo por el SCIS (y seguidas, como avanzábamos, por proyectos de otros centros) no hacen más que diluir una realidad ya afianzada en el ámbito sanitario montrealés, todo ello motivado por razones económicas que, en lugar de avanzar en ISP, pueden llegar a hacer retroceder la imagen que se ha ganado dicha práctica en este contexto, acercándola un poco más a la situación incipiente barcelonesa. No obstante, gracias al respaldo institucional del BII, esto no podrá llegar a alterar las condiciones en que el Banco presta sus servicios. Sin embargo, cabe destacar que, tanto en Barcelona como en el SCIS, la falta de voluntad de los centros por invertir cantidades mayores en unos servicios de ISP más profesionalizados, supone que éstos reciban amenazas de extinción o lleguen a desaparecer. Sin embargo, el BII, dada su rígida estructura y sus buenas prácticas, sigue prestando servicios de manera habitual. Esto puede mantener una relación con el hecho de que, como se ha visto, la dirección de los centros sanitarios suelen mantenerse distantes a los servicios de ISP. Así, en Barcelona se observa como un logro el hecho de que se hayan mantenido los servicios de ISP durante un periodo de tiempo relativamente largo, hasta que muchos han empezado a disolverse, coincidiendo con el fin de los periodos de prácticas que les dieron origen y dado el desinterés que supondría este tipo de servicios para los centros de salud si éstos, para su mantenimiento, necesitaran de una inversión económica. Igualmente, se asegura que la dirección del MCH tiene otras prioridades actualmente, con lo que se han empezado a extender rumores sobre el posible declive de los servicios del SCIS.

La conciencia multicultural montrealés aludida anteriormente potencia el uso de los servicios de ISP existentes en la ciudad. Sus profesionales de la salud reconocen la necesidad de trabajar con ellos en el trato a usuarios alófonos, mientras que en Barcelona los califican de herramienta útil, aunque no siempre imprescindible, llegando incluso tacharla de capricho innecesario. De hecho, en la capital catalana algunos profesionales de la salud se muestran reticentes a trabajar con estos servicios, llegando incluso a caer en su desuso cuando se encuentran disponibles. En cambio, dicho desuso se produce en Montreal únicamente por razones financieras, pues las restricciones presupuestarias motivadas por la crisis económica han hecho que algunos centros requieran los servicios del BII únicamente en casos extremos, con tal de reducir sus gastos. Esto guarda, sin lugar a dudas, una estrecha relación con el conocimiento que los profesionales de la salud de cada ciudad tienen de la ISP. Mientras que en Barcelona una mayor difusión de estos servicios impulsaría su uso al proporcionar unos mayores conocimientos de los profesionales de la salud acerca de la ISP, en Montreal éste es un trabajo que, aunque algunos no lo reconozcan para justificar el hecho de no solicitar este tipo de servicios, ya ha dado sus frutos. Esto es así gracias, por una parte, a la gran

difusión realizada por el propio BII así como al apoyo de instituciones académicas, que han proporcionado formación en ISP a diferentes profesionales de la salud en el marco de sus estudios universitarios. En aquellas situaciones en que los profesionales de la salud no utilizan los servicios de ISP, bien porque no se encuentran disponibles o bien porque prefieren no hacerlo, son muchos y muy variados los modos en los que establecen (o intentan establecer) la comunicación con los usuarios alófonos, siendo la intervención de un acompañante el más usado. El recurso a un acompañante del usuario (en ningún caso menor de edad) como intérprete *ad hoc* llega a ser más frecuente que el uso de servicios de ISP en ambas ciudades. En Barcelona muchos profesionales de la salud tienden a solicitar a sus pacientes que traigan con ellos a sus visitas a una tercera persona que pueda facilitar la comunicación en la consulta (aunque se cuente con ISP en el centro) dado que a menudo les resulta más cómodo, aunque no niegan que los servicios de ISP les aporten una mayor seguridad. En cambio, en el ámbito sanitario montrealés, únicamente se requiere la intervención de un acompañante en ausencia de servicios de ISP, puesto que se pretende evitar el filtro informativo que supone la intervención de una persona vinculada emocionalmente al caso tratado. Esto demuestra que los profesionales de la salud de Montreal tienen un mayor conocimiento de la ISP, lo que, junto con su experiencia en el uso de estos servicios ya consolidados en el ámbito sanitario montrealés y organizados según una estructura clara, les ha hecho observar los beneficios que la ISP aporta al trato con un usuario alófono. Un aspecto a destacar a este tenor por su gravedad, es que en ambos contextos se dan situaciones en las que los profesionales de la salud evitan tratar a un paciente alófono o lo hacen de manera rápida y superficial debido al malestar que les genera la existencia de barreras en la comunicación. Esto demuestra como la ISP es esencial para garantizar un acceso en igualdad de condiciones a los servicios de salud pública a los usuarios alófonos, quienes, de no contar con estos servicios, no sólo no se llegarán a comunicar correctamente, sino que verán sus necesidades desatendidas como consecuencia de las reacciones negativas de algunos profesionales médicos.

Los servicios del BII demuestran una elevada profesionalidad (mayor al del resto de servicios observados en este estudio) al ceñirse a las especificidades de la ISP y respetar su deontología. Esto se observa en aspectos como la no realización de acompañamientos ni reuniones a solas con los usuarios, de manera que sus profesionales de la ISP (a diferencia de lo que hacen los de los otros servicios) evitan quedarse a solas con sus usuarios en ausencia del profesional de la salud). De hecho, a pesar de su papel secundario, los profesionales de la ISP barceloneses y, aunque en menor medida, los del SCIS, en ocasiones descuidan esta condición de secundarios pasando a emitir mensajes sociosanitarios. Así, en estos servicios se rompen las fronteras profesionales de la ISP, dadas las funciones que se les atribuyen, que sobrepasan las fronteras profesionales de esta práctica. Se puede considerar que esto no ocurre en el BII dado que éste presenta una estructura mucho más organizada, unos criterios de selección de profesionales de la ISP más estrictos y una supervisión mayor que garantiza una buena práctica. Igualmente, sus profesionales tienen una mayor relación con el campo de la traducción y la interpretación, así como una mayor formación

en ISP. Esto justifica por qué los profesionales del BII se encargan de tareas como la traducción de textos escritos, mientras que en los servicios de ISP de Barcelona y en el del SCIS, únicamente se les encomiendan tareas de este tipo a quienes parecen estar más capacitados. Esto pone de manifiesto la existencia de cierta desconfianza, promovida por una falta de formación específica en traducción e interpretación, que no se da con los profesionales del BII. Éstos, desconocedores de las funciones de los profesionales de la ISP, se llegan a ver amenazados, incluso rechazando en ocasiones el recurso a un intérprete, por temor a que éste se entrometa en su trabajo. De hecho, la falta de comprensión acerca de la actividad que nos ocupa, hace que algunos profesionales de la salud barceloneses duden acerca de si el profesional de la ISP pretende invadir funciones que le pertenecen. Muy probablemente, esto guarde una estrecha relación con el nivel de instrucción de cada uno de los profesionales de los que hablamos. En comparación con los profesionales de la salud, quienes tienen un avanzado nivel de estudios, los profesionales de la ISP barceloneses tienen una formación muy básica. A diferencia de los intérpretes del BII, quienes, por lo general, tienen titulaciones superiores (muchos en traducción e interpretación), los de Barcelona suelen contar únicamente con un curso formativo en mediación intercultural en el ámbito sociosanitario. Esto mueve a muchos profesionales de la salud a pensar que sus conocimientos son limitados, confiando más en los propios y desatendiendo, por ende, los consejos que el mediador intercultural puede proponer mediante sus aclaraciones culturales. De hecho, si bien la situación no llega a tal extremo en Montreal, es digna de mención la arrogancia con la que los intérpretes del BII aseguran ser tratados por algunos profesionales de la salud (en su mayoría médicos), quienes consideran sus conocimientos superiores. Esto se ve reflejado en algunos aspectos de la práctica, como la tendencia del profesional de la salud (sobre todo en Barcelona) a querer ocuparse de la gestión del turno de palabra en el intercambio conversacional (tarea propia del profesional de la ISP). Aquí, el miedo al intrusismo profesional vuelve a dominar a muchos profesionales de la salud barceloneses a causa del desconocimiento de la ISP como actividad profesional. Este mismo miedo afecta otras decisiones del profesional de la ISP que condicionan su prestación, como es el uso de la primera o la tercera persona. Aunque todos los profesionales de la ISP saben que la teoría recomienda el uso de la primera persona, no siempre cumplen dicha norma, observándose un uso generalizado de la tercera persona (aunque en Montreal se dan ambas posibilidades). Los profesionales de la salud se muestran reacios a las intervenciones en primera persona por parte del intérprete por varias razones: les parece poco natural, a menudo les resulta complicado saber quién es el emisor real de los mensajes y les parece una práctica intrusiva. Esta desconfianza generada por el mero desconocimiento de la ISP impide una práctica óptima de la misma. Aunque estas situaciones se dan también en Montreal, lo hacen en menor medida, pues la ISP está más consolidada en su ámbito sociosanitario, el conocimiento de la misma es mayor y los profesionales de la salud han ido acumulando experiencia con estos servicios, con lo que ha decrecido el miedo al intrusismo. Igualmente, ayuda el hecho de que el BII disponga de una estructura sólida, de modo que los profesionales de la salud se sienten seguros al saber que, en caso de descontento, pueden presentar sus quejas a dicha institución.

Como se ha comentado con anterioridad, la organización de los servicios de ISP del BII resulta la más elaborada. A esta, le sigue la del SCIS, siendo los menos organizados los servicios de ISP barceloneses. Aunque los profesionales de la salud de ambas ciudades aseguran que, en una situación ideal, los profesionales de la ISP se encontrarían formando parte de las plantillas de los centros en función de las necesidades, también reconocen que esto supone una utopía, dadas las condiciones financieras a que están sometidas en la actualidad.

En Montreal, el horario y la cobertura lingüística de los servicios de ISP se adecúan más a las necesidades existentes. En los servicios del SCIS, se ofrecen servicios en las lenguas más concurridas en el hospital y los horarios de disponibilidad de sus profesionales son bastante amplios. En cambio, en Barcelona, los servicios ofertados no siempre cubren las lenguas más demandadas, dado que la decisión de las lenguas ofertadas se rige por las disponibles entre las personas que se quieren dedicar a la ISP. Igualmente, los horarios resultan demasiado reducidos, no pudiendo cubrir toda la demanda.

Así, en Montreal, los servicios de ISP resultan suficientes, aunque en servicios de urgencia tal vez falta inmediatez en la respuesta, con lo que, al igual que en Barcelona, a menudo se recurre a servicios de interpretación telefónica. La diferencia en este aspecto entre las dos ciudades recae en el perfil del intérprete que trabaja por vía telefónica: mientras que en Barcelona son intérpretes que trabajan para el servicio Sanitat Respon, en Montreal son los mismos profesionales del BII (a poder ser uno conocedor del caso a tratar). Así, la disponibilidad de servicios de ISP en Montreal es mucho mayor que en Barcelona. Los del BII están disponibles en todo momento, incluso fuera de horario, en días festivos o en fin de semana. Igualmente, mientras que en Barcelona algunos usuarios quedan excluidos de los servicios de ISP, tanto el BII como el SCIS han intentado evitar dicho problema al no centrarse en pares lingüísticos determinados, sino intentar abastecer el máximo de necesidad y gestionar los cambios provocados por las fluctuaciones de los flujos migratorios.

Con todo, se observa que los servicios de ISP de Montreal se encuentran ya establecidos y normalizados, mientras que en Barcelona, la inserción en el ámbito sociosanitario de esta nueva práctica, con un nuevo perfil profesional, se ha visto truncada por motivos económicos, así como por la escasa colaboración gubernamental. Aunque en ambos contextos se insta a mejorar las condiciones laborales, la necesidad de hacerlo es mucho más evidente en Barcelona. Sin embargo, esto debería ir acompañado de una profesionalización de esta actividad, que partiera de una formación más sólida y más ligada al campo de la traducción y la interpretación. Los servicios del BII han seguido esta línea desde un principio y han sido los que han encontrado menores dificultades y mejores resultados. La creación de servicios alternativos o perfiles profesionales en búsqueda de figuras multiusos que presten servicios multilingües de una manera más económica (como los servicios del SCIS en Montreal o las figuras del mediador intercultural y el agente de salud comunitario en Barcelona) no hace más que dificultar la normalización de la profesión del intérprete en el ámbito sociosanitario. De hecho, es

indudable que todos los perfiles estudiados dan respuesta a una misma necesidad social: la comunicación de los miembros de una minoría lingüística con los representantes de la Administración. Además, todos deben ser competentes en las dos lenguas y en las dos culturas. No obstante, a diferencia de Montreal, donde el ámbito de la traducción y la interpretación es altamente reconocido entre las profesiones de gran prestigio, en Barcelona se da un extendido desconocimiento de la interpretación como actividad profesional. Es por ello que, bajo el desconocimiento de la formación y las competencias reales de éstos, de los mediadores interculturales y de los agentes de salud comunitaria, se atribuya un mayor valor a las dos últimas ocupaciones. Esto se debe al desconocimiento de la idiosincrasia de la traducción y la interpretación. De hecho, la interpretación no es más que la traducción de la palabra hablada y, tal y como apuntaba House (1977), la traducción se centra en la búsqueda de la equivalencia de significado pragmático, aunque ello no suponga una equivalencia semántica, siendo esta práctica la “reconstrucción pragmática del texto original”. Así, resulta indudable que la mediación intercultural, es decir, el trasvase de códigos culturales, forme parte de la interpretación, pues no es más que la búsqueda del equivalente funcional. Así, tras analizar los diferentes perfiles en relación con sus actuaciones en ISP, cabe decir que se deberían aunar esfuerzos para unificar el perfil profesional, definiendo las competencias necesarias para todo profesional de la ISP y delimitando las funciones que le son propias, en busca del desarrollo de la ISP como profesión pero, sobre todo, para adecuar los servicios a las necesidades reales.

A nivel organizativo, cabe destacar que mientras que, a diferencia de lo ocurrido en Barcelona, donde a falta de una estructura preestablecida, los servicios de ISP han ido evolucionando de manera irregular en los diferentes centros (con interrupciones, diferentes lenguas según la temporada, alterando los horarios de disponibilidad, etc.), en Montreal la buena administración del BII ha permitido prestar servicios de ISP de manera ininterrumpida, gestionando las fluctuaciones promovidas por las características de la inmigración de cada momento. Además, los profesionales de la ISP del ámbito sanitario montrealés cuentan con la simpatía, apoyo y colaboración de sus superiores jerárquicos dentro de los respectivos bancos. En Barcelona, si bien suelen trabajar en equipos, su trabajo resulta muy autónomo, pues no cuentan con la figura de un superior jerárquico profesional de la ISP, dado que los referentes que tienen en los diferentes centros suelen ser personas ajenas a esta práctica, procedentes de otros campos. En este aspecto, se empieza a considerar la conveniencia de gestionar los servicios de ISP barceloneses de una manera diferente, de modo que exista una figura a quien puedan recurrir ante cualquier problema o dificultad. Esto podría solucionarse instaurando un banco de intérpretes adaptado a la idiosincrasia de la sociedad barcelonesa y a su estructura administrativa y situación económica, que tenga en cuenta las carencias que pueda presentar el BII de Montreal, para así poder avanzar en el modelo profesional. Podría interesar instaurar un banco de intérpretes en la región sanitaria de Barcelona cuya dirección estuviera compartida entre dos figuras: una administrativo-política y otra operativa, cuyo gestor fuera un profesional de la ISP cualificado.

En cuanto a la formación, se observa la conveniencia en Barcelona de decidir el perfil profesional que se quiere instaurar. Para ello, sería ideal investigar cuáles son las necesidades reales en su contexto sociosanitario, con un estudio de caso que profundice en las dificultades encontradas a raíz de la existencia de barreras lingüísticas y culturales en la comunicación con usuarios alófonos. Montreal ya ha superado estas incógnitas iniciales y ha logrado prosperar en cuanto a formación, con la inserción de un itinerario en ISP dentro del Certificado en Traducción (gracias a la colaboración del BII), así como la creación de una formación profesional en el Dawson College (fruto de los esfuerzos del SCIS). No obstante, sorprende que esta nueva iniciativa tomada por el BII proponga una formación de un nivel inferior de la ya existente en la Université de Montreal. Con todo, se deduce la necesidad de normalización de la formación en ISP que lleve a una acreditación y una certificación formales en ISP. Convendría reglar dicho aspecto de la ISP con tal de llegar a un consenso en cuanto a la carga curricular de la formación mínima exigible a todos los profesionales de la ISP, a condiciones de trabajo, ética profesional, etc. Si bien esto se encuentra a años luz de las posibilidades inmediatas para la aplicación en Barcelona, una certificación en ISP es algo a lo que se debe aspirar también en la capital catalana.

La inestabilidad de los servicios de ISP del ámbito sociosanitario de Barcelona exige establecer una estructura de servicios de ISP más organizada. Para ello, convendría estudiar las necesidades en ISP de la región sanitaria. Esto contribuiría tanto a la concienciación de la sociedad, demostrando de manera cuantitativa los problemas causados por unos servicios poco acordes a la realidad, como la proliferación de la ISP como actividad profesional. Una solución propuesta a lo largo de este estudio, a mi parecer acertada, es la creación de un Banco de intérpretes que, como el BII en Montreal, preste servicios de ISP a los diferentes centros de salud barceloneses bajo demanda. Así, se necesitaría un número más reducido de profesionales de la ISP, que cubrirían las demandas de toda la ciudad. De este modo, se podrían reforzar los criterios de selección de los mismos y exigir una formación más acorde con la práctica realizada. Igualmente, esto permitiría ampliar la disponibilidad horaria de los servicios de ISP disponibles en Barcelona, así como la cobertura lingüística. Contar con un número reducido de profesionales de la ISP por lengua, que proporcionara su disponibilidad, permitiría que, al igual que en Montreal, se pudieran cubrir las demandas generadas en la ciudad, contribuyendo también a mejorar las condiciones de trabajo de estos profesionales, quienes cobrando por servicio prestado, se podrían dedicar únicamente a esta labor, y cobrarían de acuerdo con sus conocimientos y el trabajo prestado. De hecho, en Montreal, se ha observado que las condiciones de trabajo del BII y el volumen de encargos hacen que sus intérpretes estén satisfechos con la remuneración recibida, aunque ésta siga siendo inferior a la de intérpretes en otros contextos, como en el sector de las conferencias. En cambio, en Barcelona, las condiciones de trabajo de los profesionales de la ISP son menos favorables. De hecho, los fondos que sufragan sus servicios proceden de subvenciones y proyectos, con lo que su trabajo resulta bastante inestable. Se podría invertir en la organización de un Banco que posibilitara unas mejores condiciones laborales, con lo que no se pusiera en peligro el abandono de la profesión ni,

lo que es peor, que se dejen de prestar servicios lingüísticos a los usuarios alófonos. Igualmente, se ha observado que, si bien los centros sanitarios barceloneses, así como el MCH, facilitan recursos materiales a sus profesionales de la ISP, el BII no lo hace, limitándose al trabajo administrativo y al asesoramiento de sus profesionales, lo que resulta satisfactorio para los mismos, argumentando que no necesitan que se les proporcionen recursos materiales concretos. Dado que en los servicios de ISP de Barcelona, así como en el del MCH, se proporcionan diversos recursos materiales a los profesionales de la ISP, con el fin de hacer viable el pago de servicios de ISP externos, pudiendo prescindir de los servicios poco estructurados y profesionalizados existentes y respetando los presupuestos disponibles, el dinero destinado a estos recursos (considerados prescindibles) podrían destinarse a sufragar los servicios del Banco, si no de manera total, al menos en parte.

Para reforzar esta propuesta, se precisa concienciar no sólo a la sociedad barcelonesa, sino también a las autoridades involucradas, de la necesidad de gestionar la comunicación con las minorías lingüísticas en el ámbito sociosanitario, con tal de que las iniciativas privadas en ISP pasaran a ser públicas o, al menos, que éstas contaran con el apoyo del gobierno. Igualmente, es menester que se llegue a acordar un perfil profesional concreto, reglado por el estado, tal y como se ha conseguido en Montreal. Pese a los claros beneficios aportados en este ámbito por las iniciativas particulares que se han comentado, cabría esperar que éstas vinieran impulsadas por instituciones estatales. Esto sería provechoso para el perfil profesional de sus trabajadores, que se vería afianzado por la seguridad que proporciona el hecho de contar con una acreditación. Así pues, la Administración podría ejercer un papel unificador en el diseño de la profesión, su currículo formativo, su código deontológico, etc. Con ello se combatiría el sentimiento de frustración que reina entre los profesionales de la ISP barceloneses, motivado por las diferencias entre sus expectativas iniciales y la realidad del ámbito laboral. Igualmente, se eliminarían las expectativas irreales que presentan tanto los profesionales de la salud como los usuarios de estos servicios, que originan la solicitud de tareas que no corresponden a los profesionales de la ISP.

Por su parte, Montreal precisa de un cambio de la legislación vigente que reconozca y delimite las funciones del perfil profesional que estudiamos, para evitar que, como se empieza a observar en algunas iniciativas tomadas, se integre una nueva figura (como la del mediador, apoyada como novedad por los proyectos de algunos centros) en detrimento de la proliferación del intérprete cultural. Igualmente, la definición de manera clara y reglada de las funciones concretas que corresponden a este perfil profesional evitaría malentendidos en la práctica. Si bien ya se ha recorrido un camino hacia el reconocimiento profesional del intérprete cultural, el pleno reconocimiento de la OTTIAQ ayudaría a que esta práctica ganara profesionalización, evitando los posibles pasos atrás e impulsando el desarrollo de estos profesionales, del mismo modo que se ha conseguido con las profesiones de traductor, terminólogo o incluso intérprete de conferencias. El apoyo de un organismo de esta índole, que velara por los derechos y

deberes de los intérpretes culturales, haría que esta profesión gozara de un mayor conocimiento y reconocimiento dentro del sistema sanitario montrealés.

La gran aportación que Barcelona puede hacer al sistema de ISP en el ámbito sociosanitario montrealés reside en el ámbito de la formación. Si bien los mediadores interculturales en activo a la hora de realizar el estudio contaban con un curso oficial pero no reglado en mediación intercultural, se han ido tomando cartas en el asunto hacia una formación en ISP más acorde a las exigencias de la profesión. Esto ha sido posible gracias a la movilización del ámbito universitario, desde donde se han ido ideando diferentes propuestas para mejorar la formación de los profesionales de la ISP. Si bien el BII cuenta con el apoyo de la Université de Montréal, donde se ofrece un itinerario específico en ISP consistente en dos asignaturas (*Interprétation en milieu social* y *Communication interculturelle*), en esta ciudad se han empezado a promover otras iniciativas que reducen la formación en ISP a un nivel de formación profesional, sin exigencias acerca de los conocimientos adquiridos en el ámbito de la traducción y la interpretación de acuerdo con pares lingüísticos concretos. En Barcelona, se ha tomado la dirección contraria. Concretamente, el grupo de investigación MIRAS de la Universitat Autònoma de Barcelona, al que pertenezco y al que se adscribe la presente tesis doctoral, ha ido aunando esfuerzos en la materia. Así se han ido proponiendo diferentes tipos de formaciones (en función del número de alumnos y los recursos disponibles) para enmarcar los estudios en ISP en el ámbito universitario, concretamente, en las facultades de traducción e interpretación. Las iniciativas tomadas en Barcelona se podrían proporcionar a modo de base para los nuevos profesionales de la ISP del ámbito montrealés, así como también podrían servir de formación continua para los que se encuentran en activo. Estas, son muy diversas, pues se han instaurado programas formativos en diferentes especialidades, como la judicial (entre los que destaca el Máster en Traducción Jurídica e Interpretación Judicial). Aun así, dado que esta tesis doctoral ha estudiado la ISP en contexto sanitario, subrayo, por su relación con el tema tratado, los siguientes programas:

- Curso de especialización en Interpretación en los Servicios Públicos de Cataluña

Este curso de postgrado de 180 horas de duración trata los siguientes contenidos:

- ISP y comunicación intercultural (12 h.)
- Políticas y lenguas de la inmigración en Catalunya (12 h.)
- Conocimientos básicos del ámbito sociosanitario para profesionales de la ISP (32 h.)
- Conocimientos básicos del ámbito judicial para profesionales de la ISP (32 h.)
- Técnicas de interpretación (32 h.)
- Recursos y herramientas: terminología i documentación (8 h.)

- Prácticas de ISP en el aula (32 h.)
- Observación y reflexión sobre la práctica profesional (20 h.)
- Cursos de formación (de fin de semana) en ISP.

Las temáticas tratadas en estos cursos abarcan la ISP en los ámbitos sanitario y judicial, así como la ISP telefónica y por videoconferencia. Concretamente, los contenidos específicos tratados en este curso de ISP en el ámbito sanitario de 10 h. incluyen el rol del intérprete en el ámbito sanitario (cuestiones profesionales y códigos éticos), técnicas de interpretación aplicadas al ámbito sanitario, análisis de situaciones de ISP en el ámbito sanitario y prácticas en el aula.

De este modo, los servicios de ISP de Montreal se podrían beneficiar de una mayor carga curricular en ISP en la oferta lectiva dentro del grado universitario en traducción, puesto que las asignaturas impartidas en la materia, aparte de ser optativas, tratan la ISP de manera muy generalista. Aun así, cabe destacar que ambas ciudades siguen teniendo un largo camino por recorrer en el aspecto formativo, con tal de llegar a una acreditación y certificación oficial y reglada.

Este trabajo comparativo de la realidad actual de la ISP en el ámbito sanitario de Barcelona y Montreal supone una primera aproximación al trabajo conjunto en este ámbito. Los trabajos realizados hasta el momento se centran en estudiar realidades independientes, dando solución a los problemas que surgen en un lugar determinado. En este estudio se ha buscado comparar dos realidades con tal de observar las posibles lecciones que se pueden aprender caminando en paralelo hacia una misma meta: el reconocimiento pleno de la ISP como actividad profesional y su instauración y normalización en el ámbito sanitario. Tras el análisis realizado, corroboro la viabilidad del método de investigación aplicado, que sigue un sistema de análisis diseñado expresamente para este estudio, basado en el ideado para un estudio previo que ha servido de trabajo piloto (Burdeus-Domingo, 2010). La estrategia analítica propuesta puede servir de guía para futuras investigaciones similares, ya sea en el ámbito sanitario o en otros ámbitos de actuación en ISP.

Son muchos los frentes que se abren a partir de esta tesis doctoral para posibles investigaciones futuras. Este estudio ofrece una imagen global de la interpretación sociosanitaria en ambas ciudades, y pone de relieve la existencia de gran cantidad de aspectos que se podrían estudiar con mayor profundidad. Se trata de temas diversos relacionados con la organización y estructuración de los servicios, la calidad de los mismos, los niveles de satisfacción alcanzados, etc. o aspectos relacionados con la actuación del profesional de la ISP, como la direccionalidad de la comunicación en la consulta trialógica, las relaciones de poder o aspectos éticos, por enumerar solo algunos. Resultaría interesante realizar un estudio comparativo de estas dos realidades, basado en la observación de interacciones reales en consultas trialógicas, con tal de comparar la profesionalidad de los intérpretes de ambas ciudades, así como su nivel de respeto de los principios deontológicos de la profesión. Con un estudio de esta índole, que tuviera en

cuenta el currículo formativo de los profesionales de la ISP de ambos contextos, se podría avanzar hacia el establecimiento de una acreditación en ISP. Asimismo, se podrían elaborar estudios que comparen otras ciudades, con tal de estudiar nuevos posibles retoques que contribuyan al perfeccionamiento de los servicios ya disponibles y, del mismo modo, promover la unificación de la formación y la acreditación de profesionales de la ISP a escala global.

Concluyo esta tesis doctoral con la satisfacción de haber emprendido un camino hacia el trabajo colectivo en ISP, con la esperanza de iniciar otros trabajos, en un futuro, que conduzcan hacia una definición de la profesión y una homogeneización de la práctica. La ISP es cada día más necesaria, dados los ingentes movimientos poblacionales que caracterizan a las sociedades de la era de la globalización. Mientras presento esta tesis, van aconteciendo situaciones de incomunicación en los servicios públicos, va incrementando la voluntad de paliarlas y se van poniendo en marcha diferentes soluciones con el fin de facilitarles el acceso a los usuarios alófonos. Igualmente, se van ideando programas de ISP distintos en diferentes partes del mundo, con tal de hacer frente a una misma realidad. Este trabajo no contempla todos los ámbitos de la ISP, aunque pone de manifiesto la conveniencia de aunar esfuerzos hacia la definición de un perfil profesional claro y bien delimitado. Es cierto que no se podría describir un único modelo perfecto de servicios de ISP, puesto que el modelo ideal depende de las necesidades vividas en cada contexto concreto. No obstante, las acciones conjuntas pueden ayudar a definir y consolidar la ISP como profesión, para que ésta sea ejercida en la práctica de una manera estandarizada, adaptada a las necesidades de cada realidad.

# Bibliografía

## Bibliografía

- Abril Martí, M. I. (2002). *La interpretación social como género: caracterización y estado de la cuestión*. Universidad de Granada.
- Abril Martí, M. I. (2006). *La interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como Género, Contextualización y Modelos de Formación. Hacia unas Bases para el Diseño Curricular*. Universidad de Granada.
- Abril Martí, M. I. (2008). La interpretación en los servicios públicos en la Unión Europea: Una selección de panoramas nacionales. En *III Jornada Internacional de bones pràctiques de gestió del multilingüisme. Els serveis de traducció, interpretació i mediació a les llengües dels immigrants*. Barcelona.
- Abril Martí, M. I. y Martín, A. (2008). Profesionalizar en la práctica: la competencia en interpretación en los servicios públicos como base para la formación de profesionales. En C. Valero-Garcés (Ed.), *Investigación y Práctica en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos DESAFÍOS Y ALIANZAS* (pp. 103–120). Madrid: Universidad de Alcalá.
- Abril Martí, M. I. y Martín, A. (2011). La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. En *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1521–1534). Granada: Instituto de Migraciones.
- Agger-Gupta, N. (2001). *From “making do” to established service, the development of health care interpreter services in Canada and the United States of America: A grounded theory study of health organization change and the growth of a new profession*. The Fielding Graduate Institute.
- Aguilar-Solano, M. A. (2013). Working practices and ethical challenges of healthcare interpreters as institutional agents embedded in the patients' community. En *Critical Link 7*. Toronto. Disponible en [http://works.bepress.com/maria\\_aguilar/5](http://works.bepress.com/maria_aguilar/5)
- Agustí Panareda, J. (2003). *The Complex Plasticity of Mediation. Intercultural Mediators in Catalonia*. Stanford University.
- Ainsworth-Vaughn, N. (1998). *Claiming Power in Doctor-patient Talk*. Nueva York: Oxford University Press.

- Alexieva, B. (1997). A Typology of Interpreter-Mediated Events. *The Translator*, 3(2), 153–174.
- Alonso Araguás, I. (2006). Nuevos desafíos y viejos problemas: algunos antecedentes históricos de la mediación lingüística y la interculturalidad en la España contemporánea. *Revista Española de Lingüística Aplicada*, 1, 15–18.
- Álvarez, R. y Vidal, M. C.-Á. (1996). Translating: A Political Act. En R. Álvarez y M. C.-Á. Vidal (Eds.), *Translation, Power, Subversion* (pp. 1–9). Clevedon: Multilingual Matters.
- Anazawa, R., Ishikawa, H. y Kiuchi, T. (2012). The accuracy of medical interpretations: A pilot study of errors in Japanese-English interpreters during a simulated medical scenario. *Translation and Interpreting*, 4(1), 1–20.
- ANECA. (2004). *Libro Blanco del Título de Grado en Traducción e Interpretación*. Disponible en [http://www.aneca.es/var/media/150288/libroblanco\\_traduc\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150288/libroblanco_traduc_def.pdf)
- Angelelli, C. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli, C. (2008). The Role of the Interpreter in the Healthcare Setting: A Plea for a Dialogue between Research and Practice. En C. Valero-Garcés (Ed.), *Building Bridges: the Controversial Role of the Community Interpreter* (pp. 139–152). Amsterdam: John Benjamins.
- Arumí, M., Bestue, C., García-Beyaert, S., Gil-Bardají, A., Minett, J., Onos, L., Ruiz de Infante, B., Ugarte, X. y Vargas-Urpí, M. (2011). *Comunicar en la diversitat. Intèrprets, traductors i mediadors als serveis públics*. Barcelona.
- Arumí, M., Gil-Bardají, A. y Vargas-Urpí, M. (2011). Traducció i immigració: La figura de l'intèrpret als serveis públics de Catalunya. *Quaderns*, 18, 199–218.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2013). *Banque interrégionale d'interprètes 2012-2013*. Montreal.
- Athorp, C. y Downing, B. T. (1996). Modes of Doctor–Patient Communication: How Interpreter Roles Influence Discourse. En *Annual Conference of the American Association for Applied Linguistics*. Chicago.
- Baixaoli Olmos, L. (2012). *La interpretació als serveis públics des d'una perspectiva ètica. La deontologia professional i l'aplicació al context penitenciari*. Universitat Jaume I.
- Baker, D. W., Hayes, R. P. y Fortier, J. P. (1998). Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients. *Medical Care*, 36(10), 1461–1470.
- Bancroft, M. (2004). *Standards of Practice for Interpreters an Environmental Scan*. California.

- Bancroft, M. (2005). *The Interpreter's World Tour: The Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters*. NCIHC.
- Bancroft, M. (2013). The voice of love. Disponible en <http://www.volinterpreting.org>
- Bancroft, M., Bendana, L., Bruggeman, J. y Feuerle, L. (2013). Interpreting in the gray zone: Where community and legal interpreting intersect. *Translation and Interpreting*, 5(1), 94–113. <http://doi.org/10.12807/ti.105201.2013.a05>
- Barragán, C. (2000). ¿Qué se esconde tras la formación intercultural? En *II Congreso sobre la Inmigración en España. España y las Migraciones Internacionales en el Cambio de Siglo*. Madrid.
- Beltran Avery, M.-P. (2001). *The Role of the Health Care Interpreter: An Evolving Dialogue*.
- Bergeron, G. (2002). L'interprétation en milieu judiciaire. *Méta*, 47(2), 225–232.
- Berk-Seligson, S. (1989a). The impact of politeness in witness testimony: the influence of the court interpreter. *Multilingua*, 7(4), 411 – 439.
- Berk-Seligson, S. (1989b). The role of register in the bilingual courtroom: evaluative reactions to interpreted testimony. *International Journal of Th Sociology of Language*, 79, 79–91.
- Bernstein, J., Bernstein, E., Dave, A., Hardt, E., James, T., Linden, J., Mitchell, P., Oishi, T. y Safi, C. (2002). Trained medical interpreters in the emergency department: effects on services, subsequent charges, and follow-up. *Journal of Immigrant Health*, 4(4), 171–6. <http://doi.org/10.1023/A:1020125425820>
- Blanchfield, B. B., Gazelle, G. S., Khaliif, M., Arocha, I. S. y Hacker, K. (2011). A framework to identify the costs of providing language interpretation services. *Health Care Poor Underserved*, 22(2), 523–531.
- Bolden, G. B. (2000). Toward Understanding Practices of Medical Interpreting: Interpreters' Involvement in History Taking. *Discourse Studies*, 2(4), 387–419. <http://doi.org/10.1177/1461445600002004001>
- Bourque, R. (2004). *Guide sur les services de santé et les services sociaux pour les interprètes en milieu social*. Montreal: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Bowen, M. (1998). Community interpreting. En *Handbuch Translation* (M. Snell-H, pp. 319–321). Tübingen: Stauffenburg.

- Bowen, S. (2001). *Language Barriers in Access to Health Care*. Health Systems Division, Health Policy and Communications Branch, Health Canada. Disponible en <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-eng.php>
- Bowen, S. (2010). From “multicultural health” to “knowledge translation”—rethinking strategies to promote language access within a risk management framework. *JoSTrans The Journal of Specialised Translation*, (14), 145–164.
- Bowen, S. (2011). Les barrières linguistiques dans l'accès aux services de santé- État des connaissances et pratiques exemplaires. En *RCSSS, Rencontre d'échanges*.
- Buendía, L. (1997). La investigación por encuesta. La investigación observacional. En L. Buendía, P. Colás y F. Hernández (Eds.), *Métodos de investigación en psicopedagogía* (pp. 120–203). Madrid: McGraw-Hill.
- Burdeus-Domingo, N. (2010). *Interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario en la provincia de Barcelona*. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en [http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/hdl\\_2072\\_170116/Treball\\_de\\_recerca\\_Noelia\\_Burdeus\\_Domingo.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/hdl_2072_170116/Treball_de_recerca_Noelia_Burdeus_Domingo.pdf)
- Cabero, J. y Hernández, M. J. (1995). Utilizando el vídeo para aprender. Una experiencia con los alumnos de magisterio. Sevilla: Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías de la Universidad de Sevilla.
- Cambridge, J. (1999). Information Loss in Bilingual Medical Interviews through an Untrained Interpreter. *The Translator*, 5(2), 201–219. <http://doi.org/10.1080/13556509.1999.10799041>
- Cambridge, J. (2002). Interlocutor roles and the pressures as interpreters. En C. Valero-Garcés y G. Mancho-Barés (Eds.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas Necesidades para Nuevas Realidades* (pp. 119–124). Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Cambridge, J. (2003). Unas ideas sobre la interpretación en los servicios de la salud. En C. Valero-Garcés (Ed.), *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro* (pp. 57–59). Granada: Comares.
- Candlin, C. y Candlin, S. (2003). Health care communication: A problematic site for applied linguistics research. *Annual Review of Applied Linguistics*, 23, 134–154.
- Carballo, M. (2006). El impacto de la migración en la salud: el caso de la diabetes. En *Centro Internacional para la Migración y la Salud. Encuentro en la Escuela de Verano de Salud Pública*.
- Castiglioni, M. (1997). *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*. Milano: FrancoAngeli.

- Castillo García, G. S. y Taibi, M. (2005). El papel del intérprete en el ámbito sanitario: Reflexiones desde la experiencia. En C. Valero-Garcés (Ed.), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas/Translation as Mediation or How to Bridge Linguistic and Cultural Gaps* (pp. 108–113). Alcalá de Henares.
- Chávez Alizo, N. (2007). *Introducción a la Investigación Educativa*. Maracaibo: Gráfica González.
- Chen, A. (2003). In the right words: Addressing language and culture in providing healthcare. *Asian and Pacific Islander American Health Forum, Remarks at Grantmakers in Health Issue Dialogue*. San Francisco.
- Chesher, T., Slatyer, H., Doubine, V., Jaric, L. y Lazzari, R. (2003). Community-based interpreting: the interpreters' perspective. En L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin y H. Clarke (Eds.), *The Critical Link 3: interpreters in the community: selected papers from the Third International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings* (pp. 273–292). Montreal: Amsterdam; Filadelfia: John Benjamins Publishing.
- Cokely, D. (1982). The interpreted medical interview: It loses something in the translation. *The Reflector*, 3, 5–10.
- Cokely, D. (2000). Exploring Ethics: A Case for Revising the Code of Ethics. *RID Journal of Interpretation*, 25–57.
- Corsellis, A. (1997). Training needs of public personnel working with interpreters. En S. E. Carr, R. P. Roberts, A. Dufour y D. Steyn (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community: Papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings* (pp. 77–89). Amsterdam: John Benjamins.
- Corsellis, A. (2002). Interpreting and Translation in the UK Public Service. The pursuit of Excellence versus, and via, expediency. En G. Anderman y M. Rogers (Eds.), *Translation Today. Trends and Perspectives* (pp. 71–90).
- Corsellis, A. (2003). Interpreting and translation in the UK public services: The pursuit of excellence versus, and via, expediency. En G. Aderman y M. Rogers (Eds.), *Translation Today: Trends and Perspectives* (pp. 180–191). Clevedon: Multilingual Matters.
- Corsellis, A. (2008). *Public Service Interpreting. The First Steps*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Crammond, R. (2002). *Health Care Interpretation Information and Education Network (HCIEN) Position paper on interpretation in health care in Toronto*.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks/Londres/Nueva Delhi: Sage Publications Ltd.

- Crezee, I. H. M. (2013). *Introduction to Healthcare for Interpreters and Translators*. John Benjamins Publishing Company.
- CRSH, CRSNG y IRSC. (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2)*.
- Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4, 379–405.
- Davidson, B. (2001). Questions in cross-linguistic medical encounters: the role of the hospital interpreter. *Anthropological Quarterly*, 74(4), 170–178.
- Davidson, B. (2002). A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse. *Journal of Pragmatics*, 34, 1273–1300.
- De Pedro Ricoy, R. (2010). Training Public Service Interpreters in the UK: A fine balancing Act. *JoSTrans The Journal of Specialised Translation*, (14), 100–120.
- Dean, R. K. y Pollard, R. Q. (2006). From best practice to best practice process: Shifting ethical thinking and teaching title. En E. M. Maroney (Ed.), *A new chapter in interpreter education: Accreditation, research and technology* (pp. 119–131). Monmouth: CIT.
- Dean, R. K. y Pollard, R. Q. (2011). Context-based ethical reasoning in interpreting: A demand control schema perspective. *The Interpreter and Translator Trainer*, 5(1), 155–182.
- Denzin, N. K. (1970). *The Research Act in Sociology*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Dragoje, V. y Ellam, D. (2007). Shared Perceptions of Ethics and Interpreting in Health Care. En S. B. Hale, U. Ozolins y L. Stern (Eds.), *Critical Link 5: Quality in interpreting – a shared responsibility* (pp. 1–29). Sydney.
- Ebden, P., Carey, O. J., Bhatt, A. y Harrison, B. (1988). The bilingual consultation. *Lancet*, 1(8581), 347.
- Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C. y Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science y Medicine*, 52(9), 1343–1358.
- Englund Dimitrova, B. (1997). Degree of interpreter responsibility in the interaction process in community interpreting. En S. E. Carr, R. P. Roberts, A. Dufour y D. Steyn (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community: Papers from the 1st*

- international conference on interpreting in legal, health and social service settings* (pp. 147–164). Geneva Park.
- Erasmus, M. (1999). Theoretical aspects of liaison interpreting a South African. En M. Erasmus (Ed.), *Liaison interpreting in the community* (pp. 47–58). Pretoria: Van Schaik.
- Erasmus, M. (2000). “Community Interpreting” in South Africa. Current trends and future prospects. En R. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham y A. Dufour (Eds.), *The critical link 2: Interpreters in the community* (pp. 191–206). Filadelfia: Amsterdam: John Benjamins Publishing Co.
- Ertl, A. y Pöllabauer, S. (2010). Training (Medical) Interpreters—the Key to Good Practice. MedInt: A Joint European Training Perspective. *The Journal of Specialised Translation*, (14), 165–193.
- Farley, R., Guillemette, R. y Rivest, F. (2014). Les services d’interprétation dans le système de santé: enjeux et stratégies pour le Canada. En *82e congrès de l’Acfas*.
- Ferner, S. y Liu, H. (2009). Comprehensive strategy towards delivering better communications and better health care to non-English speaking New Zealanders? *The New Zealand Medical Journal*, 122(1304), 123–5.
- Fischbach, H. (1998). *Translation and Medicine*. Filadelfia: John Benjamins.
- Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L. y Hardt, E. J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6–14.
- Foddy, W. (1996). The in-depth testing of survey questions: A critical appraisal of methods. *Quality & Quantity*, 30, 361–370.
- Gallart, M. A. (1993). La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de investigación. En F. et al. Forni (Ed.), *Métodos cualitativos II. La practica de la investigación*. Buenos Aires: CEAL.
- Garbber, N. (2000). Community interpretation: a personal view. En R. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham y A. Dufour (Eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*: *Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings* (pp. 9–20). Vancouver: John Benjamins.
- García-Beyaert, S. (2008). El derecho a la comunicación efectiva. En *IV Congreso Internacional ESLETRA (El Español Lengua de Traducción para la Cooperación y el Diálogo)*. Toledo.
- García-Beyaert, S. y Serrano Pons, J. (2009). Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud. En J. Morera, A. Alonso y H. Huerga

- (Eds.), *Manual de atención al inmigrante* (pp. 53–65). Madrid: Ergón. Disponible en <http://www.l-in-k.org/Garcia-Beyaert-2009-Recursos-para-superar-barreras-ling-cult-en-salud.pdf>
- Garrett, P. (2009). Healthcare Interpreter Policy: Policy determinants and current issues in the Australian context. *Interpreting & Translation*, 1(2), 44–54.
- Gehrke, M. (1993). Community Interpreting. En C. Picken (Ed.), *Translatiom - The Vital Link - Proceedings of the XIII FIT World Congress* (pp. 417–421). Londres: ITI.
- Gentile, A. (1988). Types of Oral Translation in the Australian Context. *Meta*, 33(4), 480–484.
- Gentile, A. (1997). Community interpreting or not? Practices, standards and accreditations. En S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour y D. Steyn (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community: Papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings* (pp. 109–118). Amsterdam y Filadelfia: John Benjamins.
- Gentile, A., Ozolins, U. y Vasilakakos, M. (1996). *Liaison interpreting: a handbook*. Carlton South, Vic: Melbourne University Press.
- Giménez Romero, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. *Migraciones*, 2, 125–159.
- Gish, S. (1990). *Ethics and decision making for in terpreters in health care settings: A student manual*. Minneapolis: College of St. Catherine.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine Publishing Company.
- González, E. (2008). Impacto de las barreras lingüísticas y culturales en el estado de salud de la población inmigrante. In C. Valero-Garcés, C. Pena Díaz y R. Lázaro Gutiérrez (Eds.), *Investigación y Práctica en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Desafíos y Alianzas* (pp. 228–339). Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Gray, B., Stubble, M. y Hidlers, J. (2012). How to use interpreters in general practice: the development of a New Zealand toolkit. *Journal of Primary Health Care*, 4(1), 52–61.
- Hale, S. (2005). The interpreter's identity crisis. En J. House, M. R. Martin Ruano y N. Baumgarten (Eds.), *Translation and the Construction of Identity. IATIS Yearbook* (pp. 14 – 29). Seoul.
- Hale, S. (2007). *Community Interpreting* (1st ed.). Palgrave Macmillan.
- Hale, S. y Luzardo, C. (1997). What am I expected to do? The interpreter's ethical dilemma. A study of Arabic, Spanish and Vietnamese speakers' perceptions and expectations of interpreters. *Antipodean. The Australian Translation Journal*, 10–16.

- Hale, S. y Napier, J. (2013). *Research Methods in Interpreting: A Practical Resource*. Londres/Nueva Delhi/Nueva York/Sydney: Bloomsbury Academic.
- Hamel, J., Dufour, S. y Fortin, D. (1993). *Case study methods*. Newbury Park: Sage Publications Ltd.
- Hampers, L. C. y McNulty, J. E. (2002). Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(11), 1108–13.
- Harris, B. (1997). Foreword: A landmark in the evolution of interpreting. En S. E. Carr, R. P. Roberts, A. Dufour y D. Steyn (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community: Papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings* (pp. 1–3). Geneva Park.
- Harris, B. (1998). The Supreme Court of Canada strikes another blow for interpretation. *Critical Link Newsletter*, 4, 5–6.
- Hemlin, I. y Clarke, H. (2006). *Services d'interprétation dans les soins de santé : un meilleur accès aux soins de santé primaires. Rapport de Montréal: Un aperçu de l'histoire, du développement et de la situation actuelle des services d'interprétation au Québec*. Montreal.
- Hernández Sampieri, R. et al. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw.
- Hernández, J. G. et al (2011). Seminario: Generación de teoría. Teoría fundamentada. Universidad del Zulia.
- HIN. (2007). *National Standard Guide for Community Interpreting Services*. Toronto.
- Hoen, B., Nielsen, K. y Sasso, A. (2006). *Health Care Interpreter Services: Strengthening access to primary health care. National Report: An overview of the accomplishments, outcomes and learnings of the SAPHC project*.
- Holsti, O. R. (1968). Content analysis. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *The Handbook of Social Psychology*. Reading Mass: Addison-Wesley.
- Hornberger, J., Itakura, J. y Wilson, S. R. (1997). Bridging language and cultural barriers between physicians and patients. *Public Health Reports*, 112(5), 410–7.
- Hornberger, J. (1998). Evaluating the costs of bridging language barriers in health care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9, S26–S39.
- House, J. (1977). *A Model for Translation Quality Assessment*. Tubinga: Gunter Narr.
- Hurtado Albir, A. (2001). *Traducción y traductología: introducción a la traductología*. Madrid: Cátedra.

- Hyman, I. (2009). Literature Review□: Costs of Not Providing Interpretation in Health Care. *Access Alliance*, (June).
- IMIA. (2006). Code of Ethics. Disponible en <http://www.imiaweb.org/uploads/pages/376.pdf>
- Industry Canada. (2007). *Community interpreting in Canada*.
- INE. (n.d.). Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office). Retrieved January 12, 2015, from <http://www.ine.es/>
- Jacobs, E. A., Lauderdale, D. S., Meltzer, D., Shorey, J. M., Levinson, W. y Thisted, R. A. (2001). Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *Journal of General Internal Medicine*, 16(7), 468–474.
- Jalbert, M. (1998). Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique. *P.R.I.S.M.E.*, 8(3), 94–111.
- Jiménez Ivars, M. A. (1999). *La Traducción a la Vista. Un Análisis Descriptivo*. Universitat Jaume I.
- Jiménez-Salcedo, J. (2010). *Traducción-Interpretación en los servicios públicos en Québec: un modelo para Andalucía*. Sevilla.
- Jiménez-Salcedo, J. (2014a). Principes, présences et structures de l'interprétation en milieu social dans les pays francophones. Principes, présences et structures de l'interprétation en milieu social dans les pays francophones. Principes, presences and structures of community inter. *Cédille Revista de Estudios Franceses, Monografía*.
- Jiménez-Salcedo, J. (2014b). Politiques linguistiques et interprétation en milieu social au Canada□: des droits linguistiques aux droits d'accès aux services publics. *Cédille Revista de Estudios Franceses, Monografía*.
- Jones, D., Gill, P., Harrison, R., Meakin, R. y Wallace, P. (2003). An exploratory study of language interpretation services provided by videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 51–56.
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H. y Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42(2), 727–54. <http://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>
- Kaufert, J. M. y Putsch, R. W. (1997). Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language, and power. *The Journal of Clinical Ethics*, 8(1), 71–87.

- Kelly, D. (2002). Un modelo de competencia traductora: bases para el diseño curricular. *Puentes*, 1, 9–20.
- Kelly, D. (2005). *A Handbook for Translator Trainers. A Guide to Reflective Practice*. Manchester: St Jerome Publishing.
- Kelly, N. (2008). *Telephone Interpreting*. Bloomington: Trafford.
- Knapp, K. y Knapp-Potthoff, A. (1987). *Analyzing Intercultural Communication*. Berlín: De Gruyter.
- Kuo, D. y Fagan, M. J. (1999). Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 14(9), 547–50.
- Lang, R. (1975). Orderlies as interpreters in Papua New Guinea. *Papua New Guinea Medical Journal*, 18(3), 172–177.
- Launer, J. (1978). Taking medical histories through interpreters: practice in a Nigerian outpatient department. *British Medical Journal*, 2(6142), 934–935.
- Laws, M. B., Heckscher, R., Mayo, S. J., Li, W. y Wilson, I. B. (2004). A new method for evaluating the quality of medical interpretation. *Medical Care*, 42(1), 71–80.
- Leanza, Y. (2005). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7, 167–192.
- Lee, L. J., Batal, H. A., Maselli, J. H. y Kutner, J. S. (2002). Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 17(8), 641–645.
- Linguamón. (2010). *Els serveis de traducció, interpretació i mediació en els processos d'acolliment lingüístic a Catalunya*. Barcelona.
- López Izquierdo, R., Martín del Barco, Ó. H. y Álvarez Manzanares, P. (2007). Entrevista al paciente inmigrante. *Actuación En Medicina de Familia*, 3(5), 246 – 303.
- López Morales, H. (1994). *Métodos de investigación lingüística* (Ediciones ). Salamanca.
- Malgesini, G. y Giménez, C. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*.
- Marcos, L. (1979). Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English speaking patients. *American Journal of Psychiatry*, 136, 171–174.
- Martin, A. (2000). La interpretación social en España. En D. Kelly (Ed.), *La traducción y la interpretación en España hoy: Perspectivas profesionales* (pp. 207–223). Granada: Comares.

- Martin, A. (2003). Investigación en interpretación social: Estado de la cuestión. En E. Ortega Arjonilla (Ed.), *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación* (pp. 431–446). Granada: Atrio.
- Martin, A. (2014). Interpretación social: rasgos, dilemas y profesionalización. *La Linterna Del Traductor. La Revista Multilingüe de ASETRAD*, (9), 123–127.
- Martin, A. y Taibi, M. (2006). Training public service translators and interpreters: difficulties in an uncharted field. *Translation Ireland. New Vistas in Translator and Interpreter Training*, 17(1), 93–107.
- Martín, M. y Phelan, M. (2009). Interpreters and Cultural Mediators - different but complementary roles. *Translocations: Migration and Social Change*, 6(1).
- Martincano, J. L. (2003). *Manual de Medicina Transcultural*. Madrid: IMC.
- Martínez, F. (2002). *El cuestionario. Un instrumento para la investigación en las ciencias sociales*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.
- Mason, I. (1999). Dialogue Interpreting. *The Translator*, 5(2), 381–385.
- McMillan, J. H. y Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa: una introducción conceptual*. Madrid: Pearson Educación.
- Méndez, C. (2007). *Metodología, diseño y desarrollo del proceso de investigación*. Colombia: McGraw Hill Interamericana S. A.
- Merriam, S. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mesa, A.-M. (2000). The Cultural Interpreter: An Appreciated Professional. Results of a Study on Interpreting Services: Client, Health Care Worker and Interpreter Points of View. En *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*: Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings (pp. 67–79). Vancouver: John Benjamins Publishing.
- Meyer, B. (2001). How non-trained community interpreters handle medical terms. En I. Mason (Ed.), *Triadic Exchanges. Studies on Dialogue Interpreting* (pp. 36–45). Manchester: St Jerome Publishing.
- Meyer, B., Apfelbaum, B., Pöchhacker, F. y Bischoff, A. (2003). Analysing interpreted Doctor-Patient Communication from the Perspectives of Linguistics, Interpreting Studies and Health Sciences. En *The Critical Link 3: interpreters in the community*: selected papers from the Third International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings (pp. 66–79). Amsterdam y Filadelfia: John Benjamins.
- Mikkelsen, H. (1996). Community interpreting: An emerging profession. *Interpreting*, 1(1), 125–129.

- Mikkelsen, H. (2001). Interpreting Is Interpreting - Or Is It? En *30th Anniversary Conference of the Graduate School of Translation and Interpretation, Monterey Institute of International Studies*.
- Morissette, K. (2005). L'interprétariat: Espace De Mediation Interculturelle Dans le Contexte Francophone Quebecois. *Ethnologies*, 27(1), 307–327.
- Munoz, M. y Kapoor-Kohli, A. (2007). Les barrières de langue. *Le Médecin Du Québec*, 42, 45–52.
- Napier, J. (2010). An historical overview of signed language interpreting research: Featuring highlights of personal research. *Cadernos de Tradução*, 2(26), 63–97.
- Napier, J. (2011). If a tree falls in a forest and no one is there to hear it, does it make a noise? En B. Nicodemus y L. Swabery (Eds.), *Advances in Interpreting Research: Inquiry in action* (San Diego, pp. 121–152). Benjamins Translation Library.
- Napier, J. y Kidd, M. (2013). English literacy as a barrier to healthcare information for deaf people who use Auslan. *Australian Family Physician*, 42(12), 896–899.
- Napier, J. y Sabolcec, J. (2012). *Axxess to preventative and ongoing healthcare information for deaf Auslan users: A qqualitative study*. Sydney.
- Navaza, B., Estévez, L. y Serrano, J. (2009). «Saque la lengua, por favor» Panorama actual de la interpretación sanitaria en España. *Panace@*, 10(30), 141–156.
- NCIHC. (2003). *Guide to Interpreter Positioning in Health Care Settings*.
- NCIHC. (2004). National Code of Ethics for Interpreters in Health Care.
- NCIHC. (2005). National Standards of Practice for Interpreters in Health Care.
- Neuliep, J. W. (2009). *Intercultural communication: A contextual approach* (4th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Neuman, W. L. (2000). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn & Bacon.
- Niska, H. (1991). A new breed of interpreter for immigrants. Community interpreting in Sweden. En C. Picken (Ed.), *ITI Conference 4* (pp. 94–104). Londres: Aslib.
- Ochs, K. E. (1979). Social foundations of language. En R. O. Freedle (Ed.), *New directions in discourse processing* (pp. 207–221). Norwood: Ablex.
- Onos, L. (2012). Sistemas de acreditación y formación para traductores e intérpretes en los servicios públicos en el mundo. En *III Jornada de Traducción e Interpretación en*

*los Servicios Públicos de Cataluña: Regulación Profesional; Cuestión Social.* Barcelona.

Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B. y Hemlin, I. (2013). *Language Adaptation in Health Care and Health Services: Issues and Services.*

Ozolins, U. (1991). *Interpreting, Translating and Language Policy.* Melbourne: National Languages Institute of Australia.

Ozolins, U. (1995). Liaison interpreting: theoretical challenges and practical problems around the world. *Perspectives: Studies in Translatology*, 153–160.

Ozolins, U. (1998). *Interpreting and translating in Australia: Current Issues and International Comparison.* Melbourne: Language Australia.

Ozolins, U. (2000). Communication Needs and Interpreting En Multilingual Settings: the International Spectrum of Response. En R. P. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham y A. Dufour (Eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community* (pp. 21–33). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing Co.

Ozolins, U. (2014). Descriptions of Interpreting and their Ethical Consequences. *FITISPos International Journal*, 1(1), 23–41.

Parisot, A.M., Villeneuve, S. (2013). *Les besoins et les services en interpretation visuelle. Perceptions des utilisateurs, des interprètes et des employeurs.* Montreal.

Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation.* Beverly Hills: Sage Publications Ltd.

Phelan, M. (2001). *The Interpreter's Resource.* Clevedon/Buffalo/Toronto/Sydney: Multilingual Matters.

Pöchhacker, F. (1999). Getting Organized: The Evolution of Community Interpreting. *Interpretingnterpreting*, 4(1), 125–140.

Pöchhacker, F. (2000). Language barriers in Vienna hospitals. *Ethnicity & Health*, 5(2), 113–9. <http://doi.org/10.1080/713667449>

Pöchhacker, F. (2002). Getting organized: The evolution of community interpreting. *Interpreting*, 4(1), 125–140.

Pöchhacker, F. (2004). *Introducing Interpreting Studies.* Londres/Nueva York: Routledge.

Pöchhacker, F. (2006). Research and methodology in healthcare interpreting. *Linguistica Antverpiensa New Series - Themes in Translation Studies*, (5), 135–159.

Pöchhacker, F. (2008). Interpreting as mediation. En C. Valero-Garcés y A. Martin (Eds.), *Crossing borders in community interpreting: definitions and dilemmas* (pp. 9–26). Amsterdam: John Benjamins Publishing Co.

- Pöchhacker, F., Kadric, M. (1999). The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter: A Case Study. *The Translator*, 5(2), 161–178.
- Pöllabauer, S. (2004). Interpreting in asylum hearings Issues of role , responsibility and power. *Interpreting*, 2(2004), 143–180.
- Pöllabauer, S. (2006). “Translation culture” in interpreted asylum hearings. En A. Pym, M. Shlesinger y Z. Jettmarová (Eds.), *Sociocultural Aspects of Translating and Interpreting* (pp. 151–162). Benjamins Translation Library.
- Price, J. (1975). Foreign language interpreting in psychiatric practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9, 263–267.
- Puebla Fortier, J. (1997). Interpreting for Health in the United States: Government partnership with communities, interpreters and providers. En S. E. Carr, R. P. Roberts, A. Dufour y D. Steyn (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community: Papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings* (pp. 165–177). John Benjamins.
- Putsch, R. W. (1985). Cross-cultural communication. The special case of interpreters in health care. *Journal of the American Medical Association*, 245(23), 3344–3348.
- RAE (Real Academia Española). (2014). *Diccionario de la lengua española* (23rd ed.). Madrid: Espasa Libros, S. L. U.
- Raymond, O. (1999). Histoire de l'interprétation et, en particulier, de l'interprétation en langue des signes. *Le Lien (bulletin de l'AQIFLV)*.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Series*, 30. Newbury Park: Sage Publications Ltd.
- Roat, C. E. et al. (1999). Bridging the Gap: a Basic Training for Medical Interpreters. En C. E. Roat (Ed.), *The Cross Cultural Health Care Program*. Seattle.
- Roat, C. E. (1999). Certifying Medical Interpreters: Some Lessons from Washington State. *The ATA Chronicle*, 28(5), 23–26.
- Roat, C. E. (2000). Health Care Interpreting – An Emerging Discipline. *The ATA Chronicle*, 29(3), 18–20 y 31.
- Roberts, R. (1997). Community Interpreting today and tomorrow. En S. E. Carr, R. P. Roberts, A. Dufour y D. Steyn (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community: Papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings: Interpreters in the Community* (pp. 7–26). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.

- Roberts-Smith, L., Frey, R. y Bessel-Browne, S. (1990). *Working with Interpreters in Law, Health and Social Work*. Perth: National Accreditation Authority for Translators and Interpreters.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Métodos de investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rosenberg, B. A. (2002). A quantitative discourse analysis of community interpreting. *Translation. New Ideas for the New Century*, (16), 222–226.
- Roy, C. B. (1993). A Sociological Analysis of the Interpreter's Role in Simultaneous Talk. *Multilingua*, 12(4), 341–363.
- Roy, C. B. (2000). *Interpreting as a Discourse Process*. Nueva York/Oxford: Oxford University Press.
- Roy, C. B. (2002). The problem with definitions, descriptions and the role metaphors of interpreters. En F. Pöchhacker y M. Shlesinger (Eds.), *The interpreting studies reader* (pp. 344–353). Londres: Routledge.
- Rudvin, M. (2002). Cross-cultural aspects of community interpreting in Italy. En C. Valero-Garcés y G. Manch-Barés (Eds.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas Necesidades para Nuevas Realidades* (pp. 127–132). Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Ruiz Rosendo, L. (2007). Propuesta de formación en interpretación en el ámbito de la medicina. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje Y Traducción*, 9(26), 173–182.
- Ryan, G. W. y Bernard, H. R. (2003). Data management and analysis methods. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks: Sage.
- Sales Salvador, D. (2005). Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España. *Translation Journal*, 9(1). Disponible en <http://translationjournal.net/journal/31mediacion.htm>
- Sales Salvador, D. (2008). Mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos: ¿europa intercultural? *Pliegos de Yuste*, (7-8), 77–82.
- Sandrelli, A. (2001). Teaching Liaison Interpreting. Combining tradition and innovation. En I. Mason (Ed.), *Triadic Exchanges. Studies on Dialogue Interpreting* (pp. 173–196). Manchester: St Jerome Publishing.
- Sandrelli, A. (2002). Computers in the Training of Interpreters: Curriculum Design Issues. In G. Garzone y E. Al (Eds.), *Perspectives on Interpreting* (pp. 189–204). Bolonia: CLUEB.

- Santana, M. J. (2003). La situación de la traducción e interpretación de los servicios públicos en la Comunidad Canaria. En C. Valero-Garcés (Ed.), *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro* (pp. 287–288). Granada: Comares.
- Saura Súcar, M. (2001). La prestación de asistencia sanitaria de la seguridad social a los extranjeros. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía Y Ciencias Sociales*, 94(99).
- Sauvêtre, M. (2000). De l'interprétariat au dialogue à trois. Pratiques européennes de l'interprétariat en milieu socia. En R. P. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham y A. Dufour (Eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*: Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings (pp. 35–45). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- Schäffner, C. (2007). Politics and translation. En P. Kuhlaczek y L. K. (Eds.), *A Companion to Translation Studies* (pp. 134–147). Clevedon: Multilingual Matters.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Secretaria per a la immigració. Departament d'acció social ciutadana. Generalitat de Catalunya. (2009). La immigració en xifres. *Butlletí Secretaria per a La Immigració*, (1).
- Sheuch, E. L. (1974). *La entrevista en la investigación social*. Madrid: Tecnos.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Londres / Thousand Oaks / Nueva Delhi: Sage Publications Ltd.
- Smirnov, S. (1997). An overview of liaison interpreting. *Perspectives*, 5(2), 211–226. <http://doi.org/10.1080/0907676X.1997.9961311>
- Snell-Hornby, M. (1988). *Translation Studies: An Integrated Approach*. Amsterdam: John Benjamins.
- Solow, S. (1981). *Sign Language Interpreting: A Basic Resource*. Silver Spring: National Association of the Deaf.
- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage.
- Statistics Canada. (2012a). *The Canadian Population in 2011: Population Counts and Growth Population and dwelling counts, 2011 Census*. Ottawa.
- Statistics Canada. (2012b). Population and Dwelling Count Highlight Tables, 2011 Census. *The Daily*.

- Statistics Canada. (2012c). *Linguistic Characteristics of Canadians*. Ottawa.
- Statistics Canada. (2012d). *Aboriginal Languages in Canada*. Ottawa.
- Statistics Canada. (2013). *Immigration and Ethnocultural Diversity in Canada - National Household Survey, 2011*.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*: *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423–1433.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: University Press.
- Stuart, G. W., Minas, I. H., Klimidis, S. y O'Connell, S. (1996). English language ability and mental health service utilisation: a census. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(2), 270–277.
- Swabery, L. y Nicodemus, B. (2011). Bimodal bilingual interpreting in the U.S. healthcare system. En B. Nicodemus y L. Swabery (Eds.), *Advances in Interpreting Research: Inquiry in action* (pp. 241–260). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Taft, R. (1981). The role and personality of the Mediator. En S. Bochner (Ed.), *The Mediating Person: Bridges between Cultures* (pp. 53–88). Cambridge: Schenkman.
- Talero Martín, S. (1997). La entrevista clínica. En V. F. Gil (Ed.), *Manual de Metodología de Trabajo en Atención Primaria* (pp. 321–348). Alicante: Universidad de Alicante.
- Tamayo, M. (2007). *El proceso de la investigación científica*. México: Editorial Limusa.
- Tebble, H. (1998). *Medical Interpreting: Improving Communication with Your Patients*. Canberra y Geelong: Deakin University.
- Tebble, H. (1999). The tenor of consultant physicians: Implications for medical interpreting. *The Translator*, 5(2), 179–200.
- Tellechea Sánchez, M. (2005). Intérprete como obstáculo: fortalecimiento y emancipación del usuario para superarlo. En C. Valero-Garcés (Ed.), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas* (pp. 114–122). Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- Toledano Buendía, C. (2010). Community interpreting: breaking with the “norm” through normalisation. *JoSTrans The Journal of Specialised Translation*, (14), 11–25.
- Troper, H. (2013). Immigration. *The Canadian Encyclopedia*. Disponible en <http://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/immigration/>
- Tseng, J. (n.d.). *Interpreting as an Emerging Profession in Taiwan — A Sociological Model*. 1992. Fu Jen Catholic University.
- Tuckman, B. (1994). *Conducting educational research*. California: Harcourt Brau Javanovich.

- Ugarte Ballester, X. (2006). Traducción e interpretación de los servicios públicos en Cataluña y Baleares. *Revista española de lingüística aplicada*. John Benjamins Publishing.
- Valero-Garcés, C. (1998). ¿Traducción e interpretación en servicios públicos? ¿De qué me hablas? ¿Una nueva especialización? En C. Valero Garcés y I. de la Cruz Cabanillas (Eds.), *Nuevas Tendencias y Aplicaciones de la traducción* (pp. 267–276). Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- Valero-Garcés, C. (1999). Community Interpreting and Translating in the Spanish Social-Context. En *Language is a Human Right: Fourth International Forum and First European Congress on Court Interpreting and Legal Translation* (pp. 50–55). Graz: Institute für Translator and Interpreter Training.
- Valero-Garcés, C. (2001). El mediador interlingüístico en los servicios públicos: ¿Nuevos principios éticos para nuevas realidades. En A. Barr, M. R. Martín Ruano y J. Torres del Rey (Eds.), *Últimas corrientes teóricas en los estudios de traducción y sus aplicaciones* (pp. 819–828). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Valero-Garcés, C. (2002). Traducción e interpretación en los servicios públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades. En *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades*.
- Valero-Garcés, C. (2003a). Responding to Communication Needs. Current Issues and Challenges in Community Interpreting and Translating in Spain. En L. Brunette, G. L. Bastin, I. Hemlin y H. Clarke (Eds.), *Critical Link 3: Interpreters in the Community. Selected papers from the Third International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings* (pp. 177–192). Montreal: John Benjamins Publishing Company.
- Valero-Garcés, C. (2003b). Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos. En C. Valero-Garcés (Ed.), *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro* (pp. 3–35). Granada: Comares.
- Valero-Garcés, C. (2006). *Formas de mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos. Conceptos, datos, situaciones y práctica* (Comares). Granada.
- Valero-Garcés, C. (2008). Investigación y práctica en traducción e interpretación en los servicios públicos. Desafíos y Alianzas. En *Investigación y práctica en traducción e interpretación en los servicios públicos. Desafíos y Alianzas*.
- Valero-Garcés, C. (2014). *Health, Communication and Multicultural Communities: Topics on Intercultural Communication for Healthcare Professionals*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

- Valero-Garcés, C. et al. (Ed.). (2014). *(Re)considerando ética e ideología en situaciones de conflicto/ (Re)visiting ethics and ideology in situations of conflict*. Alcalá de Henares: Servicio de publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Valero-Garcés, C. y Dergam, A. (2001). ¿Mediador social = mediador lingüístico = Intérprete? Práctica, Formación y reconocimiento del intérprete en los servicios sociales. *Sin Fronteras*, 16–21.
- Valero-Garcés, C. y Lázaro-Gutiérrez, R. (2008). Investigación sobre la calidad de la comunicación en la atención sanitaria al inmigrante. En *Investigación y Práctica en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Desafíos y Alianzas/ Research and Practice in Public Service Interpreting and Translation: Challenges and Alliances* (pp. 255–275). Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- Valero-Garcés, C. y Martin, A. (2008). *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Valero-Garcés, C. y Pena-Díaz, C. (2008). Investigación y práctica en T&ISP: Desafíos y Alianzas. En C. Valero-Garcés, C. Pena-Díaz y R. Lázaro-Gutiérrez (Eds.), *Investigación y Práctica en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Desafíos y Alianzas*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Van Der Maren, J. M. (1999). *La recherche appliquée en pédagogie*. Bruselas: DeBoeck Université.
- Vargas-Urpí, M. (2009). *La interpretació social: Estat de la qüestió. El cas del col·lectiu xinès: especificitats i reptes*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Vargas-Urpí, M. (2012). *La interpretació als serveis públics i la mediació intercultural amb el col·lectiu xinès a Catalunya*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Vargas-Urpí, M. (2013). ISP y/o mediación intercultural: La realidad de los profesionales que trabajan en el contexto catalán. *Cuadernos de ALDEEU*, 15, 131–164.
- Vargas-Urpí, M. (2014). *La interpretació als serveis públics i la mediació intercultural amb el col·lectiu xinès a Catalunya*. Universidad Autònoma de Barcelona.
- Vásquez, C. y Javier, R. A. (1991). The problem with interpreters: communicating with Spanish-speaking patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(2), 163–165.
- Vermeiren, H., van Gucht, J. y De Bontridder, L. (2009). Standards as critical success factors in assessment: Certifying social interpreters in Flanders, Belgium. En C. Angelelli y H. E. Jacobson (Eds.), *Testing and Assessment in Translation and Interpreting Studies. A Call for Dialogue between Research and Practice* (pp. 297–329). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.

- Wainer, H. (1992). Understanding graphs and tables. *Educational Research*, 21(1), 14–23.
- Wadensjö, C. (1992). *Interpreting as Interaction. On Dialogue Interpreting in Immigration Hearings and Medical Encounters*. Linköping: Linköping University.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as Interaction*. Londres/Nueva York: Longman.
- Williams, J. y Chesterman, A. (2002). *The Map – A Beginner's Guide to Doing Research*. Manchester: St Jerome Publishing.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Method* (3a ed.). Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.

## Planes, normativa y jurisprudencia

### Cataluña, España y Europa

- España. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. *Boletín Oficial del Estado* núm. 31, de 27 de diciembre de 1978.
- España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado* núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
- España. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD). *Boletín Oficial del Estado* núm. 298, de 14 de diciembre de 1999.
- España. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado* núm. 10, de 12 de enero de 2000.
- España. Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado* núm. 307, de 23 de diciembre de 2000.
- España. Real Decreto 683/2000, de 11 de mayo, por el que se modifica la estructura orgánica de los Ministerios de Asuntos Exteriores, Hacienda, Interior, Fomento y Economía. *Boletín Oficial del Estado* núm. 114, de 12 de mayo de 2000.

- Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar i Família, Secretaria per a la Immigració (2006). Pla de ciutadania i immigració 2005-2008. [http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Ambits%20tematic%20ics/Immigracio/03publiforacoleccio/Anteriors/08placiutadaniaimmigracio05-08/2006placiutadania05\\_08.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Ambits%20tematic%20ics/Immigracio/03publiforacoleccio/Anteriors/08placiutadaniaimmigracio05-08/2006placiutadania05_08.pdf)
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2006). Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut. <http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Linies%20dactuacio/Planificacio/Plans%20directors%202008-2010/Immigracio/Que%20es/Document/immidefini2006.pdf>
- Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria per a la Immigració (2010). Pla de ciutadania i immigració 2009-2012. [http://www20.gencat.cat/docs/bsf/01Departament/08Publicacions/Ambits%20tematic%20s/Immigracio/03publiforacoleccio/2009/06pci2009/pci\\_catala\\_2010.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/bsf/01Departament/08Publicacions/Ambits%20tematic%20s/Immigracio/03publiforacoleccio/2009/06pci2009/pci_catala_2010.pdf)
- Generalitat de Catalunya. Decret 330/2011, de 3 de maig, pel qual es deroguen diverses disposicions reglamentàries referides a les matèries que són competència del Departament de Salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* núm. 5872, de 3 de maig de 2011.
- Generalitat de Catalunya. Decret 40/2006, de 14 de març, pel qual es crea el Pla director d'immigració i cooperació en l'àmbit de la salut i el seu Consell Assessor. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* núm. 4594, de 14 de març de 2006.
- Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la Immigració (2008) *PACTE Nacional per a la Immigració*. <http://www.gencat.cat/benestar/societat/convivencia/immigracio/pni/index.htm>
- Generalitat de Catalunya. *Pla interdepartamentals d'immigració (PI) (1993-2000)*.
- Generalitat de Catalunya. *Pla interdepartamentals d'immigració (PI) (2001-2004)*.
- Generalitat de Catalunya. *Programa integral d'acollida. Pla de Ciutadania i Immigració (2005-2008)*
- Unión Europea. Parlamento Europeo y Consejo. Directiva 2010/64/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de octubre de 2010, relativa al derecho a interpretación y a traducción en los procesos penales. *Diario Oficial de la Unión Europea* núm. L 280, de 26 de octubre de 2010. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:280:0001:0007:es:PDF>

## Quebec y Canadá

*Bilodeau c. Procureur général du Manitoba*, [1986] 1 R.C.S. 449.

*Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, R.-U. (1982), c. 11.

*Charte de la langue française*, RLRQ c. C-11.

*Charte québécoise des droits et libertés de la personne*, L.R.Q. c. C-12.

*Code civil du Québec*, RLRQ c C-1991

*Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6.

*Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.U.).

*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q. (2005), c. 32.

*Loi sur la santé et les services sociaux du Québec*, L.R.Q., c. s-42.

*Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q. (2005), c. 32.

*MacDonald c. Ville de Montréal*, [1986] 1 R.C.S. 460.

Santé Canada (2013) *Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2008-2013*.

*R. c. Beaulac*, [1999] 1 R.C.S. 768.

*R. c. Hertrich*, [1982] 67 C.C.C. (2d) 510 (C.A.Ont).

*R. c. Petrovic* [1984], 13 C.C.C. (3d) 416 (C.A.Ont.).

*R. c. Reale*, [1973] 13 C.C.C. (2d) 345 (C.A. Ont.).

*R. c. Tran*, [1994] 2 R.C.S. 951.

*Société des Acadiens du Nouveau-Brunswick c. Association of Parents for Fairness in Education*, [1986] 1 R.C.S. 549.

*Tung c. Canada* (Ministère de l'Emploi et de l'Immigration), [1991] 124 N.R. 388 (C.A.F.).