

La interpretación hospitalaria: realidad, características, aspectos formativos

Marta Franco López*

Resumen: Debido a las características de la interpretación sanitaria, es necesario que se ocupen de ella profesionales con la formación adecuada. A partir del caso de un hospital que ha optado por la profesionalización de este servicio, el presente artículo analiza los factores que influyen sobre la interacción entre el personal sanitario y el paciente, además de la calidad del acto comunicativo interpretado.

Palabras clave: deontología, interpretación en los servicios públicos, interpretación sanitaria, profesionalización.

Hospital interpreting: reality, features and formative aspects

Abstract: Given the distinct features of healthcare interpreting, well-trained professional interpreters are required for this task. On the basis of a hospital which has established a professional interpreting service, this paper considers the factors affecting the healthcare staff-patient interaction, as well as the quality of the interpreted communicative event.

Keywords: healthcare interpreting, job ethics, professionalization, public service interpreting.

Panace@ 2017; 18 (46): 142-148

Recibido: 15.XI.2017. Aceptado: 06.XII.2017.

1. Introducción

La interpretación en el entorno hospitalario no es, en absoluto, una disciplina nueva ni desconocida entre los profesionales de la sanidad, aunque sea posible encontrar una buena cantidad de términos para designarla, como se verá más adelante. Este artículo se ocupa de la implantación de un servicio de atención al paciente internacional en un hospital privado de Sevilla frente al recurso de intérpretes ocasionales para atender a la demanda.

Sevilla presenta una oferta cultural y turística que la hace muy atractiva como destino vacacional. El último informe elaborado por la Universidad de Sevilla sobre turismo en la ciudad comprende hasta agosto de 2017 y refleja un notable aumento del volumen de turistas que visitan la ciudad, procedentes del extranjero. Entre enero y agosto de 2017, más de un millón de turistas internacionales ha visitado Sevilla, lo que supone un incremento del 14 % en los últimos cinco años.

A este volumen de turistas se suman los estudiantes extranjeros que eligen Sevilla como destino de su programa de intercambio. Durante el curso 2016/2017, la Universidad de Sevilla acogió a 1306 estudiantes extranjeros, mientras que la Universidad Pablo de Olavide, recibe cerca de 700. Además de los estudiantes integrados en los programas universitarios, son numerosos los programas privados que gestionan la estancia de estudiantes extranjeros en Sevilla.

También es reseñable la cantidad de extranjeros que acuden a Sevilla por compromisos profesionales o como asistentes a convenciones internacionales, pues la ciudad suma a su oferta turística su peso como destino de congresos de temática diversa. Gran parte de estos turistas y estudiantes son usua-

rios potenciales del sistema público de salud, accesible con la tarjeta sanitaria europea y cuyo ámbito de validez abarca los veintiocho Estados miembros de la Unión Europea, además de Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza. Por su parte, el sistema privado requiere la contratación previa de un seguro de viaje o de salud con cobertura en el extranjero, opción a la que recurren tanto los ciudadanos europeos como los de fuera de la Unión Europea. A pesar de que el número de potenciales pacientes del sistema privado sea inferior al público en proporción, suponen sin embargo una cantidad importante en términos reales en cuanto a usuarios finales de servicios sanitarios privados. Si bien los turistas suelen permanecer en Sevilla una media de dos días, las estancias de los estudiantes fluctúan entre las dos o tres semanas de los programas cortos (normalmente en verano) y los tres o cuatro meses de los programas universitarios, durante el curso académico.

Los pacientes que necesiten interpretación en el sistema público pueden acceder a este servicio a través de Salud Responde, un sistema de interpretación telefónica gestionado por la empresa Dualia. Este sistema cubre no solo la asistencia para consultas telefónicas o emergencias, sino que es al que se recurre incluso en las consultas, y sin la presencia física del intérprete. En el sistema privado, cada centro médico decide la forma en la que atender a estos pacientes. Las soluciones al problema de la comunicación en consulta pasan por la presencia de intérpretes *ad hoc*, por el recurso a personal sanitario que pueda comunicarse en otros idiomas, o por la contratación de intérpretes profesionales de forma no ocasional, ya sea mediante empresas de externalización de servicios o como personal propio del centro.

*Traductora autónoma e intérprete en hospital. Dirección para correspondencia: marta@francolopeztraducciones.com.

Para el presente artículo, nos centramos en la profesionalización del servicio de mediación e interpretación en uno de los centros hospitalarios privados de la ciudad de Sevilla.¹

2. Descripción del servicio de interpretación en el hospital objeto de estudio

El departamento internacional del hospital lleva en funcionamiento casi tres años y, desde entonces, ha gestionado más de 2500 asistencias a pacientes extranjeros. Alrededor de un 60 % son estudiantes, estadounidenses en su mayoría, mientras que en el resto se engloban turistas, profesionales de paso y residentes temporales.

La lengua principal de trabajo es el inglés, bien por ser la lengua nativa de los pacientes, bien porque su conocimiento de esta permite a los pacientes que son atendidos en la actualidad comunicarse con fluidez en el entorno médico. El francés tiene algo de presencia, pero en proporción menor que el inglés. Aunque ocasionalmente son necesarios otros idiomas (alemán, ruso o turco, por poner ejemplos recientes), el protocolo actualmente vigente contempla la derivación de las necesidades lingüísticas hacia el inglés. El procedimiento en este tipo de casos con necesidades especiales consiste en entrar en contacto con el consulado del país de origen del paciente (la entidad de la ciudad de Sevilla lo facilita por haber sido elegida por distintos países para establecer una sede consular) para solicitar ayuda de manera puntual y, si esa vía no es posible, se recurre a alternativas como intérpretes ocasionales o personas relacionadas con el paciente, como personal de la empresa en la que trabaja, familiares o allegados.

3. Contexto anterior a la implantación de los servicios de interpretación en el hospital objeto de estudio

Antes de que se implantara el departamento internacional en el hospital que sirve como ejemplo se presentaban situaciones de diversa naturaleza cuando el paciente y el personal sanitario no podían comunicarse. En caso de que el paciente acudiese al hospital con un acompañante, era esta persona quien se ocupaba de la interpretación, ya se tratase de alguien allegado o parte de la estructura en la que encaja el paciente durante su estancia, como los guías turísticos, los responsables de hoteles o los profesores o familias de acogida de los estudiantes. Si el paciente no contaba con asistencia de hispanohablantes, eran los propios médicos quienes hablaban en inglés con los pacientes; también se dio en ocasiones el caso de que se acudiese a personal administrativo con formación en inglés, para que ejerciera de forma casual como intérprete.

Si bien es cierto que, en un caso de incomunicación absoluta, habida cuenta del imperativo de protección de la salud y la vida que plantea el contexto de prestación de servicios sanitarios, puede justificarse la intervención de intérpretes no profesionales, en los siguientes apartados se analizan los motivos que sustentaron la creación de un servicio específico para pacientes internacionales.

4. Concepto de interpretación en el ámbito sanitario

La interpretación en el ámbito sanitario está comprendida, según Mikkelsen (2004), en la esfera de la *community*

interpreting. Se trata de una categoría de interpretación cuya denominación plantea un reto en términos de investigación. Si bien la actividad no es novedosa, la profesión y su estudio académico son más bien recientes, tanto en España como en otros países. El hecho de que no se haya acuñado un único término unívoco dificulta la investigación en este ámbito y permite que cada nombre que se le asigne conlleve una serie de matices que influirán en la percepción del intérprete.

El primer escollo al que se enfrenta es la falta de consenso en cuanto a su denominación y a su definición. Hale (2007: 28) cita a varios investigadores que plantean diferentes rasgos que caracterizan a la *community interpreting*, como el recurso en algunos países a intérpretes *ad hoc* y voluntarios, sin retribución (Dueñas González *et al.*, 1991), en otros la referencia exclusiva al ámbito sanitario (Pöchhacker, 1999), mientras que en otros alude a todas aquellas interpretaciones que no sean en conferencia (Roberts, 1997; Ozolins, 1998). No solo hay discordancia en cuanto a la caracterización sino que también se presentan otros términos para denominarla, como cita Hale (2007: 28): «interpretación cultural» (Roberts, 1997), «interpretación para la comunidad» (Chesher *et al.*, 2003), «interpretación de diálogo» (Mason, 2001) o «interpretación de enlace» (Gentile *et al.*, 1996; Erasmus, 2000).

En España, desde los primeros pasos de su desarrollo en la década de los 90, ha recibido tres nombres, acuñados por los tres centros investigadores: «interpretación de enlace» en la Universidad Rovira i Virgili, «interpretación social» en la Universidad de Granada e «interpretación en los servicios públicos» en la Universidad de Alcalá. A tenor de lo expuesto por Abril (2006: 23), parece que esta última denominación es la que ha encontrado mayor eco en España para hacer referencia a la disciplina.

En cuanto a su definición, una de las más aceptadas según Abril (2006: 24) y Mikkelsen (2004) es la indicada por Roberts en 1995 con motivo del primer congreso internacional sobre interpretación en los servicios públicos, *The Critical Link*:

Community interpreting enables people who are not fluent speakers of the official language of the country to communicate with the providers of public services so as to facilitate full and equal access to legal, health, education, government, and social services.

Partiendo de esta definición, el intérprete pasa a ser un recurso para garantizar que aquellas personas que desconocen el idioma vehicular de una comunidad adquieren el derecho a acceder a un servicio público, como la justicia, la sanidad, la educación, la administración y los servicios sociales, con unas condiciones y un alcance iguales a los hablantes nativos. En el caso analizado, el derecho a acceder a la sanidad se garantiza a través del sistema sanitario privado.

5. Elementos distintivos y proceso de profesionalización

En los primeros momentos en que el mundo académico se ocupó de tratar la interpretación en los servicios públi-

cos, se aplicaron criterios similares a los de la interpretación de conferencias, en la medida en que, como en otros contextos de interpretación, se exigen precisión léxica y semántica, fidelidad al original, objetividad e imparcialidad (Zhong, 2002: 576), además de neutralidad y distancia con la situación (Hsieh, 2003: 13). Sin embargo, Angelelli (2006: 30) argumenta que estos rasgos no se pueden aplicar de forma sistemática a la interpretación en los servicios públicos y, en especial, a la que tiene lugar en el ámbito sanitario: el acto comunicativo se ve condicionado por otros factores, como los sociales (sexo, edad, etnia y nivel socioeconómico, entre otros) y las normas propias de la institución y de la sociedad en la que se produce.

Para analizarlos, Angelelli (2006: 30) plantea una serie de preguntas, expuestas a continuación, encaminadas a que el intérprete esboce la situación comunicativa en la que va a intervenir.

¿Qué ocurre cuando el proveedor de servicios y el paciente no pertenecen al mismo sexo o a la misma etnia?

Estos factores sociales nos condicionan en gran medida, aunque no seamos conscientes de ello. Por ejemplo, Vidal Claramonte (2012: 1032) afirma que las palabras nunca son inocentes, puesto que la elección de unas u otras refleja nuestra concepción del mundo, de la sociedad y del otro. Esta falta de neutralidad del discurso original *significa* y desempeña su propio papel en la interacción, no solo en lo tocante al sexo y a la etnia sino también en el resto de factores que subraya Angelelli.

¿Qué ocurre cuando pertenecen a distintas clases socioeconómicas?

El estatus social y económico aparente también condiciona la percepción del interlocutor y, en consecuencia, la selección de términos y la forma de expresión, donde entran en juego los estereotipos y las expectativas sobre el receptor del mensaje. El imaginario colectivo caracteriza a los miembros de una u otra clase social y económica con determinados rasgos a los que se adapta el discurso de cada una de las partes. Esto se debe a que, como indica Angelelli, en cualquier acto comunicativo sanitario existe un desequilibrio de poder evidente, que se acrecienta cuando el paciente no puede comunicarse por sí mismo y refuerza las ideas preconcebidas sobre el interlocutor.

¿Cuál es la cultura del paciente? ¿Cuál es la del servicio sanitario?

Por lo general, en los actos comunicativos interpretados, el usuario pertenece a un grupo minoritario respecto a la cultura del proveedor del servicio sanitario. La selección léxica, la construcción del diálogo y el fruto de este dependen en gran medida de la relación que exista entre ambas, así como de la integración del grupo minoritario en la sociedad receptora.

¿Cuáles son sus creencias? ¿Están alineadas o entran en conflicto?

Si los participantes no comparten las creencias se plantea una posible fuente de conflictos, no solo en lo tocante a practicar una religión u otra sino también por la fuerte influencia de estas en las distintas culturas. Estas, unidas a las tradiciones y las prácticas sanitarias y médicas que les son propias, pueden dar lugar a unas expectativas alejadas de la realidad.

¿Por qué se interrumpe y arrincona con tanta frecuencia a los pacientes?

El desequilibrio de poder antedicho afecta a la libertad con la que se expresan las partes del acto comunicativo. Es el ejercicio de ese poder el que sitúa al personal sanitario en un nivel superior en cuanto al control de la situación comunicativa, que en ocasiones impide que los pacientes puedan expresarse como querrían. Este control de la situación origina que los turnos de palabra no estén repartidos e incluso que el paciente se encuentre cohibido, aunque sea el centro de la situación comunicativa.

¿Por qué sienten tanta presión los proveedores?

Esta pregunta guarda una estrecha relación con la anterior. A la tensión propia de una consulta médica, condicionada por la habitual falta de tiempo para dedicar a los pacientes y al cumplimiento de los objetivos fijados por niveles superiores, se suma la dificultad comunicativa y, en el caso que ocupa este artículo, la presencia del intérprete.

Partimos de la base de que la formación específica en interpretación presupone que se saben mantener las características ya mencionadas por Zhong (2002: 576) y Hsieh (2003: 13), pero también que se analizan y se tienen en cuenta los factores que diferencian a la interpretación en el ámbito sanitario esgrimidos por Angelelli. En consecuencia, el intérprete profesional cuenta con las herramientas necesarias para gestionar estas cuestiones culturales, al contrario que un intérprete *ad hoc*.

Este sería el caso, por ejemplo, de un familiar del paciente o de un guía turístico o parte del personal administrativo. En el primero de los casos, la etnia, la cultura y el nivel socioeconómico serán los mismos o muy similares, lo que puede convertir al intérprete en un aliado o en un defensor, que toma partido en la comunicación y puede manipular la información en detrimento de la atención médica. En el segundo caso, la distancia con la situación comunicativa será más amplia, puesto que la relación entre ellos es meramente profesional y está delimitada en el tiempo, por lo que puede que se pierdan matices culturales que sí captaría el intérprete profesional cuya omisión puede dar lugar a la incompreensión de la asistencia recibida o al incumplimiento del tratamiento. Aunque el objetivo de la interpretación es asegurar la comunicación entre los participantes, no existe una única forma de conseguirlo.

De acuerdo a lo expuesto por Hsieh (2008: 1371), es posible clasificar los distintos roles asumidos por el intér-

prete según los objetivos comunicativos y la implicación en la interacción. Tras analizar las interacciones de veintiséis intérpretes de diecisiete lenguas, ha dividido sus actuaciones en cuatro categorías. El intérprete asume, por lo tanto, un papel de *conduit* (transcodificador), *cultural broker* (mediador cultural) o *advocate* (defensor o aliado) o *professional* (profesional).

El primer concepto hace referencia a aquellos intérpretes que se limitan a transmitir la información y tratan de ser invisibles y pasar desapercibidos en el acto comunicativo. Para ello, emplean estrategias como la interpretación en primera persona del singular y el mantenimiento de la integridad del mensaje.

Cuando el intérprete ejerce una función mediadora, forma parte del acto comunicativo, que pasa de ser lineal a ser triangular. Las estrategias comunicativas pasan por la modificación del mensaje para lograr una mejor comunicación entre el médico y el paciente. Asimismo, el intérprete interactúa con el paciente fuera de la consulta médica, con el objetivo principal de recabar información que pueda ser útil en la conversación con el médico. De forma paralela a este rol puede intuirse una suerte de trabajo social, ya que el paciente puede buscar asesoramiento, empatía o consuelo en el intérprete al tratarse de una persona con la que se puede expresar en su idioma.

Si el intérprete asume un rol defensor o aliado, busca la capacitación del paciente. Una forma explícita de lograr ese objetivo es la actuación en nombre del paciente, por ejemplo, para preguntar dudas o explicar situaciones. Otra modalidad es la capacitación implícita, consistente en facilitar al paciente los medios para que pueda mejorar su asistencia. En este caso, el paciente puede quedar invisibilizado, ya que es el intérprete quien toma protagonismo en el acto comunicativo.

La categoría profesional engloba a los intérpretes que controlan la situación comunicativa, mediante la gestión de los turnos de palabra y de la información contenida en cada uno, junto con la participación en la interacción para aclarar conceptos o evitar malentendidos.

Los límites entre la interpretación y la implicación personal del intérprete no son barreras infranqueables, puesto que en la comunicación personal es difícil mantener siempre una distancia. No obstante, esa neutralidad juega a favor de la credibilidad del intérprete y de la confianza depositada en él, tal y como argumentan Martin y Abril (2002: 57). Para saber situar esa frontera, Zimman (1994: 219) propone una pauta, según la cual se alcanza el límite cuando el intérprete toma decisiones por otras personas, ya que estas necesitan la información pero no que elijan por ellas.

En el hospital tomado como ejemplo, las intérpretes asumen un rol mixto entre mediadoras culturales y profesionales. Si bien el peso de gestionar la interacción recae sobre ellas e interrumpen la conversación para evitar que se pierda información, también cobra gran importancia la labor previa y posterior a la consulta y la participación en el acto comunicativo. La asunción de estos roles viene condicionada por las características de los pacientes y por el valor añadido que este servicio puede aportar a la asistencia médica.

Como se indicó en la descripción del servicio, alrededor del 60 % de las asistencias del departamento internacional se prestan a estudiantes. Una gran parte de ellos participa en programas de intercambio estadounidenses, que no solo se ocupan de las actividades académicas, sino que se encargan de facilitarles alojamiento (por lo general en familias) y de procurarles todo el bienestar posible. Una buena proporción del 40 % restante es remitido por hoteles de segmento medio-alto, que proporcionan una atención que trasciende el mero servicio de alojamiento. De estos factores se puede inferir que los pacientes tienen un perfil exigente, no solo en relación con la calidad de la atención médica que esperan recibir, sino también hacia las prestaciones que lo rodean.

La exigencia se ve reflejada en el rendimiento de cuentas ante los responsables de los programas y de los hoteles. Es indudable que esta supervisión puede añadir presión a los intérpretes, pero también supone una fuente de retroalimentación muy valiosa. Gracias a los comentarios y a las observaciones del paciente ante una persona externa al servicio, se pueden determinar qué puntos fuertes se deben potenciar y cuáles son las carencias que se deben suplir.

Tomando en cuenta la exposición anterior, queda patente que la interpretación en el ámbito sanitario debe estar profesionalizada, tanto en su vertiente lingüística como en la consideración de valor añadido. La formación del intérprete, que trataremos a continuación, debe abarcar estos aspectos y prestar las herramientas necesarias para analizar todos los factores que inciden en su prestación.

6. Elementos formativos de interés para el intérprete hospitalario

Toda profesionalización parte de una base formativa. La capacitación en las cuestiones culturales y comunicativas que se han comentado anteriormente es solo una de las áreas en las que debe incidir la formación del profesional. Angelelli (2006: 24) ha formulado una de las propuestas formativas más detalladas para la interpretación sanitaria, orientada hacia seis áreas: proceso cognitivo, interpersonal, lingüística, profesional, específica del entorno y sociocultural. Estas seis áreas se desarrollan, de forma individual, a continuación.

Dentro del proceso cognitivo, Angelelli (2006: 24) incluye las técnicas propias de la interpretación, como la escucha activa, la ampliación de la memoria, la atención disociada y la toma de notas, entre otras. Esta última destreza es quizá la menos utilizada en el hospital del ejemplo, ya que las intérpretes gestionan los turnos de palabra de forma que puedan retenerlos en la memoria sin necesidad de tomar notas para reformular la intervención. Sin restar importancia a esta, sí resultan fundamentales las tres primeras. Es decir, gracias a la escucha activa el paciente se siente atendido y comprendido, el uso de la memoria evita que el paciente o el médico deban repetir aquello que ya han mencionado y la atención disociada bien entrenada permite estar pendiente de varios aspectos (movimientos de los interlocutores, lenguaje no verbal, otras interrupciones del acto comunicativo) sin perder el mensaje que se transmite.

El área interpersonal se ocupa del papel que adquiere el intérprete en la comunicación. Uno de los conceptos que trata

es el de la visibilidad, que es mayor en este contexto que en el judicial, por citar un ejemplo. También en este aspecto se engloba la idea de neutralidad, asociada al rol de intérprete como transcodificador (*conduit*) que Davidson (2000) excluye de la interpretación en el ámbito sanitario porque las elecciones del intérprete durante el acto comunicativo ya modifican el mensaje. En definitiva, esta área procura que el intérprete sea consciente del poder que se le confiere, de su intercesión en la comunicación y de las responsabilidades y los deberes que se derivan de ellos.

Es posible que el área lingüística parezca redundante en este contexto, ya que se presupone que un intérprete conoce sus lenguas de trabajo a un nivel suficiente como para interactuar en contextos profesionales con ellas. Sin embargo, estos conocimientos deben actualizarse continuamente, para poder captar todos los matices explícitos o implícitos y proporcionar un servicio de calidad. Igualmente, el intérprete debe ser capaz de cambiar de registro según se dirija a un interlocutor o a otro y de reformular el mensaje para garantizar su comprensión.

En el área profesional se recogen los aspectos deontológicos y los procesos de certificación a los que se somete el intérprete. En España, a falta de regulación oficial, son las asociaciones profesionales las que suplen ese vacío. Los códigos de conducta de las asociaciones españolas comparten rasgos con los de los países en los que sí se regula la profesión, por ejemplo, respecto a la confidencialidad, la profesionalidad, la responsabilidad y los valores colectivos. La confidencialidad alude no solo a no revelar la información transmitida en la interacción entre el médico y el paciente, sino también a que el intérprete no puede utilizarla para su propio beneficio. La profesionalidad también tiene una doble vertiente. Por un lado, se refiere a que las condiciones de trabajo sean decentes, con el fin último de proteger al sector. Por otro, apela a la honestidad del intérprete para aceptar solo aquellos encargos para los que se encuentre preparado y cualificado. La responsabilidad tiene en cuenta la calidad de la prestación y la satisfacción de los participantes en la interacción. Como resultado de la aplicación de los anteriores, los valores colectivos buscan la protección del sector frente a la mala praxis.

El área que trata de los aspectos específicos del entorno exige el conocimiento de las formas en que se expresan las diferentes comunidades discursivas, así como cuáles son los términos y las expresiones que utilizan con más frecuencia. En el ámbito que nos ocupa, sería necesario que el intérprete tuviera conocimientos especializados, por ejemplo, de anatomía, de salud pública o de primeros auxilios.

Para terminar, el área sociocultural remite a los factores que constriñen el acto comunicativo interpretado, que ya se han desarrollado. Cuando el intérprete es consciente de ellos, puede ir un paso por delante en la interacción y anticiparse a los potenciales problemas derivados de ella.

7. Otros aspectos inherentes a la labor del intérprete sanitario

Además de la formación enfocada en la interpretación sanitaria, es necesaria una serie de conocimientos y habili-

dades para las tareas paralelas a la asistencia. En el hospital que sirve como ejemplo, las intérpretes deben tener buenas capacidades de comunicación y negociación, así como conocimientos administrativos y económicos. No son pocos los casos en los que el paciente muestra alguna disconformidad (tiempos de espera demasiado largos, pruebas innecesarias a su parecer, dificultad para adaptar una cita con el especialista a su horario) y son las intérpretes quienes deben mediar, no lingüísticamente, sino frente a la institución. Las nociones de administración y economía son necesarias en la medida en que todas las gestiones relacionadas con el paciente internacional se realizan desde este departamento, desde el registro en el sistema hasta el cierre y cobro de la factura. Por ello, se debe conocer el funcionamiento de los seguros de salud, cuál es la forma adecuada de comunicación con este tipo de empresas y transmitir a pacientes y otros interlocutores participantes en el proceso cuáles son las condiciones de prestación del servicio. Asimismo, cuando el paciente deba correr con los gastos, se debe informar de forma adecuada y precisa.

Es cierto que, para el desempeño del trabajo, este último conjunto de conocimientos no es tan relevante como los propios de la interpretación, pero requiere también una atención específica. Estos suelen adquirirse con la práctica, bajo la supervisión de un mentor más especializado. Solo se puede dar una asistencia integral satisfactoria y de calidad cuando se reúnan destrezas y las habilidades en interpretación y una gestión administrativa fluida.

El hecho de que el hospital tomado como ejemplo cuente con su propio departamento internacional integrado en la estructura del centro repercute positivamente en la calidad de la asistencia y del trabajo. Este se desarrolla siempre en equipo, por lo que responsabilidades y obligaciones están repartidas entre sus miembros, con la consecuente reducción de la presión laboral. Asimismo, esta circunstancia no solo facilita el intercambio de conocimientos, sino también la gestión del impacto psicológico inherente a la asistencia. Aunque las situaciones complejas supongan un porcentaje reducido de las asistencias, se debe saber cómo afrontar el impacto emocional que causan.

Dentro del ámbito de la interpretación en los servicios públicos, la investigación del impacto psicológico que sufren los profesionales es muy reducida. Las universidades y los centros que proporcionan estos servicios no siempre lo tienen en cuenta, como ha constatado Valero (2006) en un estudio. De acuerdo con Ruiz (2013: 194), los intérpretes en el contexto sanitario deben tener estabilidad emocional, es decir, ser personas equilibradas, con control sobre sus emociones, y que no se alteren con facilidad en el trabajo. Sin embargo, esta estabilidad no garantiza inmunidad frente a situaciones en las que el intérprete se identifique con el paciente, en las que deba relatar episodios de violencia o cuando sienta impotencia por no poder ayudar al paciente. Si el intérprete carece de formación o de un entorno que le permita gestionar este impacto, las consecuencias pueden afectar a su trabajo (síndrome del «trabajador quemado») o a su vida personal. Ruiz (2013: 195) señala que la concienciación, la motivación y el conocimien-

to son conceptos esenciales para afrontar el trabajo en estas situaciones, además de aplicar técnicas psicológicas para gestionarlos.

Otro aspecto positivo reseñable de la instauración de un departamento específico para la atención al paciente internacional está vinculado estrechamente con la confianza que inspira tanto en el usuario del sistema como en los profesionales. Es posible que la consciencia por parte del paciente de que el servicio de interpretación está establecido formalmente disminuya recelos por parte del paciente, al vincular en su imaginario al profesional a la institución sanitaria. Por el lado del profesional, conocer a los intérpretes, saber cómo trabajan y poder comentar con ellos cualquier aspecto de la asistencia facilita la atención y mejora la calidad de esta.

8. Conclusiones

La profesionalización de la interpretación en los servicios públicos, en especial en el entorno sanitario, permite, por un lado, mejorar la asistencia a los pacientes y, por otro, aumentar el reconocimiento de esta profesión. Ante los riesgos que plantea el recurso a intérpretes *ad hoc*, los profesionales deben ser conscientes de sus funciones, de las implicaciones que estas tienen y del recorrido teórico y práctico que deben seguir para ofrecer la mejor de las prestaciones posibles. Sin embargo, el objetivo de garantizar la comunicación entre el personal sanitario y el paciente no debe dar carta blanca a los intérpretes para que empleen estrategias que contravengan la ética profesional o que perjudiquen en última instancia al paciente o a la entidad que presta los servicios.

Asimismo, la creación de equipos profesionales especializados facilita la gestión integral del paciente, con el consecuente aumento de la confianza en el intérprete y, con ello, de la calidad del servicio. Del mismo modo, repercute de forma positiva en la entidad que apuesta por la profesionalización, ya que la respuesta ante una necesidad latente abre las puertas a que aumente la demanda de profesionales.

Notas

1. Por confidencialidad corporativa, no se menciona el nombre del hospital ni de su equipo de intérpretes. Se puede contactar con la autora para más información sobre el entorno de trabajo.

Referencias bibliográficas

- Abril Martí, M. (2006). *La interpretación en los servicios públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Granada: Universidad de Granada. Recuperado en noviembre de 2017, de <https://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf> [consulta 10.XII.2017].
- Angelelli, C. (2006). Designing Curriculum for Healthcare Interpreter Education: A Principles Approach. En C. Roy, *New Approaches to Interpreter Education*, pp. 23-46. Washington DC: Gallaudet University Press.
- Carr, S., Roberts, R., Dufour, A., & Steyn, D. (1997). *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings*, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995. Amsterdam, Filadelfia: John Benjamins Publishing.
- Chesher, T., Slatyer, H., Doubine, V., Jaric, L., & Lazzari, R. (2003). Community-based interpreting : the interpreters' perspective. En L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin, & H. Clarke, *The Critical link 3 : interpreters in the community : selected papers from the Third International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Montréal, Québec, Canada 22-26 May 2001*, pp. 273-292. Amsterdam, filadelfia: John Benjamins Publishing.
- Consejería de Sanidad; Junta de Andalucía. (2017). *Salud Responde*. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_7_c_3_nuevo_marco_de_relacion_con_la_ciudadania/salud_responde> [consulta 10.XII.2017].
- 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.
- Dueñas González, R., Vázquez, V., & Mikkelsen, H. (1991). *Fundamentals of Court Interpretation: Theory, Policy, and Practice*. Durham, NC: Carolina Academic Press.
- Erasmus, M. (1999). *Liaison Interpreting in the Community*. Pretoria: Van Schaik.
- Gentile, A., Ozolins, U., & Vasilakakos, M. (1996). *Liaison Interpreting: A Handbook*. Carlton South, Victoria, Australia: Melbourne University Press.
- Hale, S. (2007). *Community Interpreting*. Hampshire; Nueva York: Palgrave Macmillan.
- Hsieh, E. (2003). The Communicative perspective of Medical Interpreting. *Studies in English Language and Literature* , 11: 11-23.
- Hsieh, E. (Octubre de 2008). "I am not a robot!" Interpreters' Views of Their Roles in Health Care Settings. *Qualitative Health Research*, 18 (10): 1367-1383.
- Martin, A., & Abril Martí, M. (2002). Los límites difusos del papel del intérprete social. En C. Valero Garcés, & G. Mancho Barés, *Traducción e interpretación en los servicios públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades*, pp. 55-60. Servicio de publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Mason, I. (Ed.). (2001). *Triadic Exchanges: Studies in Dialogue Interpreting*. Manchester: St. Jerome.
- Mikkelsen, H. (1996). *Community Interpreting. An emerging profession*. (Vol. 1 Interpreting). London: John Benjamins Publishing Co.
- Mikkelsen, H. (25 de octubre de 2004). *The professionalization of community interpreting*. Recuperado en noviembre de 2017, de [aiic.net: https://aiic.net/page/1546/the-professionalization-of-community-interpreting/lang/1](https://aiic.net/page/1546/the-professionalization-of-community-interpreting/lang/1) [consulta 10.XII.2017].
- Ozolins, U. (1998). *Interpreting and Translating in Australia: Current Issues and International Comparisons*. Melbourne: Language Australia.
- Pöschhacker, F. (1999). 'Getting Organized': The Evolution of Community Interpreting. *Interpreting*, 4 (1): 125-141.
- Ruiz Mezcua, A. (2013). La interpretación en los centros sanitarios: "A veces médico, a veces paciente... pero siempre intérprete". *Skopos: Revista internacional de traducción e interpretación*, 3: 185-199.
- Universidad de Sevilla. (2017). *El Turismo en Sevilla*. Grupo de Trabajo 0583 de la Fundación de Investigación. Sevilla: Universidad de Sevilla. Recuperado en noviembre de 2017, de https://www.visitasevilla.es/uploads/profesionales/observatorio/informes/agosto_2017_Datos_Turisticos.pdf [consulta 10.XII.2017].

- Universidad Pablo de Olavide. (2017). *Memoria académica 2016-2017: La UPO en cifras*. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide. Recuperado en noviembre de 2017, de https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/memoria/documentacion/La_UPO_en_cifras_016_017.pdf [consulta 10.XII.2017].
- Valero Garcés, C. (2006). El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos. Un factor a tener en cuenta. *Quaderns. Revista de traducció*, 13: 141-154.
- Vicegerencia de organización. (2017). *Anuario estadístico 2016-2017*. Universidad de Sevilla. Sevilla: Universidad de Sevilla. <<http://servicio.us.es/splanestu/WS/Anuario1617/Present.html#p=364>> [consulta 10.XI.2017].
- Vidal Claramonte, M. (2012). El lenguaje de las revistas femeninas españolas: la (no) traducción como ideología. *Meta*, 57 (4): 1029-1045.
- Zhong, Y. (2002). Transcending the Discourse of Accuracy in the Teaching of Translation: Theoretical Deliberation and Case Stud. *Meta*, 47 (4): 575-585.
- Zimman, L. (1994). Intervention as a pedagogical problem in community interpreting. En C. Dollerup, A. Lindegaard, & A. Lindegaard, *Teaching Translation and Interpreting 2: Insights, Aims, Visions: Papers from the Second Language International Conference, Elsinore, Denmark, 4-6 June 1993*, pp. 217-224. Amsterdam, Filadelfia: John Benjamins Publishing.

