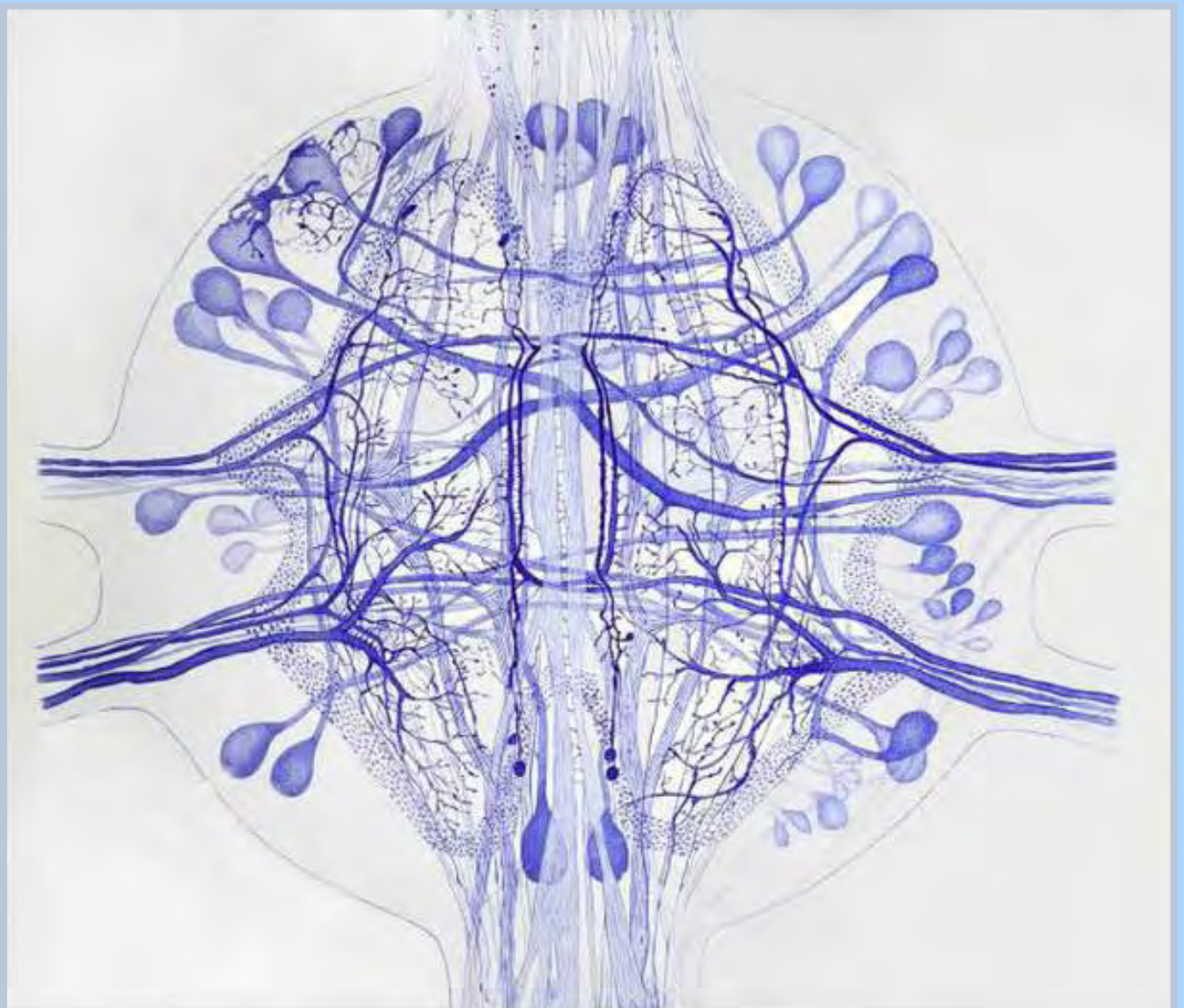


Panace@

Boletín de Medicina y Traducción



Vol. X, n.º 30. Segundo semestre, 2009

Panace@ (<<http://tremedica.org/panacea.html>>), revista surgida a partir de la lista de debate MedTrad (<<http://rediris.es/list/info/medtrad.es.html>>), es la publicación oficial de TREMÉDICA (<www.tremedica.org>), la Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias Afines.

Panace@ publica textos originales sobre los diversos aspectos de la traducción y el lenguaje de la medicina y ciencias afines, sobre todo en español, pero la revista está abierta a colaboraciones en cualquier idioma.

Panace@ es una publicación semestral con dos números anuales, uno en cada semestre; uno de estos números es general, y el otro, monográfico.

Los originales para publicación deben enviarse en soporte electrónico a panace@tremedica.org.

La propiedad intelectual de los originales corresponde a los autores, y los derechos de edición y publicación, a *Panace@*. Los artículos aparecidos en la revista podrán ser utilizados libremente con propósitos educativos y científicos, siempre y cuando se citen correctamente su autoría y procedencia. No está permitido el uso o reproducción de las imágenes sin el permiso expreso de los autores o sus herederos.

Panace@ espera de los autores y colaboradores el máximo respeto a las consideraciones de ética editorial incluidas en las normas de Vancouver, que pueden consultarse en la página de Tremédica (<www.tremedica.org/recursos/vancouver.html>).

Las opiniones expresadas en esta publicación son responsabilidad exclusiva de los autores de los artículos.

ISSN 1537-1964

Publicación incorporada a

Redacción

Dirección:
Bertha M. Gutiérrez Rodilla
Dpto. Historia de la Ciencia
Universidad de Salamanca (España)

Secretaría de Redacción:
Juan Valentín Fernández de la Gala
Unidad de Historia de la Medicina
Universidad de Cádiz (España)

Consejo de Redacción:

M. Gonzalo Claros Díaz
Dpto. Biología Molecular
Universidad de Málaga (España)

María de Miguel Gallo
Director of Medical Education, Ogilvy Healthworld
(División Española)

Equipo técnico

Revisión: **Federico Romero**

Revisión de textos en inglés: **María Valiente**

Diseño y maquetación: **Jesús Jiménez** <www.comando-z.es>

Publicación electrónica: **Cristina Márquez Arroyo**

Consejo editorial

Rodolfo Alpizar Castillo (Cuba)	Valentín García Yebra (España)	Mercè Piqueras (España)
Jorge Avendaño Inestrillas (México)	Josefa Gómez de Enterría (España)	Serge Quéryn (Canadá)
Christian Balliu (Bélgica)	Luis González (España-Bélgica)	Héctor Quiñones (España)
María Barbero (España)	Ernesto Martín-Jacod (Argentina)	Maurice Rouleau (Canadá)
José Rafael Blengio Pinto (México)	José Martínez de Sousa (España)	María Verónica Saladrigas (Argentina-Suiza)
M. ^a Teresa Cabré Castellví (España)	Luis Montiel (España)	Karen Shashok (España)
Xosé Castro Roig (España)	Laura Munoa (España)	Gustavo A. Silva (México-EE. UU.)
María Luisa Clark (Colombia-EE. UU.)	M. ^a del Carmen Navarro (España-Italia)	Lúcia M. Singer (Brasil)
Francisco Cortés Gabaudan (España)	Fernando A. Navarro (España)	José A. Tapia Granados (EE. UU.)
Adriana Cruz Santacroce (Uruguay)	Fernando Pardos (España)	Miguel Turrión (España-Luxemburgo)
Antonio Díaz Rojo (España)	José Antonio Pascual (España)	Nelson Verástegui (Colombia-Suiza)
John H. Dirckx (EE. UU.)	Isabel Pérez Montfort (México)	Luigi Vesentini (Italia-Luxemburgo-Bélgica)
Rosário Durão (Portugal)	Luis Pestana (Portugal-Suiza)	Alicia Zorrilla (Argentina)

Portada: Gustav Retzius. **Ilustraciones:** Nicolás Cuenca Navarrete, María Domercq, Joseph von Gerlach, Camillo Golgi, Laura López-Mascaraque, Carlos Matute, Santiago Ramón y Cajal, Gustav Retzius, Tamily Weissman y Torsten Wittmann (v. págs. 205-212). No está permitido el uso o la reproducción de las imágenes sin el permiso expreso de los autores o sus herederos.

Panace@

Boletín de Medicina y Traducción

EDITORIAL

La historia de la lengua científico-técnica y la traducción

Cecilio Garriga Escribano 115

TRADUCCIÓN Y TERMINOLOGÍA

Minidiccionario crítico de dudas (II etapa, 4.ª entrega)

Fernando A. Navarro 117

TRIBUNA

MedTrad cumple diez años: datos y cifras tras una década de actividad espectacular

Fernando A. Navarro 124

«Saque la lengua, por favor»: panorama actual de la interpretación sanitaria en España

Bárbara Navaza, Laura Estévez y Jordi Serrano 141

El perfil del traductor médico: diseño de un estudio de corte socioprofesional

Ana Muñoz Miquel 157

Las competencias profesionales integradas en el aula de traducción

Laura Otero 169

Teaching English to the medical profession: Developing communication skills and bringing humanities to medicine

Jonathan McFarland 173

EL LÁPIZ DE ESCULAPIO

Cinco síndromes muuuuuu raros, cinco

Nelson Verástegui 176

Seisdedos

Joaquín Valls Arnau 201

Partidas inacabadas

Joaquín Valls Arnau 204

CARTAS A PANACE@

Sobre las traducciones de Darwin al español

Elisa Paoletti 179

Los profesionales españoles y el inglés

Ramón Ribes 180

RESEÑAS

¿Cómo curar las palabras que nos curan? A la escucha del cuerpo, de Ivonne Bordelois

- Entre la ciencia y la humanidad

Guillermo Jaim Etcheverry 181

- Médicos y pacientes: un diálogo con mucho ruido

Ivonne Bordelois 183

Por fin una publicación sobre la redacción médica como profesión

M.ª Blanca Mayor Serrano 187

SEMBLANZAS

ENTREVISTA

Alegría de vivir, en tres idiomas:

entrevista a Christiane Dosne Pasqualini
Damián Vázquez 188

NECROLÓGICAS

En homenaje a Iñaki Ugarteburu (1954-2009)

Xabier Alberdi Larizgoitia 192

Carlos Castilla del Pino (1922-2009): psiquiatra, ensayista y académico de la RAE. Una anécdota sobre la traducción médica en sus memorias

Juan Manuel Martín Arias 194

En recuerdo de Álvaro García Meseguer (1934-2009)

Redacción de Panace@ 198

CONGRESOS Y ACTIVIDADES

Cuestiones prácticas de la traducción científica

Emilio Ortega Arjonilla 199

Agenda

202

NUESTROS ILUSTRADORES

Nuestros ilustradores

Juan V. Fernández de la Gala 205

Un itinerario histológico por las páginas de Panace@

Juan V. Fernández de la Gala 208

ENTREMESES

Panace@ consigue el Premio MEDES de la Fundación Lilly

Redacción de Panace@ 116

¿Quién lo usó por vez primera? Síndrome de Angelman

F. A. Navarro 168

Reintroducción de un término antiguo para un concepto nuevo: *apoptosis*

Francisco Cortés Gabaudan 172

Cuando los traductores yerran y nadie los enmienda: *duramadre* y *piamadre*

Francisco Cortés Gabaudan 197

Yo no he estudiado griego

José Ignacio de Arana 203

Panace@ agradece el apoyo económico recibido de los socios y las empresas patrocinadoras de Tremédica (<http://tremedica.org>), Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias Afines:

Lilly España

<www.lilly.es>

Respuestas que importan.

Celer Soluciones

<www.celersol.com>



Nova Traductors i Intèrprets

<<http://www.nova-transnet.com>>



Language Services

Seprotec

<www.seprotec.com>



Rosa Álvarez Ulloa
Ana María Atienza Díaz
María Barbero
Lida Barbetti Vros
Georgina Baró Graf
Paloma Bellod
José Bocic
Tania Candas Castrillón
Carmen Carbone
Guido Castañeda M.
Martha Castilleja
María Luisa Clark
Gonzalo Claros
Noelia Corte Fernández
María Covella
María De Miguel Gallo
Enrique Díaz de Liaño
Antonio Díez Herranz
Anna Enjuto Rodríguez
Esther Fernández Berjon
Luisa Fernandez Sierra
Betty Galiano
Lorenzo Gallego Borghini
Cristina García López
Gabriela Gasparini
Daniel Gauna
Diana Gibson

Paz Gómez Polledo
Bertha Gutiérrez Rodilla
Gilda Mercedes Harada Wakao
Javier Hellín del Castillo
María José Hernández W.
Francisco Hernández Crespo
Carmen Hurtado González
Amancio Iglesias
José María Izquierdo Tapia
Jarmila Jandová
Ester Jansenson
Juan Julián León
Violeta López
Gloria López Ramírez
Fernanda Lozano
Chris Marquardt
Cristina Márquez
Imanol Martínez Padrón
Blanca Mayor Serrano
Claudia Mitchell
José María Montero
Laura Munoa
María Victoria Muñoz Carrasco
Carmen Navarrete
Fernando Navarro
Alfonso Nevado
Vie Ortiz

María Gabriela Ortíz
Chelo Pascau
Sandra Paván
Xavier Peña
Cristina Peña Martínez
Tomás Pérez Pazos
Emilia Picazo
Mercè Piqueras
Zdena Porras Jandová
Juan Antonio Puerto Sebastián
Héctor Quiñones
Luciana Ramos
Federico Romero
Natasha Roper
Ana Rubio
María Verónica Saladrigas
Flavia Sampaoli
Esther Serrano
Barbara Shapiro
Karen Shashok
Gustavo Silva
Karina Tabacinic
Miguel Turrión
Damián Vázquez
Alvaro Villegas
Silvia Wolf

La historia de la lengua científico-técnica y la traducción

Cecilio Garriga Escribano*

Durante muchos siglos, el prestigio de la lengua se ha basado en la literatura. Las obras literarias han sido las depositarias de la lengua en su más alto grado de esplendor, y los escritores se han visto como los responsables máximos del desarrollo de la lengua, han sido considerados como aquellos que mejor la utilizaban.

Y los filólogos (entre los que de alguna manera me cuento, aunque no comparta esta segmentación del saber) somos en gran parte responsables de ello, ya que la filología tradicional ha dedicado sus mayores esfuerzos a estudiar los textos literarios. Así, el *Poema de Mio Cid*, el Arcipreste de Hita, Gonzalo de Berceo, el *Quijote*, *La Celestina*, San Juan de la Cruz, Góngora y Quevedo y una innumerable lista de obras y autores clásicos han sido y son estudiados, descritos y elevados a la máxima categoría lingüística.

No en vano, cuando la Real Academia Española decidió elaborar su *Diccionario de la lengua castellana* (1726-1739), conocido como *Diccionario de autoridades*, estableció que todas las voces que se recogieran debían estar ejemplificadas con textos fundamentalmente literarios, y especialmente de los siglos de oro de la literatura española. Esta decisión respondía a una visión muy consolidada (aún vigente en muchos aspectos) de que la lengua es un organismo vivo, que nace, crece, se reproduce y... muere. El modelo era el latín, que después de su «nacimiento» y esplendor se fragmentó dando lugar a las lenguas románicas y acabó «muriendo». Y el español, que en los siglos XVI y XVII se consideraba que había llegado a su máximo esplendor, corría el riesgo, a partir de ahí, de «decaer», «corromperse», para ir perdiendo su prestigio y, quién sabe, quizá desaparecer...

De ahí ese monumental *Diccionario de autoridades*, que pretendía ser una especie de «foto fija» que parara el tiempo, que «fijara» (una de las palabras clave) la lengua para que quedara establecida de una vez y para siempre.

¿Y qué pasaba con la lengua de la ciencia y de las artes? Es verdad que durante muchos siglos la lengua de la ciencia fue el latín, pero, sobre todo a partir del siglo XVI, las lenguas nacionales van ganando terreno y cada vez aparecen más obras escritas en castellano. Sin embargo, esa lengua utilitaria no era considerada un modelo.

Otro factor vino a dificultar el interés por la lengua de la ciencia, y es la idea de que en España no había ciencia, y que el español era una lengua poco apta para esos menesteres.

Ha habido que esperar a los últimos decenios del siglo XX para que estas ideas empezaran a cambiar. Por un lado, la lingüística ha ido modificando su punto de vista, prestando atención a otras modalidades de lengua, no solo a la literaria. Por otro, los historiadores de la ciencia han ido desvelando diferentes épocas de la ciencia española, demostrando que el

tópico de que en España no había ciencia se debía, sobre todo, al desconocimiento de la propia historia de la ciencia y de la técnica. Como en más de una ocasión ha comentado Horacio Capel, es inimaginable que un poderío militar, económico y político como el español se sostuviera sin un aparato científico y técnico considerable.

En esta situación, empieza a crecer el interés por el estudio de la lengua de la ciencia. Los lingüistas comienzan a leer los trabajos de los historiadores de la ciencia, que les muestran cuáles son los textos más importantes para la divulgación de cada ciencia, de cada disciplina, en cada época. Y resulta que muchos de esos textos son precisamente traducciones.

Por otro lado, el estudio de la historia de la lexicografía demuestra que no es cierto que la lengua de la ciencia estuviera fuera de las preocupaciones de los lexicógrafos. Como ya mencionaba Francisco Petrecca en el número 4 de esta misma revista, desde el mismo *Diccionario de autoridades* la Academia se proponía elaborar un diccionario que contuviera las voces de ciencias y artes. No lo llegaría a elaborar nunca, pero sí que lo hizo unos años después Esteban de Terreros y Pando, quien publicó un *Diccionario de la lengua castellana con las voces de ciencias y artes* (1786) en el que recogía el vocabulario que se utilizaba en los talleres artesanos, amén de numerosas voces de la ciencia y de la técnica de su tiempo. Y esa preocupación se prolongará durante todo el siglo XIX y el XX, a medida que la ciencia y la técnica ganaban en prestigio social y se extendía la idea de que cualquier lengua que se preciara debía aspirar a ser vehículo de transmisión de ciencia y tecnología.

Y decía que muchas de las obras que servían para la divulgación de la ciencia eran traducciones... En efecto, por causas políticas, sociales, religiosas, sobradamente conocidas, España se convierte pronto en un país receptor de ciencia. Pero receptor de ciencia no significa al margen de la ciencia. La ciencia llega a través de esos tratados y manuales, a veces incluso con rapidez, y esas ideas y conceptos se vierten al castellano, unas veces con más fortuna, otras con más dificultades. Conocer esas traducciones, estudiarlas, atender a las reflexiones de los propios traductores en relación con los problemas lingüísticos con que tropezaban, es toda una lección. Pero a pesar de las dificultades, lo cierto es que van entrando en el español moderno y contemporáneo innumerables voces de la ciencia y de la técnica que, a través del proceso de la traducción, se asientan en la lengua creando una terminología rica y variada.

Como se puede observar de lo dicho hasta aquí, hay diferentes agentes que participan del estudio de la lengua de la ciencia y de la técnica: lingüistas, traductores, historiadores

* Departamento de Filología Hispánica, Universidad Autónoma de Barcelona (España). Dirección para correspondencia Cecilio.Garriga@uab.es.

de la ciencia... Algunos de estos agentes nos hemos reunido en una iniciativa que se parece, en cierta manera, a *Panace@*: la Red Temática Lengua y Ciencia (<www.lenguayciencia.net>), que cuando salga este número previsiblemente habrá celebrado ya su tercer encuentro. En efecto, se trata de una iniciativa multidisciplinar de la que forman parte lingüistas, historiadores de la ciencia, científicos..., todos sensibilizados por la lengua en la que se expresan la ciencia y la técnica, convirtiéndola en su centro de atención, y en la que tienen

cabida diversas perspectivas históricas, lingüísticas, metodológicas...

Seguimos, en este sentido, la estela de *Panace@*, instrumento de encuentro inmejorable para una tarea tan interdisciplinar como esta. Por eso celebro la salida de este trigésimo número de la revista y agradezco con ilusión la invitación de su directora para firmar este editorial. Enhorabuena a todos los que hacen posible que *Panace@* vaya avanzando y convirtiéndose en una referencia dentro y fuera de la Red.

Panace@ consigue el Premio MEDES de la Fundación Lilly

Nuestra revista, de la que hoy sale a la luz el número 30, acaba de conseguir el Premio MEDES (Medicina en Español, <www.lilly.es/Nitro/foundation/templates/lines.jsp?page=31680>) a la Mejor Iniciativa Editorial, unos de los premios que cada año concede la Fundación Lilly (<www.lilly.es/Nitro/foundation/templates/front.jsp?page=10856>) para fomentar la publicación científica de calidad en español. Con sus tres modalidades (Mejor Publicación de Investigación Original, Mejor Publicación de Investigación Secundaria o de Síntesis del Conocimiento y Mejor Iniciativa Editorial), estos premios pretenden reconocer la labor de aquellos que generan conocimiento y lo comunican a través del español, así como de aquellas iniciativas editoriales o empresariales que posibilitan la comunicación y divulgación de dicho conocimiento entre los hispanohablantes.

En la actual edición, a la modalidad a la que nosotros nos presentábamos concurrían 17 publicaciones, la mayoría de las cuales cuentan con una trayectoria impecable y un reconocidísimo prestigio. De ahí que el que la concesión haya recaído finalmente sobre nuestra revista significa para todos los que integramos el equipo de *Panace@* no solo un reconocimiento de inestimable valor al trabajo que llevamos realizado, sino también, y sobre todo, un estímulo



importantísimo para continuar desempeñándolo en el futuro. A la ceremonia de entrega, que tuvo lugar el pasado 19 de noviembre en El Escorial (Madrid) durante la V Jornada Medes, dedicada a la «Sostenibilidad de la ciencia y de las publicaciones científicas en español» (<www.lilly.es/Nitro/foundation/templates/lines.jsp?page=10024>), acudieron un puñado de medtraderos y tremediqueros que arrojaron a la directora de *Panace@* cuando subió a recoger el premio.

Enhorabuena desde aquí a todos nuestros colaboradores y gracias a nuestros lectores: unos y otros son los que hacen posible que hoy estemos donde estamos.

Minidiccionario crítico de dudas (II etapa, 4.ª entrega)

Fernando A. Navarro*

Resumen: En los últimos años hemos asistido a importantes progresos en relación con el diagnóstico, el tratamiento, la farmacogenética, las investigaciones genoproteómicas, la informática médica o las aplicaciones prácticas de la biología molecular; y el lenguaje especializado de la medicina ha ido evolucionando en consonancia. Cada año se acuñan en inglés neologismos médicos por millares, que hemos de importar rápidamente en español con la máxima precisión, claridad, rigor y corrección si queremos que nuestro idioma siga siendo útil como lengua de cultura. Se comentan con detalle en este artículo diversos neologismos y tecnicismos médicos en inglés que plantean importantes problemas de traducción al español. Las propuestas razonadas de traducción que ofrece el autor van acompañadas de comentarios críticos sobre el uso habitual entre los médicos, las normas ortográficas básicas de nuestro idioma, las recomendaciones oficiales de las nomenclaturas normalizadas y los principales organismos internacionales, así como la necesidad de precisión y claridad que debe caracterizar a todo lenguaje científico.

Palabras clave: lenguaje médico, traducción médica, neologismos, tecnicismos, nomenclatura normalizada, inglés-español, falsos amigos.

Critical mini-dictionary and guide to usage. Part II, 4

Abstract: Recent years have seen considerable progress in diagnostics, treatments, pharmacogenetics, proteomics/genomics, medical informatics and the practical applications of molecular biology, and the specialized language of medicine has evolved apace. Each year thousands of medical neologisms are coined in English, and they must be rapidly imported into Spanish with a maximum of precision, clarity, rigor and accuracy if we wish for the Spanish language to remain useful as a language of culture. This article offers a detailed commentary on some of the medical neologisms and technical terms in English that pose substantial translation problems in Spanish. The proposed Spanish translations the author provides here are supported by reasoned explanations and accompanied by a critical overview of how the word is generally used by physicians, basic orthographic rules in Spanish, and official recommendations issued by bodies responsible for standardized nomenclature and the relevant international organisms. Further comments are offered on the need for precision and clarity that should characterize any scientific language.

Key words: medical language, medical translation, neologisms, technical terms, standardized nomenclature, English-Spanish, false cognates.

Panace@ 2009; 10 (30): 117-123

acacia. Puede tener dos significados, de los cuales el más frecuente en los textos biosanitarios es, con mucho, el segundo:

1 [Bot.] Acacia: cualquier árbol del género *Acacia*.

2 [Quím.] Forma abreviada de *acacia gum* o *gum acacia*, que es nuestra ‘goma arábiga’: goma natural extraída de diversas especies de acacia (sobre todo *Acacia senegal* y *Acacia seyal*), muy utilizada como estabilizante (E-414) en las industrias alimentaria y farmacéutica. Ej.: *Acacia reduces the surface tension of fluids* (la goma arábiga disminuye la tensión superficial de los líquidos).

adnexal (o annexal). El adjetivo que expresa relación con los anejos o anexos no es en español «adnexal» ni «anexal», sino ‘anexial’.

American English. Según lo comentado en AMERICAN* y NORTH AMERICAN*, en inglés llaman *American English* al inglés estadounidense (variedad del inglés hablada en los Estados Unidos) y *Canadian English* al inglés canadiense (variedad del inglés hablada en Canadá), que juntas

forman el llamado *North American English* o inglés norteamericano.

► Obsérvese que, en español, ‘inglés americano’ es un concepto más amplio que ‘inglés norteamericano’, puesto que engloba también las variedades del inglés habladas en Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, las Islas Caimán, las Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes británicas, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, y Trinidad y Tobago. En inglés, por el contrario, *American English* es un concepto más restringido que *North American English*, pues corresponde únicamente a una de las dos variedades principales de este.

arcuation. En español no decimos «arcuación», sino ‘curvatura’, ‘acodadura’ o ‘acodamiento’.

as of. Cuando precede a una fecha, esta expresión inglesa puede tener dos significados no solo diferentes, sino contrarios incluso:

* Traductor médico, Cabrerizos (Salamanca, España). Dirección para correspondencia: fernando.a.navarro@telefonica.net.

1 [US] Desde, a partir de. Ej.: *as of June 1, 2009* (desde el 1 de junio del 2009).

► En el inglés británico, lo normal es utilizar *as from* para esta primera acepción.

2 Hasta, a fecha de. Ej.: *as of June 1, 2009* (hasta el 1 de junio del 2009).

baptist. [Neur.] Los investigadores que trabajan en neuroquímica de la enfermedad de Alzheimer se han dividido durante años en dos grupos enfrentados: por un lado, los que opinaban que el proceso neurodegenerativo se debía fundamentalmente a la proteína τ , que forma los típicos ovillos neurofibrilares de la enfermedad de Alzheimer, y por otro, quienes opinaban que el proceso neurodegenerativo se debía fundamentalmente a la proteína amiloide β , que forma las características placas amiloides de la enfermedad de Alzheimer. A los primeros, dieron en llamarlos *tauists* (generalmente pronunciado *taoists*, por juego de palabras con el taoísmo religioso), a partir de *tau protein*; y a los segundos, dieron en llamarlos *baptists* (por juego de palabras con la iglesia bautista evangélica, en inglés *Baptist*), a partir de la sigla inglesa *BAP*, de *beta amyloid protein*.

basic instinct. En español no decimos «instinto básico», sino ‘instintos primarios’ o ‘bajas pasiones’, pero la lucha contra el calco se ha visto enormemente dificultada por el hecho de que la película joliviense *Basic instinct* (1999), con Sharon Stone y Michael Douglas en los papeles protagonistas, se tradujera al español como *Instinto básico* en España y como *Bajos instintos* en Hispanoamérica.

beeturia. Híbrido anglogriego formado a partir de *beet* (remolacha) para designar la emisión anormal de orina rojiza tras ingerir remolachas, por eliminación urinaria de betacianina (pigmento rojizo de la remolacha). En español, considero claramente preferible el tecnicismo ‘betacianinuria’ al híbrido «remolachuria».

► Obsérvese, por cierto, que en este caso el formante ‘beta-’ no corresponde a la letra griega β , sino al latín *beta*, que da nombre al género botánico al que pertenece la remolacha (*Beta vulgaris*).

blunt. Puede funcionar como adjetivo o como verbo:

1 [a.] Como adjetivo, admite diversas posibilidades de traducción:

a) Romo, sin punta, despuntado, desafilado, sin filo, mocho. Ejs.: *blunt dissection* (disección roma), *blunt forceps* (pinzas romas), *blunt needle* (aguja de punta roma), *blunt pencil* (lápiz sin punta), *blunt point* (punta roma, punta redondeada).

b) Directo, franco, rotundo, categórico, sincero. Ejs.: *I will be blunt with you* (voy a serte franco; voy a hablarte con franqueza); *To put it bluntly, the patient would have died if such aggressive treatment had not been instituted rapidly* (hablando sin rodeos, el paciente habría muerto de no haberse instaurado este tratamiento radical); *bluntly* (francamente, sin rodeos, claramente, directamente, rotundamente o sin pelos en la lengua, según el contexto).

c) Otras expresiones de traducción difícil o engañosa: *He was hit with a blunt instrument* (lo golpearon con un

instrumento contundente); *This law is a very blunt instrument for dealing with the problem* (esta ley es muy insuficiente para abordar el problema); *blunt angle* (ángulo obtuso), *blunt cone* (cono truncado), *blunt injury* (contusión, traumatismo cerrado), *blunt liver* (hígado blando a la palpación), *blunt-nosed* (chato), *blunt trauma* (contusión, traumatismo cerrado).

2 [v.] Como verbo, *to blunt* tiene dos significados frecuentes:

a) Desafilarse o desafilarse (un bisturí, unas gubias u otro instrumento de borde afilado); despuntar o despuntarse (una aguja, un lapicero u otro instrumento puntiagudo).

b) Mitigar, disminuir, debilitar o debilitarse (una función o una respuesta fisiológicas). Ej.: *blunting of taste* (hipogeusia).

bobbing. Puede tener dos significados:

1 Balanceo vertical de la cabeza, como forma abreviada de *head bobbing*.

2 Nistagmo vertical, como forma abreviada de *eye bobbing* u *ocular bobbing*.

breaking of the voice. Para referirnos al paso de la voz infantil a la voz adulta, en español no decimos «ruptura de la voz», sino ‘muda de la voz’ o ‘cambio de la voz’.

CI inhibitor. Se olvida con frecuencia que adjetivos y sustantivos adoptan en inglés distinto orden que en español. En el caso que nos ocupa, *CI inhibitor* no es «C1 inhibidor» (esto es, un C1 de acción inhibidora), sino ‘inhibidor de C1’ (esto es, un inhibidor de la proteína C1 [enzima que forma el primer componente de la vía clásica del complemento]), que es muy distinto.

callus (plural: calluses). Puede tener dos significados:

1 [Derm.] Callo, callosidad, tiloma (o, en el registro coloquial, ‘dureza’); hiperqueratosis circunscrita por presión o roce reiterado.

► Obsérvese que en inglés suelen distinguir claramente entre *callus* (callosidad de gran tamaño, por lo general indolora, y situada en el talón, en la planta de los pies, en la rodilla o en la palma de las manos) y *corn* o *clavus* (callosidad cónica de pequeño tamaño, con un centro hiperqueratósico y por lo general muy dolorosa, localizada habitualmente en los dedos del pie), mientras que en español usamos una misma palabra, ‘callo’, con ambos sentidos. El traductor debe estar atento para evitar que ello sea motivo de ambigüedad o confusión.

2 [Traum.] Callo de fractura, callo óseo: tejido de reparación que se forma tras una fractura.

caption. En español no decimos «capción», sino ‘título’ (de un artículo), ‘subtítulo’ (en una película) o ‘leyenda’ o ‘pie’ (de una figura).

cascade (o cascade sequence). Los calcos ‘cascada’ y ‘secuencia en cascada’ son ya habituales en español para referirnos a un conjunto de reacciones bioquímicas encadenadas de tal forma que el producto final de cada una de ellas actúa como reactante o reactivo de partida para la siguiente (como sucede, por ejemplo, en la cascada de la coagulación). Ello no debe hacernos olvidar, sin embargo, que en ese mismo sentido gozan de gran tradición en

la terminología científica expresiones como ‘secuencia en cadena’, ‘reacción en cadena’ o ‘cadena bioquímica’.

child and adolescent psychiatry. En español, el nombre tradicional de esta subespecialidad médica no ha sido ‘psiquiatría del niño y el adolescente’, sino ‘psiquiatría infantojuvenil’ (que los médicos, con su predilección por el guionado de los adjetivos compuestos, reforzada por la influencia francesa, suelen escribir «psiquiatría infanto-juvenil»).

Compárese, a modo de ejemplo, la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)*, fundada en 1953, con su coetánea Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (AEPIJ), fundada en 1952 y que, curiosamente, en el año 2006 decidió cambiar su nombre oficial a Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). La influencia del inglés es alargada...

choledochal. En relación con lo comentado en -AL*, el adjetivo que expresa relación con el conducto colédoco no es español «coledocal», sino ‘coledociano’. Ejs.: *choledochal lithiasis* (litiasis coledociana), *choledochal syndrome* (síndrome coledociano).

circlage. Grafía incorrecta, pero relativamente frecuente en inglés, de *cerclage* (cerclaje). La frecuencia de este uso erróneo entre los médicos de lengua inglesa obedece a la etimología popular que hace derivar este tecnicismo del inglés *circle* (círculo), cuando en realidad se trata de un galicismo derivado del francés *cercle* (círculo).

circle, to. Palabra traidora; no significa ‘circular’ (*to circulate*), sino ‘cercar’, ‘rodear’, ‘dar vueltas’, ‘girar’ (alrededor de) o ‘rodear con círculo’, según el contexto. Ej.: *Please circle the appropriate answer* (rodee con un círculo la respuesta correcta).

clausura. Palabra traidora; no significa ‘clausura’ (*closure*), sino ‘atresia’.

Clonorchis. Este género de trematodos ha cambiado de nombre; en la nomenclatura zoológica moderna ya no se llama *Clonorchis*, sino *Opistorchis*. Ej.: *Clonorchis sinensis* (en la actualidad, *Opistorchis sinensis*).

coblation. Término acuñado en inglés por contracción de *cold ablation*, para referirse a las técnicas de abrasión hística —por lo general, epidérmica— a baja temperatura. En la mayor parte de los casos, puede traducirse más claramente por ‘dermoabrasión’.

collagenic. Puede tener cuatro significados, que conviene distinguir claramente:

- 1 Colágeno (o colágena): que produce cola o gelatina.
- 2 Colagénico (o colagénica), colagenoso (o colagenosa): del colágeno o relacionado con él.
- 3 Colagenógeno (o colagenógena), colagenopoyético (o colagenopoyética): que produce colágeno o fibras colágenas.
- 4 Colagenogénico (o colagenogénica): de la colagenogénesis o producción de colágeno, o relacionado con ella.

colloid osmotic pressure. En español es mucho más frecuente ‘presión oncótica’ que ‘presión coloidal osmótica’, ‘presión coloidosmótica’ o ‘presión osmótica coloidal’.

compos mentis. Expresión latina que literalmente significa «dueño de su mente», pero que en español suele traducirse

por ‘cuerdo’, en referencia a la persona que se halla en pleno uso de sus facultades mentales.

contactant. En español es más frecuente ‘alérgeno de contacto’ o ‘alérgeno por contacto’ que ‘contactante’.

► Idénticas consideraciones cabe hacer en relación con otros términos semejantes de uso frecuente en alergología: *infectant* (alérgeno infeccioso), *ingestant* (alérgeno ingerido, alérgeno por ingestión), *inhalant* (alérgeno inhalatorio, alérgeno por inhalación), *injectant* (alérgeno inyectado, alérgeno por inyección).

corset cancer. En español no decimos «cáncer en corsé» ni «cáncer en corset», sino ‘cáncer en coraza’.

cot. Esta palabra inglesa tiene distinto significado a uno y otro lado del Atlántico:

1 [GB] Cuna; equivalente en inglés norteamericano: *crib*.

2 [US] Catre, cama plegable, cama portátil, cama de campaña; equivalente en inglés británico: *camp bed* o *folding bed*.

Council of Europe. No debe confundirse el *Council of the European Union* (Consejo de la Unión Europea, que constituye la principal institución legislativa de la Unión Europea y está integrado por los ministros de todos los países de la Unión Europea) con el *European Council* (Consejo Europeo, integrado por el presidente de la Comisión Europea y los jefes de Estado o de Gobierno de todos los países miembros de la Unión Europea; se reúne cuatro veces al año y carece de sede oficial, pero desde el año 2003 ha pasado a reunirse de forma casi exclusiva en Bruselas), y mucho menos con el *Council of Europe* (Consejo de Europa: organismo internacional, mucho más antiguo que la Unión Europea y totalmente independiente de esta, integrado por 47 países europeos; tiene su sede en la ciudad alsaciana de Estrasburgo). La confusión entre estas tres instituciones es frecuente, y se ve agravada por el hecho de que la bandera europea con doce estrellas doradas sobre fondo azul marino, enseña oficial del Consejo de Europa desde 1955, fuera adoptada también como bandera oficial de la Unión Europea en 1986.

customize, to (o, en inglés británico, to customise). Recomendando evitar el anglicismo innecesario «customizar», que en la mayor parte de los casos puede traducirse sin dificultad por ‘personalizar’, ‘hacer por encargo’, ‘hacer a la medida’ o ‘adaptar a las preferencias del cliente’ (o consumidor). Ej.: *customized* o *customised* (personalizado, a medida).

decane. No es ‘decano’ en el sentido universitario tradicional español (que en inglés sería *dean*), sino ‘decano’ como nombre del hidrocarburo alcánico de fórmula $C_{10}H_{22}$.

denturist. Como derivado de *DENTURE** (que no es ‘dentadura’, sino ‘dentadura postiza’ o ‘prótesis dental’), la forma correcta en español no es «denturista» (calco horroroso que comienza ya a verse en español, pese a prestarse al chiste fácil del «turista dental»), sino ‘protésico dental’.

different. Cuando se mencionen varias categorías que, por el contexto, resulta obvio que son distintas entre sí, es redundante añadir ‘diferentes’ o ‘distintas’, aunque así lo haga el original. Ante una frase como «esta prótesis se fabrica

en cinco tamaños», por ejemplo, sería redundante precisar «se fabrica en cinco tamaños distintos», porque en ninguna cabeza cabe que puedan estar fabricándola en cinco tamaños iguales. Ej.: *My brother-in-law can speak seven different languages* (mi cuñado habla siete idiomas).

dirty drug. Expresión coloquial para referirse a un fármaco inespecífico; esto es, a una sustancia química de amplio espectro farmacológico, que, como la clorpromacina o el dextrometorfano, actúa sobre muy diversas dianas moleculares y, por tanto, puede tener múltiples acciones y efectos; entre ellos, por supuesto, también múltiples efectos secundarios o adversos.

discussion forum (también bulletin board, discussion board, discussion group, forum for discussion, internet forum, message board o web forum). Según lo comentado en DISCUSS*, para referirse a los foros abiertos de debate u opinión en línea, considero preferible hablar de ‘foro de debate’ mejor que «foro de discusión» (a menos, claro está, que en un foro concreto los participantes no hagan más que discutir siempre entre ellos de malas maneras). También en español son abundantes los sinónimos: ‘grupo de debate’, ‘foro de mensajes’, ‘foro de opinión’, ‘foro internético’ y, sobre todo, ‘foro’ a secas cuando el contexto ayuda a precisar el sentido.

disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs). Este nombre dieron en inglés a un grupo muy heterogéneo de fármacos que permitían frenar la progresión de la artritis reumatoide; por lo general, por oposición a los antiinflamatorios no esteroides (AINE), que únicamente servían para el tratamiento sintomático del dolor y la inflamación. En español, suele verse traducido como ‘(fármacos) antirreumáticos modificadores de la enfermedad’ (FARME o ARME), pero, de forma parecida a lo comentado en DISEASE*, posiblemente sería más claro llamarlos ‘(fármacos) modificadores de la artritis reumatoide’.

double-distilled water (también DDW, ddH2O o twice-distilled water). En español no decimos «agua destilada doble» ni «agua doble-destilada», sino ‘agua bidestilada’.

dropper. Puede tener dos significados:

1 Cuentagotas (en España) o gotero (en Hispanoamérica); ej.: *dropper bottle* o *dropping bottle* (cuentagotas [o gotero], frasco cuentagotas).

► Obsérvese que ‘gotero’ tiene en España un sentido muy distinto, pues se usa para el sistema de venoclisis o infusión intravenosa gota a gota.

2 Pipeta o micropipeta, como forma abreviada de *chemical dropper*; ej.: *Pasteur dropper* (pipeta de Pasteur).

Drosophila melanogaster. Los modernos estudios genéticos han demostrado que el género *Drosophila*, integrado actualmente por unas mil quinientas especies, es parafilético, por lo que se ha propuesto una reforma taxonómica para escindirlo en ocho géneros. Según esta reforma, la especie de mayor interés en medicina, *Drosophila melanogaster*, pasaría a llamarse *Sophophora melanogaster*. En la práctica, no obstante, esta propuesta no se ha impuesto aún, pues los científicos son reacios a cambiar el nombre de dicha mosca, que fue el primer modelo de estudio gené-

tico sistemático y se cuenta, sin duda, entre los organismos eucarióticos más estudiados y mejor conocidos.

drunkorexia. Juego de palabras creado en inglés por contracción de *drunk* (ebrio, bebido, tomado) y ANOREXIA* (anorexia nerviosa) para referirse a la asociación de alcoholismo y un trastorno de la conducta alimentaria, según el cual la persona afectada —por lo general, un adolescente— restringe la ingestión de alimentos en un intento de compensar las calorías que aportan las bebidas alcohólicas.

En español, tanto ‘ebriorexia’ como ‘alcohorexia’ podrían funcionar bien para evitar que se imponga el anglicismo «drunkorexia».

Ebstein. No debe confundirse el apellido del internista alemán Wilhelm Ebstein (1836-1912), que describió la anomalía de Ebstein, con el apellido del médico inglés Michael Epstein (nacido en 1921), descubridor del virus de Epstein-Barr. Ejs.: *Epstein-Barr virus* (virus de Epstein-Barr), *Ebstein anomaly* (anomalía de Ebstein).

exquisitely. Palabra traidora; de manera parecida a lo comentado en EXQUISITE PAIN*, en inglés es frecuente utilizar el adverbio *exquisitely* no para expresar relación con un gusto exquisito, sino como intensificador con el sentido de ‘muy’ o ‘sumamente’. Ejs.: *The elderly are exquisitely vulnerable* (los ancianos son sumamente vulnerables); *exquisitely painful* (sumamente doloroso).

extracorpuscular. En relación con lo comentado en CORPUSCLE*, este adjetivo inglés puede tener dos significados bien distintos:

1 Extracorpúsculo: situado o que tiene lugar fuera de un corpúsculo (celular).

2 Extraglobular: situado o que tiene lugar fuera de los glóbulos sanguíneos.

► Es anglicismo descarado, pero muy frecuente, el uso de «extracorpúsculo» con el sentido de ‘extraglobular’.

F cath. En relación con lo comentado en CATHETER*, puede tener tres significados:

1 [Card.] Forma abreviada de *Fogarty catheter* (catéter de Fogarty).

2 [Nefr.] Forma abreviada de *Foley catheter* (sonda de Fogarty).

3 [Nefr.] Forma abreviada de *female catheter* (sonda [vesical] femenina, sonda uretral corta).

► No debe confundirse con expresiones del tipo de *4-F cath*, donde *F* es el símbolo de la unidad de calibre *French* (v. GAUGE*).

finger food. Expresión inglesa sin equivalente exacto en español que engloba todo tipo de comida que se come directamente con las manos, sin ayuda de cubiertos. Suele utilizarse en referencia a los alimentos que los bebés pueden llevarse solos a la boca, como el pan o las galletas, o también, ya en el contexto de los adultos, referido a canapés y otros aperitivos que se toman con la mano, pero asimismo patatas fritas, pizza, espárragos, mejillones, etc., según el contexto y las costumbres de cada lugar.

gastrogavage. Según lo comentado en GAVAGE*, desaconsejo el anglicismo «gastrogavaje» para referirse a la alimentación por sonda nasogástrica.

► No debe confundirse con *gastrolavage*, que es el lavado gástrico.

genetics. En relación con lo comentado en -ICS*, no significa ‘genéticos’ (*genetic* como adjetivo; *geneticists* como sustantivo), sino ‘genética’, como sustantivo femenino referido a la disciplina científica.

► De manera parecida a lo comentado en -LOGY*, desaconsejo el uso impropio de «genética» en referencia a los aspectos genéticos o las bases genéticas. Ej.: *Our goal is to understand the genetics of human behaviour* (nuestro objetivo es llegar a comprender las bases genéticas del comportamiento humano).

girl. Este término inglés puede aplicarse a cualquier persona de sexo femenino desde el nacimiento hasta la edad adulta (en torno a los 20 años), y carece de equivalente exacto en español. En nuestra lengua, tenemos nombres distintos para intervalos de edad más reducidos que el que cubre *girl* en inglés; en cada caso habremos de traducirlo, pues, por ‘niña’, ‘adolescente’, ‘chica’ o ‘joven’, según corresponda.

goose egg. [US] Además de su sentido literal (huevo de oca), puede tener otros dos significados metafóricos en el registro coloquial:

1 [Med.] Chichón.

2 [Edu.] Cero (p. ej., en un boletín escolar de notas).

grassy. Palabra traidora; como derivado de *grass* (hierba), no significa ‘graso’ (*fatty, oily, greasy*), sino ‘herboso’ o ‘parecido a la hierba’.

handover. [Hosp.] En el registro médico jergal, es la presentación abreviada de un caso clínico que un médico ofrece a otro al que va a transferir un enfermo.

► No debe confundirse con *hangover* (véase la entrada siguiente).

hangover. La sensación de malestar que sigue al alcoholismo agudo se llama ‘resaca’ en España y gran parte de Hispanoamérica (como Argentina, Perú, Cuba y Puerto Rico), pero ‘cruda’ en Méjico, ‘goma’ en la mayor parte de Centroamérica, ‘guayabo’ en Colombia, ‘ratón’ en Venezuela, ‘caña mala’ en Chile, ‘chaqui’ en Bolivia y ‘chuchaqui’ en Ecuador.

► No debe confundirse con *handover* (véase la entrada anterior).

homing. Recomiendo evitar el anglicismo *homing*, que admite diversas posibilidades de traducción:

1 [Zoo.] Instinto (migratorio) de retorno: en animales como el salmón, que de adultos regresan para reproducirse a su lugar de nacimiento, en la cabecera de los ríos.

2 [Inm.] Migración dirigida (de los linfocitos), como forma abreviada de *lymphocyte homing*: fenómeno por el cual poblaciones específicas de linfocitos emigran de forma selectiva a distintas zonas de los órganos linfáticos periféricos.

Ig Nobel prizes. Parodia de los premios Nobel organizada con carácter anual desde 1991 por la revista de humor científico *Annals of Improbable Research* para premiar investigaciones científicas reales pero de carácter chistoso o insólito. Según los organizadores, estos Ig Nobel prizes fueron

instituido por el inventor Ignatius Nobel, pariente ficticio de Alfred Nobel, pero en realidad su nombre obedece a un obvio juego de palabras con el adjetivo inglés *ignoble* (innoble).

Dado que en español no puede reproducirse el juego de palabras original, lo habitual es dejar el nombre en inglés (premios Ig Nobel) o traducirlo como ‘premios anti-Nobel’ (que en realidad debería escribirse más bien ‘premios Anti-nobel’).

injectate. Palabra traidora; no significa ‘inyectado’ (*injected*), sino ‘líquido inyectado’.

inscripted. En español, la grafía moderna simplificada ‘inscrito’ ha desplazado en el uso de forma abrumadora a la arcaizante ‘inscripto’ (que únicamente se usa ya de forma habitual en el Cono Sur).

JONES criteria. Algunos médicos de habla inglesa escriben de forma incorrecta *JONES*, como si *Jones* fuera una sigla, cuando en realidad es el apellido del cardiólogo estadounidense T. Duckett Jones (1899-1954), quien en 1944 propuso una serie de criterios para el diagnóstico de la fiebre reumática, hoy conocidos como ‘criterios de Jones’. La enorme difusión alcanzada por estos criterios ha llevado a acuñar en inglés un epigrama nemotécnico *JONES* para facilitar la memorización de los cinco criterios principales (o mayores): poliartritis migratoria (*J* de *joints*), carditis (*O*, letra de forma semejante a la del corazón [echándole un poco de imaginación, claro]), nódulos subcutáneos (*N* de *nodules*), eritema marginado (*E* de *erythema*) y corea de Sydenham (*S* de *Sydenham*).

► Si alguien desea traducir el truco nemotécnico al español, puede hacerlo sustituyéndolo por otro que permita memorizar los cinco criterios principales de Jones también en español; por ejemplo, CANCER: carditis, artritis, nódulos, corea y eritema.

junkie (o junky; plural, junkies). Término coloquial utilizado en la jerga de las toxicomanías para referirse a un drogadicto y, más concretamente, a un heroinómano. Al español ha pasado directamente desde el inglés con simple adaptación gráfica para reflejar la fonética: ‘yonqui’ (que también puede verse escrito «yonki» e incluso «yonky»).

lab-on-a-chip (LOC). Laboratorio diminuto formado por una microrred de tubos por los que circulan volúmenes pequeñísimos de líquidos (del orden de picolitros), implantados en un microchip electrónico de un par de centímetros cuadrados.

En español suele verse el calco «laboratorio en un chip», que no funciona igual de bien que en inglés por dos motivos: por un lado, la sustitución del monosílabo *lab* por ‘laboratorio’, que tiene cinco sílabas, acaba con cualquier pretensión de brevedad y manejabilidad; por otro lado, el artículo indeterminado ‘un’ resulta en español chocante, y solo explicable a partir del inglés. Hubiera sido sin duda mejor acuñar un sencillo ‘nanolaboratorio’, o incluso echarle fantasía y crear ‘labochip’ por contracción.

launch, to. Recomiendo precaución con la traducción acrítica de *to launch* por ‘lanzar’, pues con frecuencia es preferible recurrir a otras posibilidades de traducción, como

‘introducir en el mercado’, ‘presentar’, ‘inaugurar’, ‘iniciar’, ‘activar’, ‘estrenar’ (una película o una obra de teatro), ‘crear’ o ‘fundar’ (una empresa), ‘emitir’ o ‘colocar’ (valores), ‘poner en marcha’ o ‘emprender’ (un proyecto), entre otras.

lifestyle. Admite diversas posibilidades de traducción:

1 Recomiendo precaución con la traducción acrítica de *lifestyle* por ‘estilo de vida’, pues con frecuencia es preferible recurrir a otras posibilidades de traducción, como ‘vida’, ‘modo de vida’, ‘régimen de vida’, ‘manera de vivir’, ‘hábitos’ o ‘costumbres’, según el contexto. Ej.: *sedentary lifestyle* (sedentarismo, vida sedentaria).

2 Puede verse también como forma abreviada de *healthy lifestyle*, en referencia a los hábitos y costumbres que hemos dado en llamar ‘vida sana’ (o ‘vida saludable’). Ejs.: *lifestyle activities* (actividades saludables), *lifestyle interventions* (tratamiento higiénico-dietético).

3 De manera parecida a lo comentado en el punto anterior, es frecuente llamar *lifestyle medicines* o *lifestyle drugs* a los medicamentos que no están destinados realmente a curar enfermedades importantes (como es el caso de los *life-saving drugs*), sino que buscan más bien mejorar la calidad de vida actuando sobre seudoenfermedades como la impotencia, la calvicie, el insomnio, la obesidad, el envejecimiento o el estrés. Es difícil dar con un equivalente claro y exacto en español, pero tal vez podría valer ‘medicamentos (de la sociedad) del bienestar’ o ‘medicamentos de calidad de vida’.

-lowering. En farmacología, es frecuente utilizar en inglés la expresión *lowering* para formar calificativos compuestos en referencia a los tratamientos o fármacos que tienen como objetivo disminuir las concentraciones sanguíneas de una determinada sustancia; en estos casos, en español lo normal suele ser sustituirlo por el prefijo de origen griego ‘hipo-’ y la terminación ‘-emiante’. Ejs.: *cholesterol-lowering agents* o *cholesterol-lowering drugs* (hipocolesterolémiantes), *cholesterol-lowering therapy* (tratamiento hipocolesterolémiante), *glucose-lowering agents* o *glucose-lowering drugs* (hipoglucémiantes), *glucose-lowering therapy* (tratamiento hipoglucémiante), *lipid-lowering agents* o *lipid-lowering drugs* (hipolipémiantes), *lipid-lowering therapy* (tratamiento hipolipémiante), *triglyceride-lowering agents* o *triglyceride-lowering drugs* (hipotriglicéridémiantes), *triglyceride-lowering therapy* (tratamiento hipotriglicéridémiante), *urate-lowering agents* o *urate-lowering drugs* (hipouricémiantes), *urate-lowering therapy* (tratamiento hipouricémiante).

► Con menos frecuencia, puede verse también referido a la disminución de otras características distintas de la concentración sanguínea de una sustancia; en estos casos, por supuesto, en español no se usa la terminación ‘-emiante’. Ejs.: *blood pressure-lowering agents*, *BP-lowering agents*, *blood pressure-lowering drugs* o *BP-lowering drugs* (hipotensores), *blood pressure-lowering tablets* o *BP-lowering tablets* (hipotensores orales), *blood pressure-lowering therapy* o *BP-lowering therapy* (tratamiento hipotensor).

maggot. Las larvas de mosca u otros dípteros se llaman *maggots* en inglés, *asticots* en francés y *Maden* en alemán, pero en español carecen de un nombre específico (o al menos yo no lo conozco); entre nosotros, lo habitual es decir ‘larva’ y añadir el nombre del díptero correspondiente. Ejs.: *flesh-fly maggots* (larvas de mosca de la carne), *green bottle fly maggots* o *maggot surgeons* (larvas de *Lucilia sericata* [mosca verde], antaño aplicadas en heridas infectadas para desbridar las partes supuradas y necrosadas).

mentation. En español no decimos «mentación», sino ‘actividad mental’.

perforans. Recomiendo evitar en español el latinismo *perforans*, fácilmente castellanizable a ‘perforante’. Ej.: *elastosis perforans serpiginosa* (elastosis perforante serpiginosa), *scleromalacia perforans* (escleromalacia perforante).

prostate milking. En español no decimos «ordeñamiento de la próstata» ni nada por el estilo, sino ‘masaje prostático’.

red flag. Literalmente significa ‘bandera roja’, desde luego; pero en el registro jergal suele utilizarse en el sentido figurado de ‘aviso’, ‘signo de alerta’ o ‘signo de alarma’, por lo general en relación con un resultado analítico anormal o con alguna manifestación clínica que requieran una acción urgente por parte del médico.

salting out. Puede tener dos significados:

1 [*Lab.*] Desestabilización salina: método de separación de las proteínas mediante adición de sal a una disolución. Cuando la concentración de sal es escasa, la solubilidad de las proteínas suele aumentar ligeramente (*salting in*: disolución de las proteínas [por adición de sal]), pero si sigue aumentándose la concentración de sal, llega un momento en el que la solubilidad de las proteínas disminuye bruscamente y precipitan (*salting out*: precipitación de las proteínas [por adición de sal]).

2 [*Gine.*] Aborto salino: aborto provocado mediante sustitución de 200 ml de líquido amniótico por 200 ml de una solución [o disolución] salina al 20 %.

say E. Para facilitar la exploración de la laringe, los médicos de habla inglesa piden a sus pacientes *say E* (o *say Eeeee*), mientras que los médicos de habla hispana no dicen a los suyos «diga E», sino, obviamente, ‘diga I’ (o ‘diga Iiiii’).

skin and skin structures. Expresión sumamente confusa en inglés: algunos autores la utilizan para referirse conjuntamente a la piel y las partes blandas, pero en la mayor parte de los casos la encontraremos en referencia a la piel (en sentido amplio: epidermis, dermis e hipodermis) y a las faneras; esto es, a lo que en la terminología médica internacional se llama ‘tegumento común’.

soft fruits. [*GB*] Denominación colectiva para todas las frutas comestibles de pequeño tamaño, jugosas y muy coloreadas que tradicionalmente no se cultivaban, sino que se recolectaban de diversos arbustos silvestres: arándanos, endrinas, frambuesas, fresas, grosellas, moras, etc. En español, las llamamos ‘frutos (o frutas) del bosque’.

tauist. Véase la entrada *baptist*, en este mismo glosario.

thing. Puede ser ‘cosa’, ‘asunto’ o ‘cuestión’, cierto, pero en inglés se usa mucho en sentido abstracto donde el español recurre al artículo neutro, en cuyo caso no debe traducirse.

Ejs.: *The most important thing is not to win but to take part* (lo importante no es ganar, sino participar); *The first thing you have to do is stop drinking* (lo primero que debes hacer es dejar de beber); *You did the right thing* (hiciste bien); *the main thing* (lo principal, lo más importante).

unpatient. Término acuñado en 1996 por el grupo del bioético estadounidense Albert R. Jonsen para referirse a una persona actualmente sana, pero con predisposición genética confirmada a una enfermedad determinada (p. ej., cáncer de mama o insuficiencia cardíaca). No es propiamente un enfermo ni necesita tratamiento, pero tampoco se considera completamente libre de enfermedad y debe someterse a estrecha vigilancia médica.

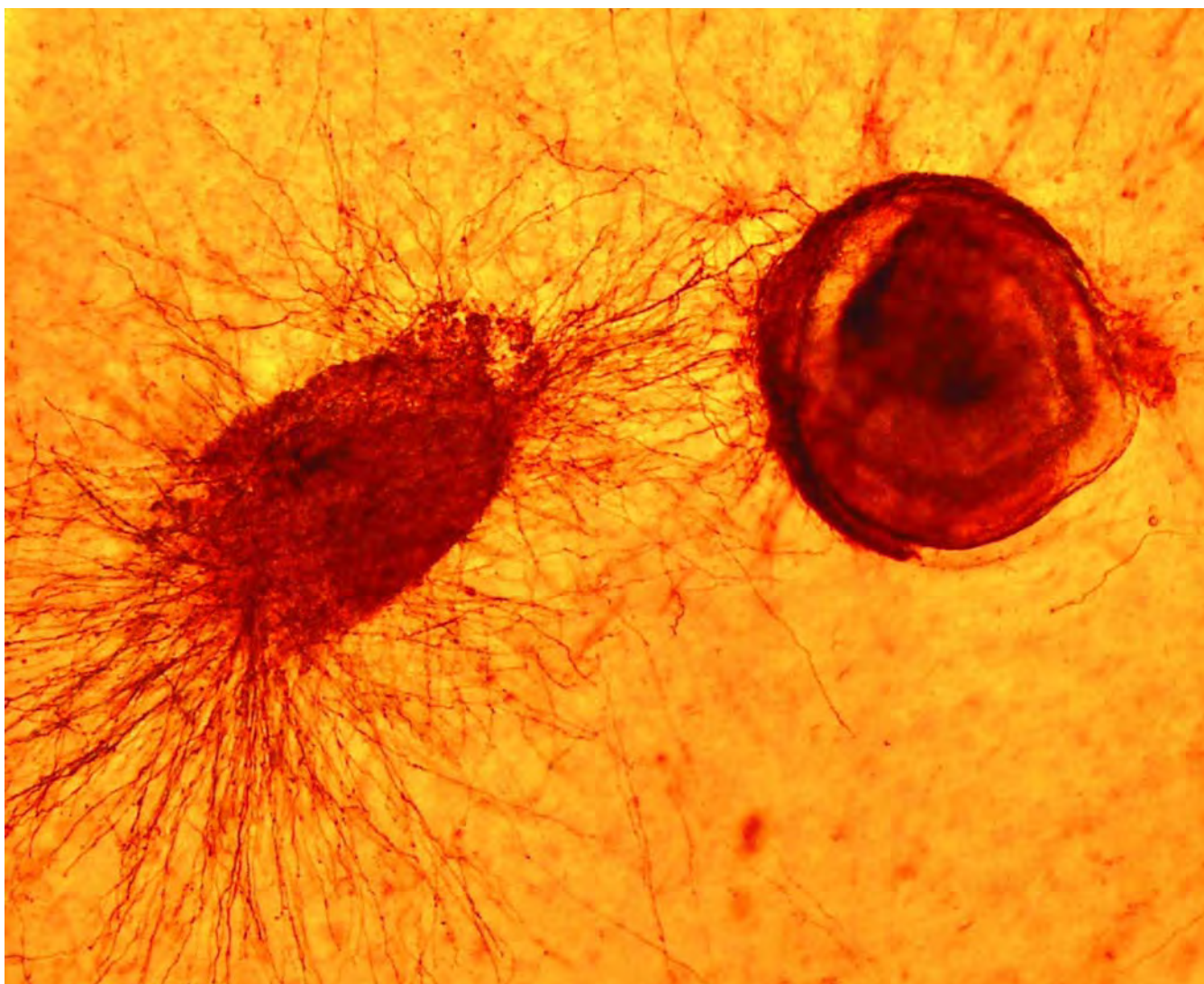
En español, se ha propuesto su traducción por ‘prepaciente’, que puede servir en el caso de las personas que no reciben ningún tipo de prestación sanitaria por su predisposición genética; para quienes deban acudir periódicamente al médico, en cambio, que son ya verdaderos pacientes, seguramente es más clara una traducción del tipo de ‘paciente presintomático’.

yellow flag. Literalmente significa ‘bandera amarilla’ (que era la señal tradicional de cuarentena por enfermedades epidémicas), desde luego; pero en el registro jergal he visto utilizar esta expresión en el sentido figurado de ‘factor de riesgo’ para una enfermedad determinada o para un desenlace clínico determinado.

zoo blot (y garden blot). Neologismos de origen coloquial, pero empleados de forma habitual en el registro ultraspecializado, para designar una variedad de SOUTHERN BLOT* utilizada para determinar el grado de semejanza entre secuencias codificantes específicas de ADN de dos o más especies animales (*zoo blot*) o vegetales (*garden blot*).

Notas

* Todas las remisiones destacadas en versalitas hacen referencia a las entradas correspondientes de la siguiente obra: Navarro FA. *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina* (2.ª edición). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2005.



MedTrad cumple diez años: datos y cifras tras una década de actividad espectacular*

Fernando A. Navarro**

Resumen: En sus diez años de existencia, desde el 13 de septiembre de 1999 hasta el 30 de septiembre del 2009, han pasado por MedTrad 439 médicos, científicos, traductores, intérpretes, redactores y otros profesionales de la traducción científica y el lenguaje médico, que han intercambiado 73.953 mensajes. En este artículo se ofrecen datos y cifras extraídos de esos mensajes para conocer mejor el perfil profesional de los medtraderos y la actividad de la lista durante estos diez años. Se cotejan, además, algunos indicadores básicos de actividad con otras tres listas de debate sobre traducción médica —Medical Translation, Tremédica y MedPharm—, y el autor expresa algunas impresiones subjetivas sobre las perspectivas de la lista MedTrad, a partir de los resultados expuestos.

Palabras clave: MedTrad, lista de debate, lista de correo, traducción médica, lenguaje científico, Internet.

MedTrad turns 10 years old: a summary of data collected after a decade of extraordinary activity

Abstract: In the course of 10 years, since September 13, 1999 to September 30, 2009, a total of 439 physicians, scientists, translators, interpreters, writers, and other professionals working in the field of scientific translation and medical language have passed through MedTrad. They have exchanged 73,953 messages. This article includes names and data extracted from those messages in an attempt to better explain the profile of MedTrad members, a.k.a. “medtraderos,” and also describes the activity of the list during those years of existence. Finally, it compares other basic indicators with the activity of three other listserves focused on medical translation as well: Medical Translation, Tremedica, and MedPharm. Based on these conclusions, the author states some subjective opinions about the future of MedTrad.

Keywords: MedTrad, debate listserve, mailing list, medical translation, scientific language, Internet.

Panace@ 2009; 10 (30): 124-140

El lunes 13 de septiembre de 1999, y por iniciativa de Gustavo A. Silva, médico traductor del Servicio de Traducción de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, nació formalmente la lista MedTrad. Los primeros pasos del grupo y su espectacular desarrollo hasta convertirse en punto de referencia obligado en el ámbito de la traducción y la redacción especializadas en medicina, biología y disciplinas afines aparecen descritos en varios artículos incluidos en el número doble 17-18 de *Panace@*, conmemorativo del primer quinquenio de MedTrad.¹

El objetivo del presente artículo no es ampliar la historia del grupo para abarcar el segundo quinquenio, sino ofrecer algunos datos numéricos para tratar de dar respuesta a algunas preguntas que muchos medtraderos se han planteado desde los inicios de esta aventura común: ¿cómo es el perfil demográfico y profesional de los medtraderos?; ¿cuál ha sido la actividad del grupo en estos diez años?; ¿intervienen asiduamente en los debates todos los medtraderos, muchos, la mitad o solo algunos?

1. Material y métodos

Utilicé como material de partida todos los mensajes enviados a la lista MedTrad durante estos diez años, que se

conservan repartidos en dos archivos: el archivo de MedTrad: Grupo de Medicina y Traducción en Yahoo!Grupos México <<http://mx.groups.yahoo.com/group/medtrad/>>, para los mensajes enviados desde el 13 de septiembre de 1999 hasta el 13 de abril del 2003, y el archivo de MedTrad: Foro de Traductores Profesionales de Biomedicina en RedIRIS <<http://listserv.rediris.es/medtrad.html>>, para los mensajes enviados desde el 13 de abril en adelante.

Dado que ambos archivos generan las estadísticas por meses naturales completos, he considerado como fecha de cierre para el décimo aniversario de MedTrad el 30 de septiembre del 2009, en lugar del 13 de septiembre del 2009. A efectos del presente artículo, pues, cada uno de los diez años de MedTrad (que en adelante designaré con números romanos, del I al X) se consideran desde el 1 de octubre de un año hasta el 30 de septiembre del año siguiente, a excepción del I año, que se considera desde el 13 de septiembre de 1999 hasta el 30 de septiembre del 2000 (y cuyo primer trimestre, por tanto, abarca los 17 últimos días de septiembre, además de los meses completos de octubre, noviembre y diciembre).

A partir de estos mensajes, he recopilado dos grupos de datos, los que se centran en el perfil demográfico y profe-

* *N. de la R.*: Las conclusiones recogidas en este artículo reflejan exclusivamente la opinión personal del autor. *Panace@* tiene abierta su sección de «Cartas» al debate constructivo sobre todos los asuntos abordados en la revista, y la Redacción anima expresamente a los lectores a enviar sus comentarios sobre los aspectos debatidos en el presente artículo.

** Miembro fundador de MedTrad y socio de honor de Tremédica, Cabrerizos (Salamanca, España). Dirección para correspondencia: fernando.a.navarro@telefonica.net.

sional de los medtraderos y los referidos a la actividad de la lista.

1.1. Perfil demográfico y profesional de los medtraderos

Para el presente artículo, considero «medtradero» a toda persona que haya pertenecido al grupo MedTrad al menos un día entre el 13 de septiembre de 1999 y el 30 de septiembre del 2009, ambos inclusive.

Desde sus inicios, en MedTrad fue costumbre presentar públicamente a los nuevos miembros que se incorporaban a la lista. He utilizado estas presentaciones —normalmente escritas por el propio interesado o por alguno de los vocales de la Comisión de Afiliaciones a partir de datos ofrecidos por el interesado— para generar una base de datos de medtraderos, con los siguientes datos personales (además del nombre y el apellido).

1.1.1. Fecha de ingreso en MedTrad

He tomado como fecha de ingreso en MedTrad la fecha de presentación a la lista, a menos que hubiera un mensaje remitido a la lista con fecha anterior, en cuyo caso tomé esta última como fecha de incorporación.

En los casos en que no me fue posible encontrar un mensaje de presentación oficial a la lista, utilicé como fecha de ingreso en MedTrad la fecha del primer mensaje enviado por un medtradero a la lista, o la del primer mensaje en que aparece mencionado como miembro de la lista.

1.1.2. Sexo

A partir del nombre de pila y otros indicios del mensaje de presentación, resulta sencillo determinar el sexo masculino o femenino de un nuevo miembro; especialmente si, como ha sido habitualmente el caso en MedTrad, el mensaje de presentación iba redactado en español.

1.1.3. Formación previa

En la ficha de datos de cada medtradero recogí todas las carreras universitarias y otros títulos de enseñanza superior especificados en el mensaje de presentación.

Para el análisis posterior, no obstante, clasifiqué los títulos en dos grandes grupos, cada uno de ellos con tres subgrupos jerarquizados: un grupo A de «biomedicina y ciencias», con los subgrupos A1 «medicina» (licenciatura en medicina y cirugía, con sus especialidades), A2 «disciplinas biosanitarias» (enfermería, auxiliar de clínica, fisioterapia, odontología, farmacia, nutrición, psicología, biología, microbiología, bioquímica, veterinaria) y A3 «ciencias» (física, química, ingenierías, electrónica); y un grupo B de «letras y otras», con los subgrupos B1 «traducción» (traducción e interpretación), B2 «filología» (filología, lenguas y literatura) y B3 «otras» (cualquier título universitario o de enseñanza superior no incluido en ninguno de los subgrupos anteriores). Estas jerarquías A1-A2-A3 y B1-B2-B3 no reflejan, obviamente, ningún tipo de gradación científica, sino simple priorización de las disciplinas que mejor definen a MedTrad; a saber, la medicina y la traducción.

En caso de dos o más titulaciones pertenecientes a un mismo grupo, contabilicé solo una de ellas, la de superior categoría de prioridad. Si las titulaciones pertenecían a distinto grupo, en cambio, contabilicé dos, una sola por grupo, y siempre la de mayor categoría de prioridad. Por ejemplo, para un medtradero con doble titulación en medicina y en farmacia, contabilicé un solo título A1 «medicina»; para un medtradero con triple titulación en biología, filología inglesa y periodismo, contabilicé un título A2 «disciplinas biosanitarias» y un título B2 «filología».

1.1.4. Actividad profesional

A partir de la descripción ofrecida en el mensaje de presentación, de redacción muy variopinta, yo mismo asigné nueve etiquetas de actividad profesional: «traducción», «interpretación», «redacción» (médica, científica o técnica), «docencia» (de idiomas, traducción, interpretación o redacción), «corrección y revisión» (corrección de textos o revisión de traducciones ajenas), «editorial» (otras actividades relacionadas con la edición y publicación de libros o revistas especializadas), «terminología y documentación» (incluidas lexicografía y biblioteconomía), «empresa» (propietarios o directivos de agencias de traducción) y «medicina y ciencia» (ejercicio profesional sin vinculación directa con el lenguaje, los idiomas o la traducción).

No me establecí ningún límite para el número de etiquetas que podía asignar a una misma persona, pero procuré que las etiquetas reflejaran siempre un ejercicio profesional de importancia considerable, y no una mera ocupación marginal o pasajera.

1.1.5. País de procedencia y país actual de residencia o trabajo

Consideré como país de procedencia el consignado expresamente por el propio interesado o, en su defecto, el país natal o el país en el que vivió la adolescencia.

Y como país actual de residencia o trabajo, el que lo era para el interesado en el momento de ingresar en la lista o, cuando dispuse del dato, otro distinto, fruto de una mudanza posterior.

1.1.6. Lengua materna e idiomas de trabajo

Por regla general, la lengua materna era fácil de determinar a partir del mensaje de presentación u otros indicios indirectos. En cuanto a los idiomas de trabajo, consideré que la ficha estaba completa en este aspecto si en el mensaje de presentación se hacía mención expresa a ellos o si se mencionaban de forma indirecta al menos dos idiomas de trabajo distintos del español. Si el mensaje de presentación contenía únicamente mención indirecta a un solo idioma extranjero, di por incompleta la ficha para esta categoría.

* * *

Recopilé y analicé estas seis variables por ser las que de forma más constante aparecían consignadas en la mayor parte de las presentaciones. Otros datos que hubieran podido ser

interesantes —como la edad, por ejemplo— estaban ausentes en casi todas las presentaciones publicadas en la lista, y hubieran sido muy difíciles de obtener de manera retrospectiva, pues la mayor parte de los medtraderos históricos no pertenecen ya a la lista en el momento actual.

En este aspecto, debe tenerse también en cuenta que las presentaciones a la lista no se hicieron nunca siguiendo una plantilla o modelo normalizado. En muchos casos, pues, una o más de las variables seleccionadas estaban incompletas o ausentes. He procurado completar los datos con informaciones tomadas de otros mensajes enviados a la lista o comunicaciones personales, pero aun así bastantes de las fichas de la base de datos están incompletas; en el apartado de resultados, comienzo el análisis de cada variable ofreciendo el número exacto de datos ausentes o incompletos.

1.2. Actividad de la lista

He recontado uno por uno todos los mensajes enviados a la lista MedTrad en sus diez primeros años de actividad.

Para cada mensaje contabilizado, anoté únicamente el nombre del remitente y la fecha de envío, pero no su extensión ni su contenido. A efectos del presente artículo, pues, se contabiliza igual un mensaje con «Gracias por la respuesta» o «Esto es una prueba» como único contenido que un mensaje con varios folios de información o explicaciones exhaustivas. Por consiguiente, los resultados obtenidos únicamente permitirán conocer la actividad global del grupo, el número de medtraderos activos (esto es, medtraderos que enviaron al menos un mensaje a la lista), la evolución temporal de las cifras de actividad y una valoración cuantitativa —pero no cualitativa— de la participación de los distintos miembros.

Es importante tener en cuenta que, dado que estamos hablando de cerca de 40 000 mensajes, efectué el recuento una sola vez, sin repasos de comprobación. Es posible, por tanto, que haya habido algún error aislado en el recuento; confío, de todos modos, en que estos errores hayan sido escasos y que, dada la elevada cifra del conjunto, su influencia en las listas y porcentajes presentados sea mínima.

Determinar la identidad del remitente resultó sencillo en la mayor parte de los casos, pues el nombre o el apellido suelen ir incluidos en la dirección electrónica del remitente, o directamente en su nombre de usuario. Cuando el remite no dejaba clara la identidad del autor de un mensaje, acudí a su contenido y a la firma para determinar con certeza la procedencia del mensaje, lo cual me fue posible en todos los casos. Pude determinar con certeza la autoría de todos los mensajes, pero por respeto a la ley española de protección de datos, que cubre también las listas de distribución de RedIRIS, en el presente artículo las menciones a miembros de MedTrad no se harán por su nombre completo, sino por claves alfabéticas destinadas a enmascarar su identidad a los lectores de *Panace@* ajenos a la lista.

Las tres situaciones más complejas que encontré fueron las siguientes:

- a) Un mismo remitente utilizaba distintas direcciones electrónicas para enviar sus mensajes; en estos casos,

hubo de extremar el cuidado para evitar aumentar artificialmente el número de medtraderos activos. Se daba este caso en los medtraderos que han utilizado distintas variantes de su nombre de pila o de sus apellidos para escribir a la lista; que han escrito en ocasiones desde el ordenador de un familiar o un amigo, o que han utilizado distintas claves de usuario.

- b) Distintos remitentes utilizaban la misma dirección electrónica para enviar sus mensajes, y ni siquiera consultando el contenido era dado saber, en ocasiones, quién había escrito el mensaje exactamente. En estos casos, que fueron solamente dos, consideré que los distintos remitentes constituían un único medtradero activo.
- c) Agrupé como un solo medtradero activo todos los mensajes enviados automáticamente desde el sistema de gestión de la lista en Yahoo!Grupos y los mensajes de carácter administrativo enviados por los administradores de la lista en RedIRIS desde una dirección institucional (pero no cuando se enviaban desde una dirección electrónica privada, en cuyo caso los contabilicé como enviados por el medtradero correspondiente, aunque escribiera en calidad de administrador o coordinador del grupo).

2. Resultados

Expongo a continuación los principales resultados obtenidos, siguiendo el mismo orden y las mismas categorías ya utilizadas para el apartado de material y métodos.

2.1. Perfil demográfico y profesional de los medtraderos

En total, conseguí recopilar los datos, más o menos completos, correspondientes a 439 profesionales que en un momento u otro pertenecieron a la lista MedTrad entre el 13 de septiembre de 1999 y el 30 de septiembre del 2009.

Los datos recopilados se presentan de forma resumida en las tablas 1 (datos globales) y 2 (datos desglosados por años de MedTrad, desde el I año hasta el X año), con las principales variables analizadas para las seis categorías consideradas.

2.1.1. Fecha de ingreso en MedTrad

La cifra anual de nuevos miembros incorporados a la lista fue de 90 en el I año, 60 en el II año, 73 en el III año, 58 en el IV año, 29 en el V año, 21 en el VI año, 27 en el VII año, 45 en el VIII año, 28 en el IX año y solo 8 en el X año.

2.1.2. Sexo

En total, han pasado por MedTrad 274 mujeres (62,4 %) y 165 varones (37,6 %). Como se aprecia claramente en la figura 1, el predominio femenino ha ido acentuándose en la lista con los años. Durante los diez años de MedTrad, la cifra anual de ingresos femeninos fue siempre superior a la de ingresos masculinos, pero la proporción de mujeres entre las nuevas incorporaciones a la lista ha ido aumentando progresivamente: el 55,3 % en el primer bienio; el 58,8 % en el segundo bienio; el 68,0 % en el tercer bienio; el 72,2 % en el cuarto bienio, y el 77,8 % en el quinto bienio.

Tabla 1. Perfil demográfico y profesional de los miembros de MedTrad: datos acumulados para los diez años de la lista

	MedTrad: años I-X	
	N = 439	
	n.º	%
Sexo	n = 439	
Femenino	274	62,4
Masculino	165	37,6
Formación previa	n = 397	
<i>Biomedicina y ciencias</i>	213	53,7
Medicina	106	26,7
Biosanitarias	84	21,2
Ciencias	23	5,8
<i>Letras y otras</i>	233	58,7
Traducción	154	38,8
Filología	54	13,6
Otras	25	6,3
Actividad profesional	n = 421	
Traducción	370	87,9
Interpretación	28	6,7
Redacción	32	7,6
Docencia	38	9,0
Corrección y revisión	44	10,5
Editorial	17	4,0
Terminología y docum	17	4,0
Empresa	6	1,4
Medicina y ciencia	54	12,8
País de origen	n = 419	
España	212	50,6
Hispanoamérica ^a	163	38,9
Unión Europea ^b	18	4,3
EE.UU.	19	4,5
Otros	7	1,7
País de trabajo	n = 423	
España	208	49,2
Hispanoamérica ^a	108	25,5
Unión Europea ^b	41	9,7
EE.UU.	55	13,0
Otros	14	3,3
Idiomas	n = 334	
Inglés	320	95,8
Francés	126	37,7
Alemán	66	19,8
Catalán	39	11,7
Italiano	33	9,9
Portugués	27	8,1
Otros	32	9,6

N corresponde al número total de medtraderos; n, al número de fichas con datos válidos para cada una de las seis categorías analizadas. Los tantos por ciento se calculan sobre n.

^a Todos los países hispanoamericanos, incluido Puerto Rico.

^b Todos los países de la Unión Europea, excepto España

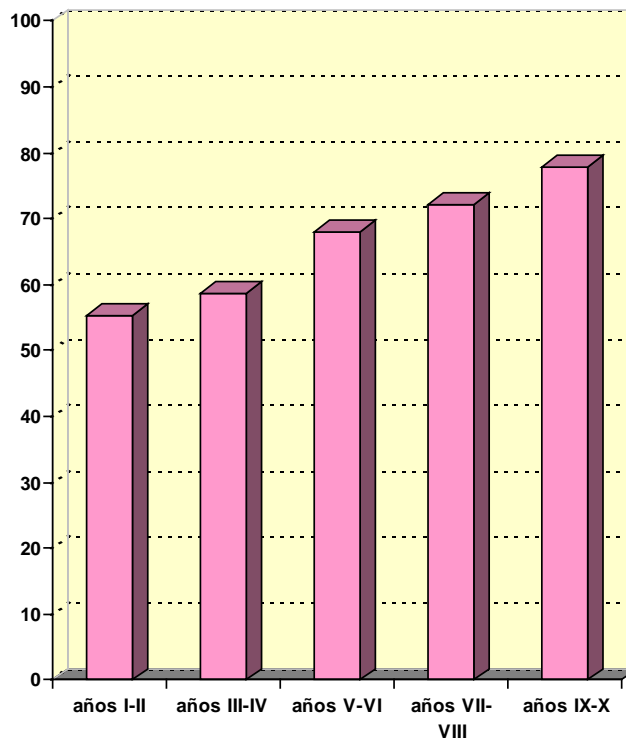


Figura 1. Evolución temporal del grado de feminización de MedTrad, por bienios. Eje de ordenadas: tanto por ciento de mujeres entre los nuevos miembros incorporados a la lista

2.1.3. Formación previa

A partir de los datos recopilados, no me fue posible determinar la formación previa para 42 (9,6 %) de los 439 medtraderos, de modo que los resultados para esta categoría se exponen sobre 397 fichas personales.

Contabilizados también los 49 casos de doble titulación en ciencias y letras, en total hubo 213 listeros con formación en biomedicina o ciencias y 233 con formación en letras u otras. Por carreras, las dos mejor representadas en la lista fueron, como era de esperar para un grupo de medicina y traducción, «traducción» (154 medtraderos) y «medicina» (106 medtraderos).

Esta distribución no fue homogénea durante los diez años considerados. Como puede apreciarse en la tabla 2, la proporción de médicos fue disminuyendo de forma notable con el tiempo, mientras que aumentaba de forma notable la proporción de traductores. Esta evolución se aprecia más claramente si agrupamos los datos en tres bloques temporales: año I (77 miembros con formación conocida), años II-V (199 miembros con formación conocida) y años VI-X (121 miembros con formación conocida).

El tanto por ciento de médicos disminuyó del 46,8 % (el 76,6 % para el conjunto de biomedicina y ciencias) en el año I a un 27,6 % (un 56,8 % para el conjunto de biomedicina y ciencias) en el cuatrienio II-V y a un 12,4 % (un 33,9 % para el conjunto de biomedicina y ciencias) en el quinquenio VI-X. El tanto por ciento de traductores, en cambio, aumentó del 11,7 % (el 35,1 % para el conjunto de letras y otras) en el año I a un 37,7 % (un 55,8% para el conjunto de letras y

Tabla 2. Perfil demográfico y profesional de los miembros de MedTrad: datos desglosados por año de incorporación al grupo.

	I año N = 90	II año N = 60	III año N = 73	IV año N = 58	V año N = 29	VI año N = 21	VII año N = 27	VIII año N = 45	IX año N = 28	X año N = 8
Sexo	n = 90	n = 60	n = 73	n = 58	n = 29	n = 21	n = 27	n = 45	n = 28	n = 8
Femenino	50	33	46	31	17	17	23	29	21	7
Masculino	40	27	27	27	12	4	4	16	7	1
Formación	n = 77	n = 51	n = 66	n = 55	n = 27	n = 19	n = 26	n = 43	n = 27	n = 6
<i>Biomed y ciencias</i>	59	28	36	34	15	8	4	15	10	4
Medicina	36	16	14	22	3	6	1	5	2	1
Biosanitarias	19	8	20	8	10	2	2	6	7	2
Ciencias	4	4	2	4	2	–	1	4	1	1
<i>Letras y otras</i>	27	31	41	26	13	12	23	35	22	3
Traducción	9	18	30	17	10	6	20	26	15	3
Filología	13	7	5	7	2	5	3	7	5	–
Otras	5	6	6	2	1	1	–	2	2	–
Actividad	n = 85	n = 57	n = 71	n = 58	n = 28	n = 20	n = 25	n = 43	n = 27	n = 7
Traducción	76	47	60	54	22	15	24	41	24	7
Interpretación	1	5	3	5	2	–	2	4	5	–
Redacción	7	4	5	6	3	1	1	1	4	–
Docencia	6	10	9	5	4	2	–	1	1	–
Correc y revis	11	6	6	4	3	4	3	4	2	–
Editorial	6	2	4	1	–	3	–	–	1	–
Terminología	6	3	3	–	–	1	1	2	1	–
Empresa	2	–	1	1	1	1	–	–	–	–
Med y ciencia	11	9	8	12	5	4	–	3	2	–
País de origen	n = 85	n = 59	n = 71	n = 55	n = 25	n = 21	n = 26	n = 44	n = 26	n = 7
España	38	18	35	30	15	15	12	25	19	5
Argentina	14	15	11	13	3	2	7	8	2	1
Méjico	10	8	6	1	2	–	1	4	–	–
Hispanoamérica ^a	14	13	7	7	1	3	4	3	3	–
Unión Europea ^b	2	1	4	1	2	1	1	4	1	1
EE. UU.	6	3	4	2	2	–	1	–	1	–
Otros	1	1	4	1	–	–	–	–	–	–
País de trabajo	n = 86	n = 60	n = 71	n = 57	n = 27	n = 21	n = 26	n = 43	n = 24	n = 8
España	38	16	37	29	16	15	11	25	15	6
Argentina	6	9	9	12	2	2	7	5	2	1
Méjico	5	4	5	1	2	–	1	2	–	–
Hispanoamérica ^a	9	8	3	3	1	3	2	2	2	–
Unión Europea ^b	17	4	8	2	2	1	2	2	2	1
EE. UU.	11	15	8	7	4	–	1	7	2	–
Otros	1	4	3	3	–	–	2	–	1	–
Idiomas	n = 60	n = 40	n = 56	n = 52	n = 27	n = 15	n = 22	n = 36	n = 19	n = 7
Inglés	57	39	54	49	27	15	20	34	18	7
Francés	33	10	19	17	10	9	9	8	7	4
Alemán	10	4	9	12	4	4	5	13	2	3
Catalán	2	2	11	9	1	2	6	3	2	1
Italiano	8	3	6	1	4	2	3	3	2	1
Portugués	6	2	4	3	2	3	2	3	2	–
Otros	7	3	10	1	3	2	3	2	–	1

N corresponde al número total de medtraderos; *n*, al número de fichas con datos válidos para cada una de las seis categorías analizadas. Los tantos por ciento se calculan sobre *n*

^a Todos los países hispanoamericanos excepto Argentina y Méjico; incluido Puerto Rico.

^b Todos los países de la Unión Europea, excepto España.

otras) en el cuatrienio II-V y a un 57,9 % (un 78,5 % para el conjunto de letras y otras) en el quinquenio VI-X.

2.1.4. Actividad profesional

A partir de los datos recopilados, no me fue posible determinar el sector de actividad profesional para 18 (4,1 %) de los 439 medtraderos, de modo que los resultados para esta categoría se exponen sobre 421 fichas personales.

Como era de esperar en una lista específicamente enfocada a la traducción biosanitaria especializada, la inmensa mayoría de los listeros (370/421; 87,9%) tienen la traducción de textos escritos como una de sus ocupaciones principales.

Es de destacar el hecho de que, pese a que más de la mitad de los medtraderos tienen formación universitaria en alguna carrera biosanitaria o científica, solo el 12,8 % mencionan el ejercicio profesional en su campo de formación como actividad destacada en el momento de ingresar en la lista.

2.1.5. País de procedencia y país actual de residencia o trabajo

A partir de los datos recopilados, no me fue posible determinar el país de origen en 20 casos (4,6 %) ni el país actual de residencia o trabajo en 16 casos (3,6 %); por consiguiente, los resultados para esta categoría se exponen sobre 419 fichas con país de procedencia y 423 con país actual de residencia o trabajo.

Por países, es abrumador el predominio de España, tanto para la procedencia (el 50,6 % del total) como para el lugar actual de trabajo (el 49,2 % del total). A considerable distancia, los dos países que siguen a España como lugar de procedencia más frecuente son la Argentina (55 medtraderos; el 13,1 % del total) y Méjico (20 medtraderos; el 4,8 % del total).

Es de destacar que, pese a que el 38,9 % de los medtraderos proceden de algún país hispanoamericano, solo el 25,5 % trabajan o residen actualmente en esa región geográfica. Por el contrario, solo el 10,5 % de los medtraderos proceden de algún país que no tiene el español como lengua oficial (sobre todo Estados Unidos y Unión Europea sin España), pero más del 26 % trabajan allí.

Según los datos recopilados, 124 medtraderos se ubican actualmente en un país distinto del suyo de procedencia, y a ellos hay que sumar otros 47 que, aunque viven actualmente en su país de origen, han residido durante un período prolongado (> 6 meses) en otro país distinto. En total, pues, al menos 171 medtraderos (40,4 %) viven o han vivido alguna vez fuera de su país de origen.

2.1.6. Lengua materna e idiomas de trabajo

Para todos los medtraderos me fue posible determinar la lengua materna, que en la inmensa mayoría de los casos era el español (404 medtraderos; 92,0 %). Solo 48 medtraderos tenían una lengua materna distinta del español: inglés (27 medtraderos; de ellos, 9 bilingües inglés-español), francés (6 medtraderos; de ellos, 3 bilingües francés-español), alemán (5 medtraderos; de ellos, 1 bilingüe alemán-español) u otras

lenguas (3 italiano, 3 portugués, 2 holandés, 1 árabe y 1 checo; ninguno de ellos bilingüe). Además, entre los medtraderos españoles, 19 mencionaron otra lengua materna (15 catalán, 3 gallego, 1 vasco), además del español.

Los datos sobre lenguas de trabajo, en cambio, son, con diferencia, los más incompletos en las fichas de presentación. A partir de la información recopilada, no me fue posible determinar los idiomas de trabajo para 105 (23,9 %) de los 439 medtraderos, de modo que los resultados para esta categoría se exponen sobre 334 fichas personales. De las 105 fichas incompletas, no obstante, 54 sí permiten determinar, de forma directa o indirecta, el conocimiento de al menos un idioma distinto del español, que en 46 casos era el inglés.

De los 334 listeros que aportan información directa sobre los idiomas que conocen —y dejando aparte, por motivos obvios, el español, que leen con soltura todos los medtraderos—, utilizan el inglés 320 (95,8 %); el francés, 126 (37,7 %); el alemán, 66 (19,8 %); el catalán, 39 (11,7 %); el italiano, 33 (9,9 %); el portugués, 27 (8,1 %), y otros idiomas, 32 (9,6 %).

Por número de lenguas de trabajo, 144 (43,1 %) trabajan con un solo idioma distinto del español; 107 (32,0 %), con dos idiomas; 55 (16,5 %), con tres idiomas; 16 (4,8 %), con cuatro idiomas, y 12 (3,6 %), con cinco o más idiomas, además del español.

2.2. Actividad de la lista

2.2.1. Número de mensajes enviados

Desde el 13 de septiembre de 1999 hasta el 30 de septiembre del 2009, se han enviado a la lista 73 593 mensajes. La evolución temporal de la cifra trimestral de mensajes enviados se muestra numéricamente en la tabla 3, y gráficamente en la figura 2 (línea azul).

Además, en la tabla 4 se recoge la cifra anual de mensajes enviados para cada uno de los diez años de MedTrad, y en la tabla 5, la cifra acumulada correspondiente a los dos quinquenios (quinquenio I-V: del 13 de septiembre de 1999 al 30 de septiembre del 2004; quinquenio VI-X: del 1 de octubre del 2005 al 30 de septiembre del 2009).

2.2.2. Número de miembros activos

De los 439 profesionales que en algún momento pertenecieron a la lista MedTrad, 378 (86,1 %) enviaron en alguna ocasión al menos un mensaje a lista. La evolución temporal del número trimestral de miembros activos se muestra numéricamente en la tabla 3, y gráficamente en la figura 3 (línea azul). En la tabla 4 se recoge la cifra anual de miembros activos para cada uno de los diez años de MedTrad, y en la tabla 5, la cifra acumulada correspondiente a los quinquenios I-V y VI-X.

La evolución temporal del número de miembros con actividad considerable (envío de más de tres mensajes en un mismo trimestre) se muestra numéricamente en la tabla 3, y gráficamente en la figura 3 (línea roja) para los cuarenta trimestres de vida de MedTrad. Su evolución temporal por períodos anuales se recoge numéricamente en la tabla 4.

Tabla 3. Datos básicos de actividad de MedTrad en sus cuarenta trimestres de vida: número de mensajes enviados, número de miembros activos y lista de los diez miembros más activos**I año**

	4T-1999	1T-2000	2T-2000	3T-2000
N.º de mensajes	892	1043	1005	1099
N.º de miembros activos ^a	45 [34]	53 [34]	53 [38]	61* [45]
Diez miembros más activos	FAN 130 GAS 108 Anam^b 106 JoS 51 EIV 47 MVS 41 CJJ 38 LuP 31 JAT 31 LaM 28	FAN 120 MVS 91 GAS 91 EIV 61 MLC 59 IgN 55 AnR 51 JoS 44 LaM 36 LuP 36	IgN 102 LuP 90 MVS 81 FAN 68 MCN 66 LaM 60 GAS 40 BaS 37 EIV 33 JoS 31	IgN 116 MVS 113 LuP 82 GAS 70 FAN 59 JoS 57 LaM 54 AMG 40 JAT 40 BaS 34

II año

	4T-2000	1T-2001	2T-2001	3T-2001
N.º de mensajes	1265	1952	1905	1781
N.º de miembros activos ^a	77* [51*]	89* [65*]	93* [67*]	92* [70]
Diez miembros más activos	MVS 90 MaT 74 GAS 72 IgN 65 Anam ^b 64 FAN 59 LuP 57 MAC 50 ArMG 49 BaS 41	Anam^b 133 IgN 110 MVS 110 GAS 97 LuP 84 FAN 81 MaT 73 MiT 61 PGP 59 JAT 59	MLC 136 MVS 124 LuP 107 FAN 89 JAT 83 GAS 75 IgN 74 MCF 71 LaM 65 PGP 55	BeM 127 MVS 106 LuP 83 IgN 77 EIV 70 MCF 69 MLC 67 GAS 67 MaT 53 MLB 52

III año

	4T-2001	1T-2002	2T-2002	3T-2002
N.º de mensajes	2115	2420	2748	2961
N.º de miembros activos ^a	95* [70*]	104* [72*]	105* [78]	123* [89*]
Diez miembros más activos	MVS 138 MAC 125 LuP 95 IgN 84 JAT 80 HeQ 76 FAN 74 EIV 71 MLB 61 JoZ 58	MLC 234 LuP 141 EIV 113 MAC 106 MLB 96 GAS 94 JAT 87 JoZ 85 IgN 74 LaM 72	MLC 283 MVS 148 LuP 117 EIV 102 JAT 99 GAS 98 MiT 97 IgN 95 DaH 94 BeM 86	MLC 417 AHR 174 MVS 153 LuP 135 EIV 116 IgN 92 FAN 88 BeM 80 BaS 70 LaM 68

IV año

	4T-2002	1T-2003	2T-2003	3T-2003
N.º de mensajes	2944	3708	3346	1979
N.º de miembros activos ^a	120 [90]	127 [97]	137 [100]	133* [87]
Diez miembros más activos	MLC 188 FAN 163 LuP 123 EIV 120 MVS 118 GAS 99 GoC 94 PGP 93 MAC 80 BaS 71	MLC 211 JMMA 178 IgN 167 FAN 166 MVS 135 GAS 129 JADD 122 MaZ 97 EIV 96 MAC 96	JMMA 209 IgN 176 JADD 143 MLC 131 FAN 112 MHW 109 GAS 107 LuP 105 LFS 102 PGP 100	MLC 115 FAN 92 LoS 84 AJM 79 MHW 75 MVS 67 IgN 62 JoC 61 MLB 56 EIV 56

(Cont.)

(Cont.)

V año

	4T-2003		1T-2004		2T-2004		3T-2004	
N.º de mensajes	2619		2947		2662		1820	
N.º de miembros activos ^a	138 [104]		144* [112]		130* [94]		123 [71]	
Diez miembros más activos	IgN	148	ADH	209	MLC	140	MLC	164
	LoS	110	MLC	113	IgN	105	LoS	73
	FAN	92	FAN	107	LoS	104	ADH	70
	ADH	82	OcG	107	ADH	101	GAS	66
	JADD	79	LoS	104	BaS	97	BaS	64
	MHW	79	MHW	99	LFS	83	LFS	63
	AJM	68	HeQ	80	OcG	82	HeQ	63
	MVS	67	JADD	79	LuP	75	LBV	62
	HeQ	65	GoC	70	GAS	71	LuP	57
	GoC	63	AaP	63	MHW	68	FAN	55
				FAN	68			

VI año

	4T-2004		1T-2005		2T-2005		3T-2005	
N.º de mensajes	1850		1730		1918		1830	
N.º de miembros activos ^a	121 [82]		129 [81]		122 [82]		113 [76]	
Diez miembros más activos	AnW	125	AnW	113	AnW	150	MLC	164
	LoS	115	JADD	102	LoS	80	AnW	126
	LFS	82	AJM	81	GoC	73	ADH	75
	JADD	78	LoS	69	FAN	71	GAS	70
	MAC	62	FAN	65	ADH	68	AJM	61
	MHW	56	LFS	64	JADD	68	LFS	58
	LuP	55	ADH	54	LFS	58	BaS	56
	ADH	54	BaS	50	MVS	57	JADD	55
	HeQ	48	LuP	45	MLC	55	FAN	52
	GoC	47	CrE	44	AJM	53	LoS	52

VII año

	4T-2005		1T-2006		2T-2006		3T-2006	
N.º de mensajes	2192		1841		1889		1659	
N.º de miembros activos ^a	122 [83]		116 [83]		115 [73]		112 [69]	
Diez miembros más activos	MPP	181	AnW	136	AnW	129	MPP	139
	AnW	88	JADD	105	MPP	122	JADD	86
	JADD	85	MPP	103	JADD	94	AnW	79
	BaS	76	GAS	81	BaS	85	LFS	75
	MLC	75	PGP	65	MLC	77	PGP	69
	JaH	69	BaS	65	MRC	70	BaS	63
	LoS	69	LoS	62	LoS	60	LoS	57
	BeM	66	JFG	60	GAS	60	HeQ	56
	LFS	59	ADH	59	PGP	54	AIN	52
	GoC	58	LFS	55	MaZ	53	BeM	51

VIII año

	4T-2006		1T-2007		2T-2007		3T-2007	
N.º de mensajes	1221		1653		1587		1123	
N.º de miembros activos ^a	123 [69]		127 [84]		122 [76]		115* [69*]	
Diez miembros más activos	GAS	72	AnW	111	AnW	108	BeM	54
	AnW	58	GAS	89	FAN	75	AnW	49
	JADD	56	LoS	76	AIV	73	AIV	48
	LoS	50	FAN	71	DaB	54	LFS	47
	PGP	41	DaB	58	GAS	49	RaR	40
	FAN	36	JADD	56	LoS	46	HeQ	38
	AIV	34	LBV	42	GoC	43	LoS	36
	LBV	34	BaS	41	HeQ	43	MRC	34
	BaS	33	AIV	40	LBV	43	BaS	32
	MeP	33	LFS	38	LFS	42	DaB	28
		PGP	38					

(Cont.)

(Cont.)

IX año

	4T-2007		1T-2008		2T-2008		3T-2008	
N.º de mensajes	1053		1468		1466		1110	
N.º de miembros activos ^a	114 [66]		125* [75*]		125 [79]		112 [68]	
Diez miembros más activos	AnW	59	AnW	126	AnW	146	AnW	96
	AIV	55	AIV	69	LoS	75	LoS	60
	LFS	54	DaB	58	MRC	74	FAN	52
	DaB	53	HeQ	53	BaS	65	LFS	43
	LoS	49	MRC	46	AIV	52	PaM	33
	FAN	42	BaS	44	FAN	48	TPP	29
	BaS	41	RaR	44	EIV	48	JoB	28
	HeQ	33	LFS	43	JaH	36	RaR	27
	PGP	32	FAN	43	MVS	35	MRC	25
	GoC	27	PaM	34	LFS	34	GoC	25
						SBP	25	

X año

	4T-2008		1T-2009		2T-2009		3T-2009	
N.º de mensajes	1206		1608		1236		1102	
N.º de miembros activos ^a	125* [70*]		116* [74*]		109* [73*]		104* [63]	
Diez miembros más activos	AnW	97	JMMA	169	JMMA	115	AnW	94
	LFS	78	AnW	95	AnW	95	FAN	64
	FAN	53	RaR	61	FAN	57	JMMA	62
	BaS	40	LFS	60	RaR	55	PaM	50
	LoS	37	FAN	59	LoS	40	GoC	37
	EMB	36	HeQ	51	MaD	37	LFS	37
	LoG	33	SBP	50	HeQ	37	MHW	31
	JoB	31	LoS	44	EMB	35	LoS	30
	RaR	30	JoB	39	ViO	33	BaS	30
	MaC	29	GoC	34	PaM	29	ADH	27
	SBP	29					RaR	27

^a Miembros que enviaron al menos un mensaje a la lista en el trimestre correspondiente; entre corchetes, número de miembros con actividad considerable (envío de más de tres mensajes en el trimestre).

^b VAM y EMJ.

* No cuento como miembro activo a la administración de la lista; pero sus mensajes sí aparecen contabilizados en el total trimestral correspondiente.

Figura 2. Evolución temporal de la actividad trimestral en las listas MedTrad (azul) y Medical Translation (rojo) desde la correspondiente fecha de fundación (MedTrad: cuarto trimestre de 1999; Medical Translation: primer trimestre del 2000) hasta el tercer trimestre del 2009. Eje de ordenadas: número de mensajes enviados a la lista

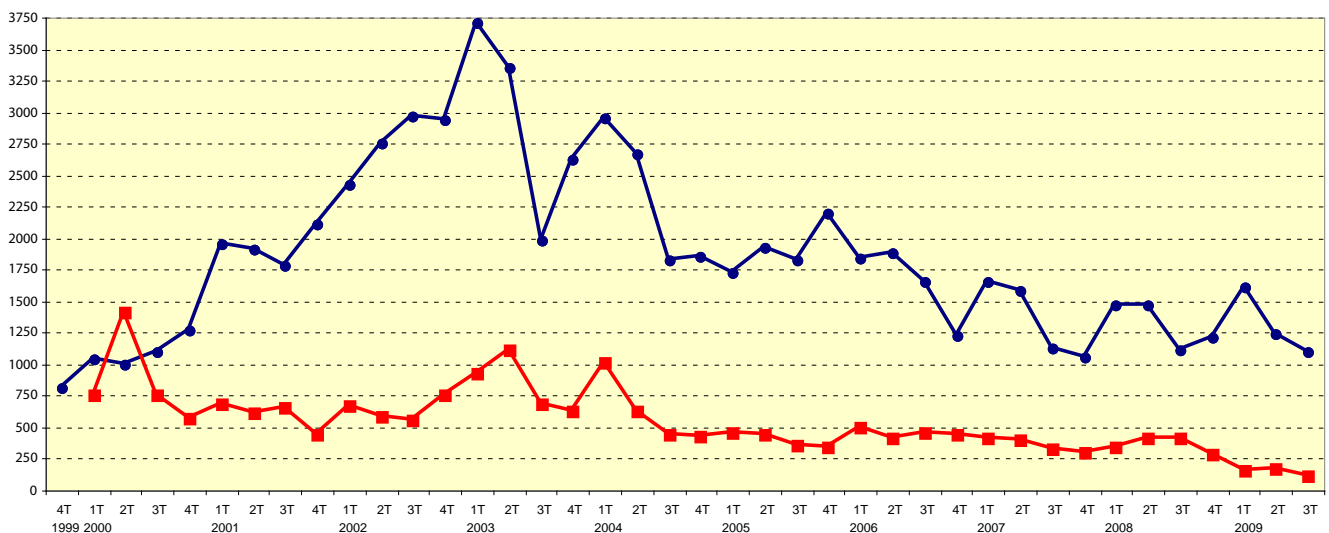


Tabla 4. Datos básicos de actividad de MedTrad en sus diez años de vida: número de mensajes enviados, número de miembros activos y lista de los diez miembros más activos

	Año I		Año II		Año III		Año IV		Año V	
N.º de mensajes	4039		6903		10244		11977		10048	
N.º de miembros activos ^a	79* [62]		117* [91*]		162* [121*]		187* [139]		176* [142]	
Diez miembros más activos	FAN	377	MVS	431	MLC	988	MLC	645	ADH	462
	MVS	326	LuP	331	MVS	496	FAN	533	MLC	452
	GAS	309	IgN	326	LuP	488	IgN	453	LoS	391
	IgN	284	GAS	311	EIV	402	JMMA	450	IgN	350
	LuP	239	MLC	266	MAC	362	MVS	401	FAN	322
	JoS	183	FAN	258	IgN	345	GAS	382	OcG	277
	LaM	178	Anam ^b	257	JAT	326	LuP	352	MHW	271
	Anam ^b	155	MaT	244	GAS	311	EIV	342	HeQ	262
	EIV	150	MCF	191	FAN	276	GoC	303	BaS	261
	JAT	128	EIV	188	LaM	263	JADD	294	LFS	244

	Año VI		Año VII		Año VIII		Año IX		Año X	
N.º de mensajes	7328		7581		5584		5097		5152	
N.º de miembros activos ^a	165 [117]		170 [123]		177* [125*]		166* [107*]		159* [107*]	
Diez miembros más activos	AnW	514	MPP	545	AnW	326	AnW	427	AnW	381
	LoS	316	AnW	432	GAS	210	LoS	217	JMMA	357
	JADD	303	JADD	370	LoS	208	FAN	185	FAN	233
	LFS	262	BaS	289	FAN	197	AIV	178	LFS	197
	ADH	251	LoS	248	AIV	195	LFS	174	RaR	173
	FAN	233	PGP	233	JADD	162	MRC	169	LoS	151
	MLC	220	LFS	205	LFS	152	BaS	166	GoC	124
	AJM	218	GAS	202	HeQ	144	DaB	148	HeQ	119
	GAS	189	BeM	193	BaS	143	PaM	125	JoB	118
	GoC	181	ADH	180	LBV	141	HeQ	113	EMB	113
						RaR	112	BaS	113	

^a Miembros que enviaron al menos un mensaje a la lista en el año correspondiente; entre corchetes, número de miembros con actividad considerable (envío de más de tres mensajes en al menos un trimestre del año correspondiente).

^b VAM y EMJ.

* No cuento como miembro activo a la administración de la lista; pero sus mensajes sí aparecen contabilizados en el total anual correspondiente.

Tabla 5. Datos básicos de actividad de MedTrad en el primer quinquenio y en el segundo quinquenio: número total de mensajes, número de miembros activos y lista de los diez miembros más activos

	Primer quinquenio		Segundo quinquenio	
N.º de mensajes	43 211		30 742	
N.º de miembros activos ^a	266* [207*]		271* [201*]	
Diez miembros más activos	MLC	2454	AnW	2080
	MVS	1879	LoS	1140
	FAN	1766	FAN	1021
	IgN	1758	LFS	990
	LuP	1637	JADD	962
	GAS	1544	BaS	887
	EIV	1192	GoC	698
	BaS	989	HeQ	680
	JAT	986	ADH	633
	LaM	908	AIV	616

^a Miembros que enviaron al menos un mensaje a la lista en el quinquenio correspondiente; entre corchetes, número de miembros con actividad considerable (envío de más de tres mensajes en al menos un trimestre del quinquenio correspondiente).

* No cuento como miembro activo a la administración de la lista; pero sus mensajes sí aparecen contabilizados en el total quinquenal correspondiente.

Figura 3. Evolución temporal del número trimestral de miembros activos (azul; envío de al menos un mensaje) y de miembros con actividad considerable (rojo; envío de más de tres mensajes) en la lista MedTrad

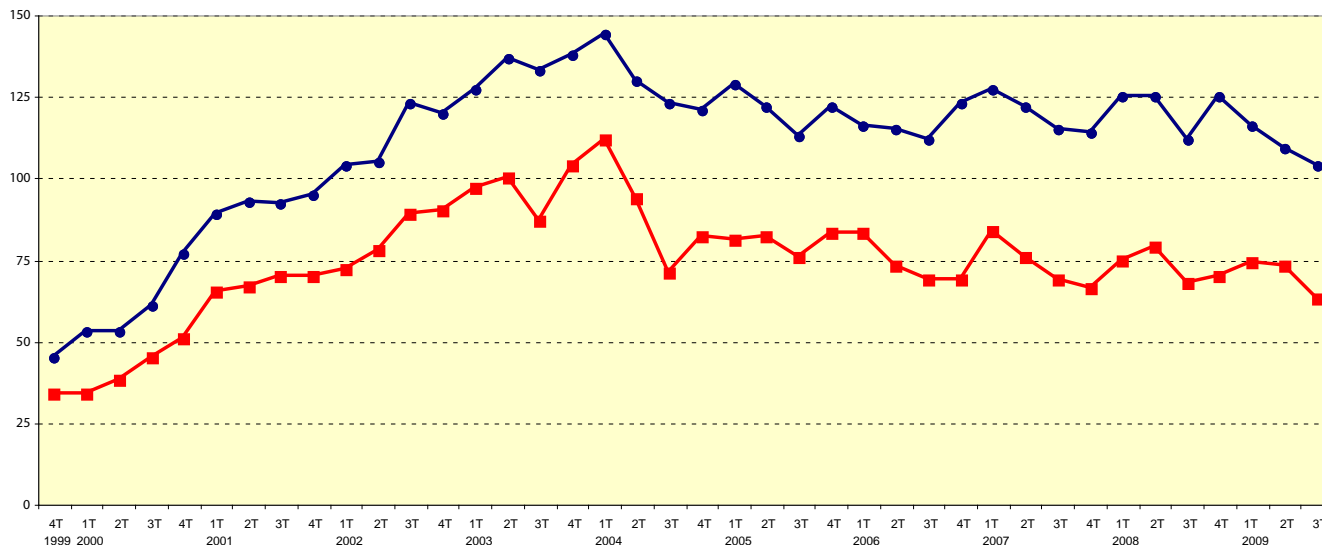
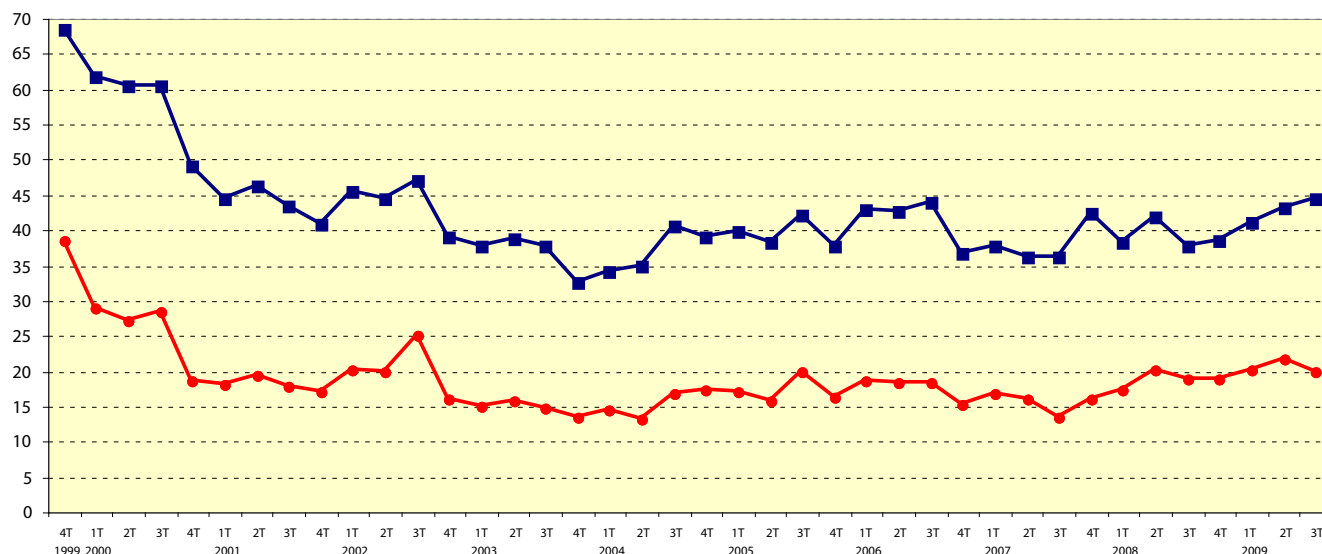


Figura 4. Evolución temporal del grado de dependencia de los miembros más activos: tanto por cierto que sobre el total de mensajes trimestrales enviados a MedTrad proceden de los diez miembros más activos (azul) o de los tres miembros más activos (roja)



2.2.3. Miembros más activos

En la tabla 4 se ofrece, para cada uno de los cuarenta trimestres de MedTrad, una lista con los diez miembros más activos en el trimestre correspondiente. En la tabla 3 se ofrecen las listas anuales, y en la tabla 4, las listas quinquenales.

La tabla 5 es una enumeración de los veinte miembros más activos en la historia de MedTrad, que superaron el listón de los mil mensajes individuales.² En conjunto, estos veinte miembros de mayor actividad son responsables de 33 613 (45,7 %) de los 73 593 mensajes enviados a la lista en sus diez años de vida. Se indican también en la tabla las siguientes variables: número de trimestres de actividad, índice de productividad (número de mensajes enviados por

trimestre de actividad), país de procedencia y de trabajo, formación previa y situación actual (pertenencia a las listas terminológicas de MedTrad, Tremédica o ambas) de estos veinte miembros con más de un millar de mensajes enviados.

Obsérvese que la actividad absoluta (número total de mensajes enviados) no guarda relación directa con el índice de productividad (número de mensajes enviados por trimestre de actividad). Entre los medtraderos más activos, los cuatro mayores índices de productividad fueron de 115,3, 102,3, 100,1 y 80,2, a considerable distancia de los siguientes.

Es de destacar que 11 (55 %) de los 20 medtraderos más activos son médicos de formación, cuando sobre el total de

miembros de la lista solo el 26,7 % tenía formación médica (v. apartado 2.1.3). Si ampliamos el criterio de formación al grupo completo de «biomedicina y ciencias», los datos pasan a ser de 17 (85 %) sobre los 20 medtraderos más activos, cuando entre la comunidad general de medtraderos, solo el 53,7 % tenía formación biosanitaria o científica.

He analizado asimismo la evolución temporal del grado de dependencia que muestra la lista de sus miembros más activos. En la figura 4 puede verse la evolución temporal del tanto por ciento que sobre el total trimestral representan los mensajes enviados por los diez miembros más activos (línea azul) y por los tres miembros más activos (línea roja) en los cuarenta trimestres analizados. Durante los cuatro trimestres del I año, más del 60 % de los mensajes enviados a la lista procedían de los diez miembros más activos. A partir de entonces, el grado de dependencia de los diez miembros más activos fue disminuyendo progresivamente hasta llegar a un mínimo histórico del 32,6 % en el cuarto trimestre del 2003. Desde el tercer trimestre del 2004 en adelante, el grado de dependencia de los diez miembros más activos se ha mantenido entre el 35 % y el 45 %.

2.2.4. Miembros de actividad más prolongada

Treinta y cuatro medtraderos han enviado al menos un mensaje a la lista durante treinta trimestres o más. Sus nombres encriptados aparecen recogidos en la tabla 6, con los datos de número de trimestres de actividad, número total de mensajes enviados, país de procedencia y de trabajo y formación previa.

Es de destacar, nuevamente, que 28 (82,4 %) de los 34 medtraderos de actividad más prolongada tenían formación previa en medicina, disciplinas biosanitarias o ciencias.

2.2.5. Cotejo con otras listas afines

Por último, he realizado un cotejo muy elemental de los datos básicos de actividad de cuatro listas de debate en el ámbito de la traducción biosanitaria: MedTrad (<www.rediris.es/list/info/medtrad.html>), Medical Translation (<http://health.groups.yahoo.com/group/medical_translation/>), foro terminológico de Tremédica (<<http://lists.tremedica.org/cgi-bin/wa?HOME>>) y MedPharm (<<http://tech.groups.yahoo.com/group/MedPharm/?yguid=128022007>>). Las principales características de cada una de estas cuatro listas de debate se presentan de forma resumida en la tabla 8.

Tabla 6. Lista de los 20 medtraderos más activos, que enviaron cada uno más de mil mensajes a la lista MedTrad

Clave de identidad	Mensajes	Trim ^a	Productividad ^b	País ^c	Formación ^d	Situación actual ^e	
						MT	TM
MLC	2865	28	102,3	CO – US	med + filol		+
FAN	2787	40	69,7	ES – CH/ES	med	+	+
MVS	2377	40	59,4	AR – CH	biol	+	+
GAS	2145	31	69,2	MX – US	med		+
AnW	2102	21	100,1	AR – ES	trad + filol	+	
LuP	1931	38	50,8	PT – US/CH	med	+	
BaS	1876	40	46,9	US – ES	hist + psicol	+	+
IgN	1765	22	80,2	ES – ES	med		
LoS	1670	26	64,2	ES – ES	veter + empr	+	
LFS	1640	32	51,3	ES – ES	trad + biol	+	+
HeQ	1478	35	42,2	ES – ES	agron	+	+
EIV	1477	37	39,9	ES – ES	med + farm	+	
JADD	1467	27	54,3	ES – ES	med	+	
GoC	1248	29	43,0	ES – ES	biol	+	+
BeM	1208	30	40,3	AR – AR	trad		
PGP	1207	37	32,6	ES – ES	med	+	+
LaM	1115	40	27,9	ES – ES	med	+	+
ADH	1095	24	45,6	ES – ES	med	+	+
MAC	1082	33	32,8	MX – MX	trad		
MHW	1078	38	28,4	ES – ES	med	+	+

^a Número de trimestres activo en la lista (envío de al menos un mensaje).

^b Índice de productividad: número de mensajes enviados por trimestre de actividad.

^c Se indica en primer lugar el país de procedencia; y en segundo lugar, el país de residencia o trabajo (que puede ser más de uno en caso de mudanza durante el periodo de permanencia en MedTrad). Clave de países: AR (Argentina), CH (Suiza), CO (Colombia), ES (España), MX (Méjico), PT (Portugal), US (Estados Unidos).

^d Clave de carreras o estudios: agron (ingeniería agrónoma, nutrición), biol (biología), empr (empresariales), farm (farmacia), filol (filología), med (medicina), trad (traducción), veter (veterinaria).

^e MT: permanencia actual en MedTrad como miembro vigente (envío de al menos un mensaje a la lista en los 6 últimos meses); TM: socio de Tremédica con cuota satisfecha para el año 2009.

Tabla 7. Lista de medtraderos con actividad más prolongada (30 trimestres o más enviando al menos un mensaje a la lista)

Trim ^a	Clave de identidad	Mensajes	País ^b	Formación ^c
40	LaM	1115	ES – ES	med
	FAN	2787	ES – CH/ES	med
	MeP	699	ES – ES	biol
	MVS	2377	AR – ES	biol
	BaS	2145	US – ES	hist + psicol
39	AIN	771	ES – ES	med
38	MHW	1078	ES – ES	med
	LuP	1931	PT – US/CH	med
37	AdC	902	UY – UY	trad + micr
	AMG	640	AR – AR	med
	PGP	1207	ES – ES	med
	AnR	283	ES – ES	biol
	KaS	151	US – ES	filol
	EIV	1477	ES – ES	med + farm
36	BGR	226	ES – ES	med + filol
35	PaB	650	ES – ES	med
	MSD	137	CO – US	filol
	HeQ	1478	ES – ES	agro
	LMS	464	BR – BR	biol
34	CaG	379	ES – ES	fis
33	MAC	1082	MX – MX	trad
	BaT	578	US – ES	med
32	GuC	100	PE – ES	med
	MCa	237	MX – MX	med
	LFS	1640	ES – ES	trad + biol
	MaP	375	CO – US	micr
	MiP	369	AR – ES	quím
	CIR	199	ES – ES	med
31	MCN	446	MX – MX	trad + filol
	GAS	2145	MX – US	med
30	CIC	214	AR – AR	trad
	BeM	1208	AR – AR	trad
	EmP	257	MX – MX	med
	LuR	179	PE – ES	ingen + filol

^a Número de trimestres activo en la lista (envío de al menos un mensaje). Los medtraderos se enumeran por orden decreciente de trimestres de actividad; en caso de empate, por orden alfabético del primer apellido.

^b Se indica en primer lugar el país de procedencia; y en segundo lugar, el país de residencia o trabajo (que puede ser más de uno en caso de mudanza durante el período de permanencia en MedTrad). Clave de países: AR (Argentina), BR (Brasil), CH (Suiza), CO (Colombia), ES (España), MX (Méjico), PE (Perú), PT (Portugal), US (Estados Unidos), UY (Uruguay).

^c Clave de carreras o estudios: agron (ingeniería agrónoma, nutrición), biol (biología), empr (empresariales), farm (farmacia), filol (filología), fis (física), ingen (ingeniería), med (medicina), micr (microbiología), quím (química), trad (traducción), veter (veterinaria).

La única plenamente comparable con MedTrad, por su antigüedad, es la lista Medical Translation, que inició su actividad el 3 de febrero del 2000, menos de cinco meses después que MedTrad. La actividad comparativa de ambas listas se ilustra con sendas curvas de actividad trimestral en la figura 2. Como puede apreciarse, y salvo el pico inicial de hiperactividad —característico de muchas listas internéticas recién creadas— en el segundo trimestre del 2000, la actividad de Medical Translation ha sido siempre muy inferior a la registrada en MedTrad.

Tremédica y MedPharm son dos listas de reciente creación, ambas todavía con menos de dos años de actividad.

Dado que están todavía en fase de consolidación —y, en el caso de Tremédica, de expansión—, no puede compararse su actividad actual con la de listas ya consolidadas como MedTrad y Medical Translation. Pese a todo, puede ser útil echar un vistazo a la gráfica de la figura 5, donde se compara la evolución de la actividad trimestral en las cuatro listas durante los años 2008 y 2009.

3. Comentarios

Una vez expuestos de manera aséptica los datos y cifras que describen los diez primeros años de MedTrad, aprovecha-

Tabla 8. Datos comparativos de cuatro listas de debate sobre traducción médica

	MedTrad	Medical Translation	Tremédica	MedPharm
Fecha de creación	13-IX-1999	3-II-2000	23-II-2008	5-VIII-2008
N.º actual de miembros	200 ^a	1147 ^b	102 ^c	159 ^b
Combinaciones lingüísticas que cubre	ES ^d	todas ^e	ES ^d	todas ^e
Lengua de comunicación	ES	EN	ES	EN
Criterios de incorporación al grupo	Con filtro de admisión y gratuita	Libre y gratuita	Por asociación con cuota	Libre y gratuita
Sede	RedIRIS	YahooGroups	Listserv	YahooGroups
Tiempo de actividad (en meses) ^f	120	115	19	13
N.º total de mensajes enviados	73 953	20 992	1 732	939
N.º de mensajes en el último trimestre	1102	117	366	114

^a Miembros que figuran como dados de alta con fecha 30-IX-2009 (datos ofrecidos por las administradoras del grupo: Adriana Cruz y María J. Hernández); de ellos, solo 104 se mostraron activos (enviaron al menos un mensaje a la lista) en el último trimestre.

^b Miembros que figuran como dados de alta con fecha 30-IX-2009 (datos tomados de la página de entrada del grupo en Yahoo!Groups); no he determinado el número de miembros activos.

^c Con fecha 30-IX-2009, Tremédica tenía 102 socios, pero solo 98 estaban registrados en el foro terminológico (datos ofrecidos por Cristina Márquez Arroyo); no he determinado el número de miembros activos.

^d Cualquier combinación lingüística que incluya el español.

^e En teoría, la lista cubre cualquier combinación lingüística imaginable, pero en la práctica predomina la pareja EN-DE.

^f Meses completos de actividad de la lista hasta el día 30-IX-2009.

ré esta última parte del artículo para comentar —con fuerte subjetividad y evidente conflicto de intereses— algunos puntos que me han llamado especialmente la atención.

3.1. Algunos aspectos llamativos

- La mitad de los integrantes de MedTrad son profesionales españoles o que ejercen en España. Considero conveniente fomentar la incorporación de profesionales hispanoamericanos y de otros países para cubrir mejor las variedades geolectales del español.
- Menos del 11 % de los medtraderos tienen como lengua materna un idioma distinto del español. Nuestra lista, según parece, es todavía poco conocida entre los traductores médicos que trabajan con el español como idioma de partida.
- Los médicos y científicos de formación tienen en MedTrad una participación y un protagonismo muy superiores a los que cabría esperar, proporcionalmente, de su representación global. En este sentido, resulta especialmente preocupante el brusco descenso de la incorporación de médicos y científicos a la lista registrado en los últimos años. Para reforzar la calidad y la utilidad de la lista como instrumento de debate terminológico especializado, podría ser útil dar a conocer MedTrad en entornos sanitarios y científicos ajenos al mundo de la traducción, en un intento de captar médicos, profesionales biosanitarios e investigadores interesados por el lenguaje científico en español.
- Del cotejo con otras listas de debate parece desprenderse que, para el éxito de una lista, la acotación del ámbito de debate es más importante que el número de miembros. Solo así se explica que MedTrad, con solo 200 miembros registrados en la actualidad, pero

restringida al lenguaje médico en español, haya tenido históricamente una actividad sostenida más de tres veces superior a la registrada en la lista Medical Translation, que supera ampliamente el millar de miembros y abarca la traducción médica en todos los pares de lenguas imaginables. Incluso el foro de Tremédica, todavía en fase incipiente y con apenas 98 miembros registrados, ha generado en el último trimestre considerado una actividad superior a la de las listas Medical Translation y MedPharm juntas.

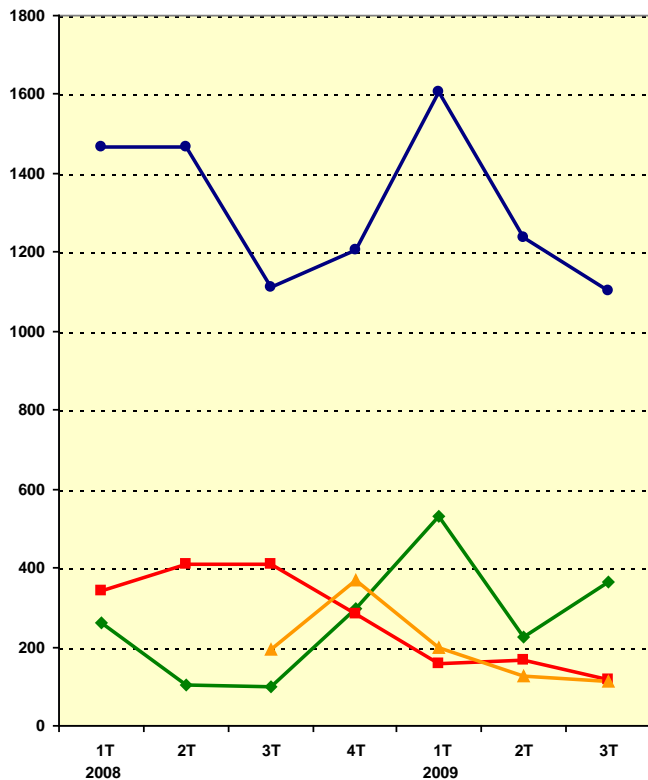
- Sería muy de desear que la comisión de afiliaciones de MedTrad se dotara de una plantilla normalizada para recopilar de forma sistemática diversos datos de interés (p. ej., todos los analizados en el presente artículo, pero también otros como la edad o los años de experiencia en traducción o redacción médicas) de todos los candidatos a incorporarse al grupo. De esta forma, en adelante resultaría mucho más sencillo caracterizar el perfil demográfico y profesional de la lista, y hacerlo, además, de modo más fiable.

3.2. ¿Ha entrado MedTrad en decadencia?

Basta echar una ojeada a las figuras 2 y 5 para llegar a una conclusión obvia: MedTrad ha sido y sigue siendo una iniciativa terminológica de extraordinario éxito, sin parangón entre las listas de debate especializadas.

Es obvio que el nivel actual de actividad en MedTrad está lejos de las cifras registradas en su época dorada de los años 2002 y 2003, pero incluso centrándonos exclusivamente en los siete últimos trimestres, MedTrad ha registrado en los años 2008 y 2009 una actividad de 9196 mensajes, más del doble que las listas Medical Translation, Tremédica y MedPharm juntas (4553 mensajes entre las tres).

Figura 5. Evolución temporal de la actividad trimestral en las listas MedTrad (azul), Tremédica (verde), Medical Translation (rojo) y MedPharm (naranja), desde el primer trimestre del 2008 hasta el tercer trimestre del 2009. Eje de ordenadas: número de mensajes enviados.



El primer trimestre de actividad de las listas Tremédica (primer trimestre del 2008; verde) y MedPharm (tercer trimestre del 2008; naranja) no es completo; los datos reflejados en la gráfica no corresponden, pues, a actividad real, sino a extrapolación del período de actividad efectiva a un período trimestral completo.

Con casi 74 000 mensajes en sus archivos, y un ritmo de actividad que no ha bajado nunca de los mil mensajes trimestrales, MedTrad sigue siendo un recurso terminológico básico para cualquier traductor y redactor especializado en medicina, y goza de una salud envidiable como foro de intercambio sobre el lenguaje médico y científico. No parece, no, que MedTrad haya entrado en una fase de decadencia irreversible, sobre todo si comparamos su situación actual con la de la lista hermana Medical Translation, prácticamente agónica tras un año con cifras de actividad por debajo del centenar de mensajes mensuales.

Ello no obstante, de los resultados presentados en este artículo se desprenden varios indicadores de alerta que deberían servir como llamada de atención.

a) Actividad de la lista (v. figura 2): el número de mensajes enviados a la lista en el tercer trimestre del 2009 ha sido el segundo más bajo registrado en MedTrad desde el cuarto trimestre del año 2000.

- b) Miembros activos (v. figura 3): el número de miembros activos (que envían al menos un mensaje trimestral a la lista) lleva disminuyendo de forma constante tres trimestres consecutivos. En el último trimestre analizado ha sido de 104, la cifra más baja registrada en MedTrad desde el primer trimestre del 2002. En cuanto a los miembros con actividad considerable (más de tres mensajes trimestrales), la cifra registrada en el último trimestre fue de 64, la más baja desde el cuarto trimestre del año 2000.
- c) Dependencia de los miembros más activos (figura 4): el grado de dependencia de los miembros más activos lleva aumentando de forma progresiva durante los cuatro últimos trimestres. En el último trimestre analizado, el porcentaje que sobre el total de mensajes enviados procede de los diez miembros más activos ha sido del 44,37 %, la cifra más alta registrada en MedTrad desde el tercer trimestre del 2002.
- d) Incorporación de nuevos miembros: el dato más preocupante, en mi opinión, es el frenazo de las nuevas incorporaciones al grupo. En el último año de MedTrad, se han incorporado únicamente ocho nuevos miembros, cuando hasta entonces la cifra anual de nuevas incorporaciones había superado siempre la veintena. Las nuevas incorporaciones no cubren ya el desgaste natural de la lista, como reflejan los tres indicadores de alerta ya comentados: descenso de actividad de la lista, disminución del número de miembros activos y aumento del grado de dependencia de los miembros más activos.

No es fácil determinar con certeza los motivos de esta brusca caída en la llegada de nuevos miembros a MedTrad. Se me ocurre que podría guardar relación con la pérdida de visibilidad de MedTrad en los últimos años, eclipsado por el auge de Tremédica, que desde principios del 2006 ha asumido la responsabilidad de los dos productos más visibles surgidos de MedTrad: la revista *Panace@* y el portal internetico «El escaparate de MedTrad». ³ *Panace@*, <www.tremedica.org/panacea.html>, que hasta su número 22 se publicó como «la revista de MedTrad», es desde entonces «la publicación oficial de Tremédica». En cuanto a «El escaparate de MedTrad», sigue activo en <<http://medtrad.org/escaparate/inicio.htm>>, pero ahora se llama «El Escaparate» a secas y ofrece al visitante un mensaje de bienvenida que comienza diciendo «El Escaparate de MedTrad reside ahora en la sede virtual de TREMÉDICA [...]», con hipervínculo a la sede de Tremédica. Muy significativo es también el hecho de que, cuando se teclea <www.medtrad.org> en la ventana de cualquier navegador, este dirige de forma automática a la sede virtual de Tremédica. Y una búsqueda en Google por la palabra «medtrad», efectuada el 15 de octubre del 2009, ofrece los siguientes resultados: en primer lugar, la sede virtual de Tremédica; en segundo lugar, la página de entrada a *Panace@*, hoy alojada en Tremédica; en tercer lugar, la antigua sede de MedTrad en Yahoo!Grupos México, y solo en cuarto lugar, la sede actual de MedTrad en REDIRIS.

En un intento de probar o refutar esta hipótesis de que el auge de Tremédica pudiera guardar relación con el frenazo en el ritmo de incorporación de nuevos medtraderos, he recopilado y cotejado los datos de incorporación de nuevos miembros a MedTrad y Tremédica durante los tres últimos años.

Tremédica nació en el VII año de MedTrad, constituida inicialmente por 49 socios, de los que solamente dos no eran ni habían sido nunca medtraderos. Desde entonces, el ritmo de crecimiento de ambos grupos ha sido así: en el VIII año, se incorporaron a MedTrad 45 nuevos miembros, mientras que a Tremédica únicamente se afiliaron 11 nuevos socios (todos ellos medtraderos o ex medtraderos); en el IX año, se incorporaron a MedTrad 28 nuevos miembros, mientras que a Tremédica únicamente se afiliaron 5 nuevos socios (de ellos, solo 2 ajenos a MedTrad); en el X año, por último, se incorporaron a MedTrad únicamente 8 nuevos miembros, mientras que a Tremédica se afiliaron nada menos que 41 nuevos socios (20 de ellos ajenos a MedTrad). En resumen, durante sus tres primeros años de vida, Tremédica únicamente incorporó 4 socios no procedentes de MedTrad, mientras que en el último año han sido 20.

Parece evidente que, tras las jornadas de Salamanca y de Rosario, Tremédica ha cobrado por fin el auge y la visibilidad necesarios para convertirse —como deseábamos— en la institución de referencia para el ámbito profesional de la traducción y la redacción médicas en español. Todo parece apuntar a que en los próximos años seguirá aumentando considerablemente la afiliación a Tremédica y su visibilidad internacional, lo cual es, sin duda, una noticia excelente para nuestra profesión, pero podría poner en serios aprietos la supervivencia de MedTrad.

Se impone para MedTrad, me parece, un fomento activo y decidido de la captación de nuevos miembros con conocimientos y experiencia. O, tal vez, delegar en Tremédica las tareas de captación de nuevos miembros para la lista de debate en MedTrad. Lo cual me lleva al último punto que deseaba comentar.

3.3. Dos listas para el lenguaje médico en español: MedTrad y Tremédica, ¿las dos, solo una o ninguna?

Desde que, el 23 de febrero del 2008, Tremédica pusiera en marcha su foro terminológico, los traductores médicos que utilizamos el español como lengua de trabajo disponemos de dos listas de debate que cubren exactamente el mismo campo temático.

Por consiguiente, los profesionales interesados por la traducción científica, la terminología especializada y el lenguaje médico en español tenemos que decidir ahora si interesa más sumarse a ambas listas de debate o solo a una de ellas; y en este último caso, a cuál de las dos. La decisión, en mi opinión, no admite dudas. Tanto afiliarse solamente a MedTrad como afiliarse solamente a Tremédica implica no tener acceso a las opiniones, los saberes y la experiencia profesional de colegas de gran prestigio en nuestro campo (véase la tabla 6). En el momento actual, pues, solo cabe recomendar la pertenencia simultánea a ambas listas.

Pertenencia simultánea que, sin embargo, es todavía la opción minoritaria en nuestro ámbito. Dado que con fecha 30.9.2009 solo había 45 personas que aunaran la afiliación a Tremédica con la pertenencia a MedTrad como miembro vigente (al menos un mensaje enviado en el último semestre), ello nos da las siguientes cifras: de los 126 miembros actualmente activos en MedTrad, 81 no son socios de Tremédica. Y de los 102 socios actuales de Tremédica, 57 no son miembros vigentes de MedTrad (aunque 33 de ellos sí lo hayan sido en algún momento pasado).

A los 45 medtraderos-tremédicos, que participamos ya en las dos listas como miembros activos, se nos plantea todavía otra duda más compleja, pues hemos de decidir si enviar nuestros mensajes a ambas listas de debate o solo a una de ellas, y en este último caso, a cuál de las dos. Aquí la respuesta no puede ser, a mi modo de ver, enviar todos los mensajes a ambas listas, duplicados. Porque la actividad de MedTrad está ya por encima del millar de mensajes trimestrales, y parece sensato presuponer que se mantendrá a ese nivel en los próximos años. La actividad del foro de Tremédica, por su parte, ronda ya los cuatrocientos mensajes trimestrales, y todo hace pensar que seguirá aumentando de forma considerable en los próximos años. Duplicar los mensajes podría suponer tal sobrecarga para nuestros ya saturados buzones electrónicos, sin ninguna ventaja para quienes pertenecemos ya a las dos listas, que podría llegar a inhibir la participación de los miembros más activos.

Por otra parte, escribir de forma habitual solo a una de las dos listas, implica privar de información potencialmente importante a los colegas que, en número creciente, participan solo en una de las dos. El problema se suscita también, por supuesto, con las consultas que —cada vez con mayor frecuencia— se envían de forma simultánea a ambas listas de debate: solo 45 personas estamos en condiciones de seguir el hilo de debate en su totalidad —si bien con ciertos mensajes repetidos—; 81 medtraderos siguen solamente la parte del hilo que llega a MedTrad, y 57 tremédicos siguen solamente la parte del hilo que llega al foro terminológico de Tremédica.

La situación actual, en resumen, resulta insatisfactoria para todos. Y a mi entender, solo tiene una solución conveniente: en un campo tan restringido como el de la traducción médica en español, no hay necesidad de dos listas clónicas paralelas, ni, posiblemente, espacio suficiente para ambas.

Creo que nadie hubiera entendido, en diciembre del 2005, que Tremédica hubiese lanzado una revista propia de traducción médica destinada a competir con *Panace@*, ya entonces asentada. Lo lógico era apoyar y reforzar el proyecto existente para ofrecer a los socios de Tremédica la mejor revista posible, y así se hizo.

Por el mismo motivo, no acabo de entender bien la utilidad de una nueva lista terminológica de debate. Lo lógico parecería, igual que se hizo con *Panace@*, que Tremédica concentrara sus esfuerzos en garantizar a todos sus socios el libre acceso a la mejor lista de debate de que disponemos en nuestro campo de actividad. Que, sin duda, es MedTrad; no solo porque su actividad sigue siendo muy superior a la del

foro terminológico de Tremédica, sino, sobre todo, porque MedTrad alberga un impresionante archivo histórico con casi 74 000 mensajes rastreables, mientras que el de Tremédica no llega aún a los 2.000, y necesitará todavía muchos años para generar un archivo propio de volumen equiparable.

El ingreso en MedTrad se hace actualmente previa presentación y aprobación de las candidaturas, y entiendo bien el problema que para Tremédica podría suponer el hecho de que uno de sus socios, pese al pago de la cuota anual, viera rechazada su candidatura a ingresar en MedTrad. Pero parece un problema de fácil resolución. Tradicionalmente, el ingreso en MedTrad ha ido vinculado a la acreditación objetiva de conocimientos, experiencia o interés demostrable en dos ámbitos: la medicina, las disciplinas biosanitarias y otras ciencias afines, por un lado, y la traducción, los idiomas o el lenguaje, por otro. No parece difícil conseguir que la afiliación con cuota a una asociación profesional como Tremédica se acepte en MedTrad como prueba de interés acreditado por la traducción o el lenguaje médicos. Más difícil de resolver sería el problema de las personas que en un momento dado, por razones que no hace falta traer al caso, abandonaron MedTrad —algunos de ellos bastante desilusionados o incluso molestos— y que ahora pertenecen a Tremédica y participan asiduamente en su lista de debate.

Solo llegando a una solución satisfactoria para todos en este punto, Tremédica podría dejar de lado su lista terminológica, y destinar el tiempo, el trabajo y el dinero que invierte en ella a otros proyectos de interés para los socios y para la lista de MedTrad. Por ejemplo, retomar el proyecto del Medtradiario, bajo una nueva forma más dinámica. En su formato inicial, el Medtradiario parece difícilmente viable para una lista con la hiperactividad de MedTrad, que ha generado 74 000 mensajes en diez años. Pero sí sería factible abordar la indización de todo el archivo histórico, en apenas unos meses, mediante la simple elaboración de un índice de términos o asuntos tratados con hiperenlace al hilo completo correspondiente, sin necesidad de dar directamente la solución terminológica al problema ni tomar decisiones sobre la mayor o menor corrección de las propuestas ofrecidas. Dispondríamos así de un instrumento de búsqueda mucho más útil para rastrear el archivo histórico que los actuales buscadores de RedIRIS y Yahoo!Grupos. Pienso, por ejemplo, en un índice en el que un simple clic sobre la palabra *with* me llevara directamente al hilo sostenido recientemente en MedTrad sobre el uso y abuso de esta proposición inglesa. En el momento actual, si tecleo «with» en la casilla del buscador de RedIRIS, este me devuelve 45 678 apariciones, que debo ir visualizando de 50 en 50; y a las que hay que agregar otros 4057 mensajes ofrecidos por el buscador de Yahoo!Grupos para ir visualizando de 10 en 10.

No parece difícil conseguir que esta propuesta reciba buena acogida y prospere en Tremédica; como toda entidad legalmente constituida, Tremédica está bien jerarquizada y dispone de una asamblea general que podría aceptar de buen grado la adopción de MedTrad como lista de referencia para los socios interesados en el debate terminológico, y de una junta directiva capacitada para poner en práctica las decisiones adoptadas y firmar los acuerdos necesarios con MedTrad

o con cualquier otra entidad. Más complicada es la situación en MedTrad, que es una comunidad virtual sin jerarquías ni una vía establecida para la toma de decisiones. Desaparecidas en junio del 2005 la figura del coordinador y en diciembre del 2007 las últimas comisiones internas, no sé muy bien a quién correspondería hoy la decisión de abrir las puertas de la lista a los colegas de Tremédica. ¿A las administradoras, tal vez?

Lo que sí tengo claro es que medtraderos y médicos formamos una misma familia. E igualmente claro tengo también que generosidad, cariño y amplitud de miras habrán de ser excelentes consejeros para quienes tengan que decidir sobre el desarrollo futuro de nuestras dos listas de debate, que muy posiblemente deberían ser una sola.

Notas

1. Gustavo A. Silva: «MedTrad, una ilusión compartida» (págs. 183-185). Gustavo A. Silva, M.^a José Hernández Weigand, Cristina Márquez Arroyo y Ana María Giordano: «Apuntes para la historia de MedTrad» (págs. 217-225). Gabriela Caruso: «MedTrad como fuente de información para la resolución de problemas de traducción» (págs. 260-261). Bertha M. Gutiérrez Rodilla: «MedTrad para una historiadora del lenguaje médico» (págs. 261-262). Mónica Noguero: «MedTrad para una correctora de textos médicos» (págs. 262-263). Fernando A. Navarro: «MedTrad y el “libro rojo”» (pág. 263). Fernando Pardos: «MedTrad y el ILEX» (pág. 264). Ángela Ciocca, María José Hernández y Cristina Márquez: «El escaparate de MedTrad: todo un caudal de información para los traductores médicos» (págs. 276-280).
2. Solo otros tres medtraderos más superaron los ochocientos mensajes: uno de ellos con 986 mensajes en 20 trimestres (índice de productividad: 49,3), otro con 902 mensajes en 37 trimestres (índice de productividad 24,4) y un tercero con 807 mensajes en 7 trimestres (índice de productividad: 115,3).
3. MedTrad ha sido siempre una mera lista de distribución sin personalidad jurídica propia y, como tal, no tuvo nunca la propiedad de la revista *Panace@*, del dominio *medtrad.org* y ni tan siquiera de su propio nombre. Ello no obsta, por supuesto, para que estos productos —generados en su mayor parte por miembros de MedTrad, pero también por personas ajenas al grupo— aportaran a la lista una enorme visibilidad hacia el exterior. Visibilidad que perdió cuando, a finales del año 2005, se funda Tremédica con dos objetivos prioritarios: garantizar la continuidad de *Panace@* y asegurar la pervivencia del dominio *medtrad.org* con sus contenidos (ambas seriamente amenazadas por motivos que ahora no hacen al caso). Cuatro años después, la publicación de ocho números de *Panace@* y la pervivencia de «El escaparate» como soporte activo de información demuestran que Tremédica cumplió con éxito sus propósitos iniciales.



«Saque la lengua, por favor» Panorama actual de la interpretación sanitaria en España

Bárbara Navaza,* Laura Estévez** y Jordi Serrano***

Resumen: En la actualidad, los servicios sanitarios españoles disponen de diversas estrategias comunicativas a la hora de atender a los pacientes que no hablan español.

A pesar de que los intérpretes/mediadores en los servicios sanitarios todavía no son una figura profesional plenamente reconocida ni perfilada, cada vez es más frecuente encontrarlos en hospitales y centros de salud. Asimismo, la utilización de sistemas de interpretación telefónica y las aplicaciones informáticas multimedia y multilingües han ido cobrando especial importancia en los últimos años.

Un estudio comparativo de estas modalidades de interpretación nos permitirá reflexionar acerca de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, así como valorar el grado de complementariedad con el que pueden interactuar. Además, se prestará especial atención a las funciones del intérprete en los servicios sanitarios y a su papel de mediador intercultural.

En este artículo se pretende identificar y describir una nueva dimensión laboral en la que el desempeño de las tareas de traducción e interpretación es fundamental para garantizar el derecho de acceso a los servicios sanitarios de las minorías lingüísticas y culturales.

Palabras clave: interpretación presencial, interpretación telefónica, *software* multilingüe, servicios sanitarios, mediación intercultural.

“Stick your tongue out”. Health care interpreting in Spain: the current scene

Abstract: Nowadays, Spanish health care services use different communication strategies when attending non Spanish speaking patients.

Even if interpreters/mediators in health care services are not a fully recognized or shaped profession yet, we can find them in hospitals and health care centers with greater frequency. Moreover, systems of telephone interpreting and multilingual software are becoming especially important in the latest years.

A comparative study of these models of interpreting will make it possible to evaluate the degree of complementarity among them. Furthermore, tasks of interpreters in health care services and his/her role of intercultural mediator will be highlighted.

The aim of this article is to identify and describe a new work dimension where translation and interpreting tasks are critical to guarantee the right to access to health care services for linguistic and cultural minorities.

Key words: on-site interpretation, telephone interpreting, multilingual software, health care services, intercultural mediation.

Panace@ 2009; 10 (30): 141-156

Las barreras idiomáticas se han ido haciendo cada vez más patentes en los hospitales y centros de salud de España a medida que ha ido cambiando el perfil de los pacientes y de la sociedad en general.

A partir de la década de los noventa, España deja de ser un país emisor de inmigrantes y se convierte en un país receptor. Según los datos del INE, el número de extranjeros empadronados en España a 1 de enero de 2009 ascendía a 5,6 millones de personas, lo que representa el 12 % del total de los inscritos.

A pesar de que todos ellos son inmigrantes, es común observar que esta palabra se asocia especialmente a los «inmigrantes económicos», es decir, aquellos que vienen de países menos desarrollados económicamente y que lle-

gan a España huyendo de las dificultades para llevar una vida digna en sus países de origen. La población marroquí ha sido durante muchos años el colectivo inmigrante con más presencia en nuestro país, si bien desde 2008 esta posición les corresponde a los inmigrantes rumanos. Otro colectivo con gran presencia en España es el latinoamericano, especialmente los ecuatorianos, los colombianos y los bolivianos.

En este artículo haremos también referencia a los «inmigrantes sociales». Se trata de personas de elevado nivel socioeconómico, pertenecientes a culturas más próximas a la nuestra, entre las que podemos encontrar profesionales, técnicos, estudiantes o jubilados con alto poder de renta. La mayor parte de inmigrantes procedentes de la Unión

* Intérprete, mediadora intercultural, Centro de Medicina Tropical, Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (España). Dirección para correspondencia: saludinmigracion@gmail.com.

** Intérprete, mediadora intercultural, Centro de Medicina Tropical, Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (España).

*** Médico de familia, coordinador de UniversalDoctor Project, Barcelona (España).

Europea pertenecen a este grupo y representan más de un 40 % de todos los extranjeros empadronados en nuestro país. Entre los colectivos más representativos se encuentran los británicos, los alemanes y los italianos. En cuanto a la distribución geográfica, cabe destacar que cinco comunidades concentran aproximadamente las tres cuartas partes de la población inmigrante residente en España: Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias. La comunidad con mayor proporción de extranjeros son las Islas Baleares, con un 21,7 %.

El fenómeno de la inmigración ha puesto en contacto a los proveedores de los servicios públicos con usuarios procedentes de diversos países, hablantes de lenguas diferentes y pertenecientes a otras culturas, con sus propios códigos, costumbres y creencias.

Los problemas comunicativos que subyacen a una situación de multilingüismo en un ámbito tan vital como el sanitario requieren adaptaciones del sistema para que este pueda ofrecer sus servicios de manera efectiva. A veces, incluso compartiendo la misma lengua, la manera de expresar los síntomas o los conceptos de salud y enfermedad pueden variar según la cultura. Esto significa que se pueden producir «choques culturales» que ocasionen malentendidos entre médico y paciente en detrimento de ambas partes.

En el ámbito de la traducción y la interpretación, son varias las universidades que han incluido en sus programas formativos esa nueva faceta del traductor/intérprete en los servicios públicos. Estos estudios se integran en de la licenciatura de traducción e interpretación o bien en estudios de posgrado, y sus principales áreas de interés son el ámbito jurídico-administrativo y la esfera socio-anitaria.

De manera paralela han surgido en numerosas comunidades autónomas diferentes cursos que ofrecen una formación específica en «mediación intercultural» aplicada a diferentes ámbitos, incluido el sanitario.

Los programas curriculares difieren en cada caso, así como la denominación de la figura. Nos podemos encontrar con los términos *intérprete en los servicios sanitarios*, *mediador intercultural en los servicios sanitarios*, *mediador sociosanitario* y otros, que ponen de manifiesto la inexistencia de cohesión a la hora de definir la profesión de aquellas personas que ejercen de puente lingüístico y cultural en la consulta médica.

La interpretación telefónica también ha comenzado a implantarse en algunos hospitales, principalmente de la mano de empresas privadas, como una alternativa para superar las barreras lingüísticas entre el personal sanitario y los pacientes inmigrantes.

Lo mismo sucede con las aplicaciones informáticas multilingües, que se han abierto paso en las instituciones para facilitar la comunicación entre el proveedor de los servicios sanitarios y el paciente alófono.

Veamos ahora cuáles son las características de estas tres estrategias comunicativas y cómo se encuentran implantadas en los hospitales y centros de salud españoles.

1. Interpretación presencial

1.1. ¿En qué consiste?

El intérprete/mediador se encuentra físicamente en la consulta médica, y se recomienda una posición triangular, entre médico y paciente.

Tras presentarse y explicar su labor, se dispondrá a llevar a cabo la interpretación, fundamentalmente de enlace, aunque también hay ocasiones en las que se realiza interpretación susurrada. En el caso de que el intérprete/mediador detecte algún malentendido o «choque cultural», advertirá de ello a los interlocutores y procurará estrategias para superar estas barreras.

Cabe destacar que en este artículo nos centramos en intérpretes/mediadores profesionales. Muchos amigos y familiares de pacientes, así como miembros del personal sanitario concedores de las lenguas en contacto, han hecho de intérpretes. Se trata de los llamados intérpretes ad hoc. Con el paso del tiempo se ha constatado la ineficacia y el potencial peligro del empleo de este tipo de intérpretes en los servicios sanitarios. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que las soluciones ad hoc no pueden garantizar la fidelidad ni la exactitud de la interpretación, debido tanto a la falta de formación específica como a la proximidad emocional, en el caso de familiares o amigos (*proxy interpreters*).¹

Es fácil constatar que en España cada vez es más común oír hablar de *mediadores interculturales* que de *intérpretes* en la consulta médica. La pregunta es: ¿estamos hablando de la misma figura profesional?

Según Carlos Giménez, la mediación intercultural es una modalidad de intervención de terceras partes orientada hacia «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».²

El mediador intercultural es un profesional que, además de posibilitar la comunicación lingüística, consigue que los interlocutores entiendan los códigos culturales del «otro». Así, en los servicios sanitarios podemos encontrarnos con mediadores interculturales para la población latinoamericana hispanohablante o para la población de etnia gitana.

¿Debe el intérprete ser también mediador intercultural? Para poder trasvasar el sentido de un discurso de una lengua a otra es necesario poseer conocimientos lingüísticos, pero también paralingüísticos y culturales. A nuestro entender, resulta evidente que el intérprete necesita estar en posesión de estas competencias para realizar su trabajo de manera efectiva. Sin embargo, a veces persiste la creencia de que la traducción/interpretación está solo vinculada a las palabras, y no a las ideas que se esconden detrás de ellas.

También conviene anotar que en muchos países, entre ellos España, los mediadores interculturales de los servicios sanitarios suelen asumir otras tareas además de la interpretación. En la mayor parte de los casos, suele tratarse de actividades relacionadas con la sensibilización, la formación o la orientación. La formación de estos mediadores es heterogénea y no está necesariamente vinculada con los estudios de traducción e interpretación.

En el caso de los intérpretes, sus funciones parecen hallarse más acotadas, aunque pueden interpretar no solo en la consulta médica, sino también en otros contextos, como en charlas de promoción de la salud dirigidas a inmigrantes o en las dependencias administrativas de los centros sanitarios. Se trata de licenciados en traducción e interpretación o personas con una formación específica en el ámbito de la interpretación médica. Sus actuaciones suelen guiarse por los códigos éticos desarrollados por distintas asociaciones de intérpretes en los servicios públicos. En estos códigos se reflejan unos principios comunes, tales como la imparcialidad, la neutralidad, la exactitud/fidelidad, la confidencialidad y la integridad.³

La mediación intercultural y la interpretación lingüística son disciplinas diferentes aunque complementarias y a veces, interdependientes, por ejemplo, cuando hablamos de la interpretación en la consulta médica entre interlocutores procedentes de culturas distantes. El mediador debe poseer conocimientos lingüísticos y aptitudes en el ámbito de la traducción e interpretación para facilitar la comunicación. Asimismo, es indispensable que el intérprete conozca los códigos culturales de ambas partes para poder entender los mensajes y conseguir codificarlos en la lengua de llegada de manera fiel y comprensible para los destinatarios.

1.2. Ventajas e inconvenientes

Ventajas

1. *Profesionalidad*: trabajar con intérpretes/mediadores que han recibido una formación específica en el ámbito médico garantiza unos mínimos de calidad en su desempeño profesional.
2. *Calidad de la interpretación*: la presencia del intérprete/mediador asegura la captación del lenguaje verbal y el no verbal. Además, puede reunirse antes y después de la interpretación con el personal sanitario, lo cual le permite tanto preparar la interpretación como hacer un balance de su actuación.
3. *Confianza*: tanto los pacientes como el personal sanitario entran en contacto directo con el profesional que va a realizar la interpretación. Así, los interlocutores tendrán una idea más clara acerca de sus competencias y capacidades.
4. *Ausencia de barreras tecnológicas*: los problemas técnicos pueden afectar negativamente las otras modalidades de interpretación que se abordan en este artículo, mientras que la interpretación presencial supera esas barreras.
5. *Costes a largo plazo*: la carga económica que supone la contratación de un intérprete puede resultar más rentable que tener que afrontar demandas por errores médicos debidos a una falta de comunicación.

Inconvenientes

1. *Lenguas disponibles*: es extremadamente difícil que los hospitales cuenten con intérpretes in situ que puedan abarcar todos los idiomas para los que se podría necesitar interpretación en la consulta.

2. *Delimitación de las funciones*: puede darse la circunstancia de que el médico o el paciente demanden otros servicios además de la interpretación: ayuda para cumplimentar trámites administrativos, acompañamiento, etc. La carencia de una delimitación clara de las funciones del intérprete/mediador intercultural hará que los profesionales acepten (o no) realizar dichas funciones.
3. *Profesión poco reconocida*: la figura del intérprete no forma parte del entramado profesional de las instituciones sanitarias, lo cual dificulta la contratación de estos servicios.
4. *Flexibilidad de horarios*: en un centro hospitalario, la necesidad de una interpretación puede surgir en cualquier momento del día o de la noche. En una situación de urgencia, esperar a la llegada del intérprete puede tener consecuencias nefastas.
5. *Costes a corto plazo*: a pesar de que los honorarios son más bajos que en otros tipos de interpretación (como la interpretación de conferencias), se trata de un servicio más caro que la interpretación telefónica y que el *software* multilingüe.

1.3. Panorama internacional

En las décadas de 1960 y 1970, Australia, Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido fueron los pioneros en el reconocimiento profesional de la interpretación en los servicios públicos.

Los grandes desplazamientos de inmigrantes y refugiados hacia estos países tras la Segunda Guerra Mundial han hecho del multiculturalismo una característica definitoria de sus sociedades.

La figura del intérprete/mediador en los servicios sanitarios también se encuentra cada vez más presente en los países de la UE. Con el objeto de afrontar los desafíos que supone proporcionar atención sanitaria a colectivos culturalmente divergentes, un grupo de hospitales de doce países europeos se presentaron como hospitales piloto para participar en el proyecto Hospital Amigo del Inmigrante; entre ellos se encuentra el hospital andaluz Punta de Europa. Estos hospitales han firmado la Declaración de Ámsterdam, en la que declaran:

Será necesario un aumento de la atención respecto a experiencias de la población inmigrante y de las disparidades y desigualdades existentes que lleven a cambios en la comunicación, en las rutinas organizativas y en la asignación de recursos.⁴

Australia

Este país cuenta con un sistema de acreditación nacional único, ya que engloba todos los tipos de interpretación y traducción e incluye también el lenguaje de signos. La NAATI (Australian National Accreditation Authority for Translators and Interpreters)⁵ es la organización encargada de otorgar dicha acreditación desde 1977. Hay que destacar que ya antes de esta fecha se había organizado en Sídney un servicio de intérpretes para atender a las necesidades de los hospitales,

que más tarde dio lugar al New South Wales (NSW) Health Care Interpreter Services.⁶

Canadá

Existe un sistema de acreditación para los intérpretes en los servicios públicos, y además hay un gran interés investigador y educativo. En 1995 se organizó en este país el primer congreso internacional sobre Traducción/Interpretación en los Servicios Públicos (T/I en los SS. PP.), de la mano de la red Critical Link.⁷ Dicha red se ha convertido en un referente internacional en este ámbito.

Estados Unidos

La T/I en los SS. PP. está más desarrollada en el ámbito legal que en el sanitario. No obstante, existen algunas acreditaciones a nivel estatal en Washington y en Oklahoma, y también encontramos importantes asociaciones de intérpretes en hospitales, como, por ejemplo, la Asociación de Intérpretes Médicos de California (CHIA)⁸ o la Asociación de Intérpretes Médicos de Massachusetts (MMIA),⁹ que se ha convertido en la primera asociación internacional de intérpretes médicos (IMIA). Además han surgido proyectos como Speaking Together,¹⁰ de la mano de la Robert Wood Johnson Foundation (RWJF), organización que ha reunido a diez hospitales estadounidenses con un alto porcentaje de pacientes inmigrantes con el fin de mejorar la calidad y la disponibilidad de los servicios de interpretación sanitaria.

Reino Unido

El mayor desarrollo de esta disciplina tuvo lugar a partir de los años sesenta y setenta, como consecuencia de la llegada de inmigrantes procedentes de las antiguas colonias de la Commonwealth. La necesidad de intérpretes en los servicios públicos (especialmente en escuelas y hospitales) fue haciéndose cada vez más patente. Así, en 1983, el Institute of Linguistics puso en marcha un proyecto denominado Community Interpreter Project con el objetivo de formar a intérpretes y traductores para los servicios públicos. Se creó asimismo un sistema de acreditación a escala nacional denominado National Register of Public Service Interpreters (NRPSI Ltd).¹¹

Países nórdicos

En Noruega existe un registro nacional de intérpretes, dirigido por el Directorado Noruego de la Integración y la Diversidad (IMDi).¹² Este registro, creado en 1997, tiene como objetivo garantizar que los intérpretes posean las competencias necesarias para trabajar en los servicios públicos.

En Suecia, en 1975, entró en vigor una ley que estipulaba el derecho de las personas que no dominasen el sueco a disponer de un intérprete para comunicarse con las instituciones públicas.¹³ El Instituto de Estudios de Traducción e Interpretación de la Universidad de Estocolmo lleva formando a intérpretes en el ámbito sanitario desde la década de los noventa en más de cincuenta idiomas.

Los ciudadanos de Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia, en virtud del Convenio de las Lenguas Nórdicas de 1987, tienen derecho a usar su propia lengua en cualquier

servicio de la Administración pública de cualquiera de estos Estados.

Francia

En 1970 se fundó la organización ISM (Inter Service Migrants) Intépretariat,¹⁴ que ofrece interpretación tanto presencial como telefónica en ochenta y cinco lenguas y dialectos a servicios médicos, sociales y educativos. Los hospitales y escuelas se hacen cargo de los costes de la interpretación.

Italia

La inmensa mayoría de las labores de interpretación en los servicios públicos las realizan los *mediatori linguistico-culturali*, contratados tanto por organizaciones humanitarias y ONG como por los servicios públicos.¹⁵ La mediación intercultural ha cobrado gran importancia en el ámbito sanitario con la puesta en marcha de programas de mediación lingüístico-cultural por parte de los Ministerios de Interior y de Sanidad.¹⁶ La ONG Cospe lleva más de diez años formando a mediadores e intérpretes para los servicios públicos y constituye un servicio organizado de interpretación.

Alemania

A principios de los años noventa, algunas organizaciones sin ánimo de lucro dieron lugar a los centros de medicina intercultural de Hannover (Ethnomedizinisches Zentrum e V.) y Múnich (Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin e V.).¹⁷ Actualmente disponen de aproximadamente doscientos intérpretes para más de cincuenta lenguas. Algunos hospitales también pusieron en marcha sistemas de interpretación interna, como es el caso del Institut für Medizin-Soziologie, en 1994. En pocos años llegó a contar con cien intérpretes *freelance* para cubrir aproximadamente cincuenta idiomas. En 2002, por motivos logísticos, este servicio dejó de estar centralizado.

Suiza

A pesar ser un país con amplia experiencia en la recepción de inmigrantes, un estudio publicado en 2004 informaba de que solo el 11 % de los hospitales suizos tenían presupuesto para los intérpretes, el 17 % tenía acceso a servicios de interpretación mientras que el 48 % expresaba la necesidad de tener dicho acceso.¹⁸ En este país, las ONG fueron las que consiguieron captar el interés de la Administración para promocionar la interpretación en los servicios públicos, especialmente en el ámbito médico.¹⁹ En 2007, el Consejo Federal aprobó la estrategia Migración y Salud 2008-2013, que prevé la creación de un certificado federal para la interpretación en los servicios públicos.

Países Bajos

Se trata de uno de los pocos países en los que el Gobierno se ha responsabilizado de la provisión de intérpretes en los servicios públicos. En la década de los setenta estableció seis centros de interpretación (*tolkencentra*) que abarcan más de ochenta y cinco lenguas y dialectos. El Ministerio de Justicia es el que paga a los intérpretes y el que coordina y dirige el esquema de acreditaciones.

Bélgica

En Bélgica es patente la preferencia por la figura del mediador intercultural.²⁰ Esta figura profesional se encuentra bien definida, especialmente en el sector sociosanitario. El Ministerio federal de Sanidad dispone de una unidad de servicios de mediación intercultural para los hospitales. Desde 1999, estos pueden solicitar la contratación de un mediador a través de dicho ministerio.

1.4. Situación actual en España

Al igual que en Francia o Italia, en la década de los ochenta y principalmente la de los noventa la intensificación de los desplazamientos migratorios hizo aparecer la necesidad de buscar nuevas estrategias comunicativas en hospitales y centros de salud.

A pesar de que en nuestro país todavía no existe un reconocimiento oficial de la figura del intérprete en los servicios públicos, han surgido numerosos grupos académicos que han desarrollado una actividad investigadora destacable, como es el caso del Grupo FITISPos,²¹ de la Universidad de Alcalá, el Grupo CRIT²² (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales), de la Universidad Jaime I de Castellón, o el grupo GRETI,²³ de la Universidad de Granada. Estos tres grupos forman parte de la Red Comunica, que cuenta además con otros seis grupos que representan diferentes zonas y comunidades autónomas: el Grupo Comunidad Catalana (Universidad de Vic), el Grupo de la Zona Norte (Universidad del País Vasco), el Grupo de Castilla y León y Extremadura (Universidad de Salamanca), el Grupo de las Islas Canarias (Universidad de La Laguna), el Grupo de Alicante (Universidad de Alicante) y el Grupo de Galicia (Universidad de Vigo).

Si bien todavía se recurre a los intérpretes ad hoc o, en su defecto, al español simplificado y al lenguaje gestual (que sabemos que no es universal), cada vez existe más conciencia de que esta no es una solución efectiva ni fiable para suplir la falta de entendimiento entre médico y paciente extranjero.

En general, los intérpretes/mediadores pueden llegar a trabajar en los servicios sanitarios por medio de universidades, comunidades autónomas, ayuntamientos, entidades privadas, ONG o la propia iniciativa de los hospitales y centros de salud. Cabe resaltar que, en la mayoría de las ocasiones, los proyectos que llevan a los mediadores/intérpretes a los servicios de salud nacen de iniciativas compartidas entre estas entidades.

a) Universidades

La Universidad de Alcalá de Henares ofrece a sus alumnos del Máster Oficial en Comunicación Intercultural: Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos²⁴ la posibilidad de realizar prácticas en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid o en el Hospital General de Guadalajara.

Los alumnos del Curso de Formación Superior en Mediación Intercultural e Interpretación en el Ámbito Sanitario de la Universidad Jaime I²⁵ también hacen prácticas en centros de salud y hospitales (como el Hospital General de Castellón).

Los estudiantes de traducción e interpretación de la Universidad de Alicante²⁶ realizan prácticas de interpretación en

la Clínica Medimar, el Hospital General Universitario de Alicante, el Hospital General de Elche, el Hospital de Villajoyosa y el Hospital General de la Vega Baja.

La Universidad de la Laguna imparte el título de Experto Universitario en Traducción e Interpretación para los Servicios Comunitarios: Mediadores Lingüísticos (EUTISC),²⁷ en el que los alumnos también hacen prácticas en hospitales.

Normalmente se trata de prácticas no remuneradas que suelen durar un par de meses. Al no existir institucionalmente la figura del intérprete en los servicios sanitarios, es difícil conseguir una contratación posterior para la prestación de estos servicios y la continuidad en las instituciones sanitarias públicas a no ser por medio de proyectos y financiación externos.

b) Comunidades autónomas y ayuntamientos

Algunas comunidades autónomas y ayuntamientos han dado cabida a los mediadores interculturales en las instituciones sanitarias. En la Comunidad Valenciana, por ejemplo, la Conselleria de Sanidad convoca anualmente cuatro becas para mediadores interculturales en hospitales de la región.²⁶

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia también dispone de mediadores de árabe, inglés y francés para hospitales.²⁹

En Palma de Mallorca, la Conselleria de Asuntos Sociales ha afirmado que a finales de 2011 la mitad de los municipios de las islas contarán con la figura de los mediadores interculturales, destacando su necesidad en los servicios médicos y educativos.³⁰

En el País Vasco se fundó la organización IMISATE (Inmigración y Salud Transcultural en Euskadi),³¹ que desde 2003 se dedica a la investigación sobre la integración de la población inmigrada en el sistema sociosanitario vasco.

Algunos ayuntamientos, como el de Parla (Madrid), disponen de servicios de mediación intercultural específicamente dirigidos al ámbito sanitario.³²

En Murcia, el Hospital Universitario Virgen de Arrixaca consiguió contar con un traductor gracias a un convenio entre el Servicio Murciano de Salud, el Ayuntamiento de Cartagena y Cáritas.

Las Islas Canarias, una de las comunidades que más inmigrantes (sociales y económicos) y turistas reciben, carece de servicios de mediación lingüística e intercultural en hospitales y centros de salud.³³ En mayo de 2009, el Servicio Canario de la Salud (SCS) comunicó que se iban a destinar 258 000 euros para contratar intérpretes para los hospitales. Esta medida recibió muchas críticas del sindicato médico en Santa Cruz de Tenerife, que declaró que era una medida desproporcionada y que podía «atentar contra la confidencialidad del paciente».

c) Entidades privadas

Algunas entidades privadas han puesto en marcha iniciativas para la inclusión de la figura del mediador en el ámbito sanitario. El perfil del mediador más común en estos proyectos suele ser el de una persona perteneciente a la comunidad inmigrante y con competencias comunicativas y sociocultu-

rales, aunque no necesariamente con formación en traducción e interpretación.

Una de las iniciativas más destacables es la Red de Mediadores Interculturales de la Obra Social La Caixa. En colaboración con el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, se puso en marcha un proyecto piloto de mediación intercultural especializado en el ámbito sanitario.³⁴ Gracias a los 2,4 millones de euros aportados por La Caixa, en 2008 se formó a ochenta mediadores interculturales en el ámbito sanitario, de los cuales cincuenta ya están trabajando. En 2009 se formará a otras veinte personas.

d) ONG

En la década de los noventa, algunas ONG comenzaron a desarrollar servicios específicos de traducción e interpretación destinados tanto a sus usuarios como a organismos públicos. Es el caso de cuatro de las mayores ONG que se encargan en Madrid de la acogida de inmigrantes y refugiados: la Asociación Comisión Católica Española de Migraciones (ACCEM), la Federación de Organizaciones de Refugiados y Asilados de España (FEDORA), la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) y el Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en España (COMRADE).³⁵ Esta última ONG fundó en 1989 el su propio Servicio de Traducción e Interpretación (conocido como SETI). El servicio cuenta con decenas de profesionales y cubre más de treinta idiomas. Los hospitales o centros de salud pueden solicitar el servicio de interpretación con siete días de antelación (excepto si se trata de un caso urgente). Aunque desarrolla la mayor parte de su actividad en la comunidad de Madrid, también acepta encargos de otras regiones.

Otras ONG con notable experiencia en mediación intercultural son la Red Acoge, Cepaim, la Fundación Red de Apoyo a la Inserción Sociolaboral (RAIS) o la ONG gallega Ecos do Sur. A veces, los mediadores interculturales acompañan a sus usuarios a los hospitales o centros de salud y ejercen de intérpretes en la consulta. También desempeñan labores de interpretación y mediación en programas de promoción de la salud dirigidos a inmigrantes.

El Grupo Triángulo, la Fundación CEIMIGRA o la ONG CIMME (Centro Internacional Médico para Personas Inmigradas y Extranjeras) son entidades especializadas en mediación intercultural que abarcan también el ámbito sanitario.

Algunas ONG, como Cruz Roja o Médicos del Mundo, disponen de servicios de interpretación y mediación sanitaria en distintos puntos de la geografía española.

Todas estas organizaciones atienden a inmigrantes económicos; sin embargo, también existen algunas dedicadas a los inmigrantes sociales procedentes de Europa. Es el caso de la ONG inglesa Help, fundada en Marina Alta (Alicante) a principios de los ochenta. Esta organización proporciona intérpretes a los pacientes extranjeros del Hospital de Denia y atiende a unas cincuenta personas al día.³⁶

e) Hospitales y centros de salud

El Hospital Vall d'Hebron, de Barcelona, lleva desarrollando una actividad muy destacable en el ámbito de la me-

diación intercultural desde 2002. Ese año se fundó el Servicio de Psiquiatría Transcultural. Para superar los problemas de comunicación en la consulta, la ONG SURT (Associació de Dones per a la Inserció Laboral) se puso en contacto con el hospital y proporcionó un grupo de mediadoras interculturales en prácticas. De esa experiencia nace el interés de La Caixa y el programa de la Conselleria de Salut. Actualmente, el Servicio de Psiquiatría Transcultural coordina el curso de formación de mediadores sociosanitarios de La Caixa.

La Unidad de Medicina Tropical del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de Madrid, introdujo desde 2006 profesionales de la interpretación/mediación en su equipo. Dicho hospital organizó en 2008 un curso de mediación intercultural en el ámbito sociosanitario dirigido fundamentalmente a hablantes de lenguas africanas. Las prácticas de este curso se realizaron tanto en la consulta médica como en programas de promoción de la salud dirigidos a inmigrantes. Los mediadores interculturales también llevan a cabo otras actividades, como la organización de charlas informativas sobre cómo trabajar con el intérprete/mediador o sobre aspectos socioculturales de los inmigrantes que más frecuentan la institución, con el objetivo de ayudar al personal sanitario a entender los códigos de referencia de sus pacientes.

El Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona cuenta desde 2008 con un servicio de mediación intercultural. En su página web se establecen las funciones del mediador, que incluyen la interpretación lingüística, las interpretaciones socioculturales para asegurar la contextualización y la comprensión de las principales características culturales y sociales, el asesoramiento de los usuarios en los trámites administrativos y la traducción de dípticos informativos.³⁷

En el centro de atención primaria Drassanes, en Barcelona, disponen de un equipo de «agentes de salud comunitarios». Se trata de profesionales, preferentemente miembros de las comunidades minoritarias, que van a actuar en tres ejes: sociocultural (que incluye funciones de traducción e interpretación), de la salud (en el que los agentes deben explicar conceptos médicos, como el diagnóstico o el tratamiento) y de la comunidad (para fortalecerla y reducir así la vulnerabilidad de sus miembros).

El Hospital del Mar cuenta con un servicio de mediación intercultural (con mediadores chinos, pakistaníes y magrebíes) gracias a la colaboración de la Asociación Salud y Familia.³⁸ El Hospital de Mataró (Barcelona) lleva trabajando hace años con mediadores africanos gracias a la colaboración con otra asociación (Vine amb Mi).³⁹ Esta fórmula ha sido empleada por otros Hospitales catalanes, como el Hospital Granollers y la Associació Cultural Amics de l'Àfrica del Vallès Oriental.⁴⁰

En 2008 se abrió en el antiguo hospital de la Cruz Roja de Algeciras un Servicio de Atención Sanitaria a Inmigrantes, en el que también se ofrece mediación intercultural.

Estos proyectos hacen especial hincapié en las competencias culturales y de resolución/prevención de conflictos. No obstante, todavía no suelen prestar demasiada atención a las aptitudes necesarias para realizar una interpretación lingüística en el ámbito médico.

En cuanto a atención de inmigrantes sociales, cabe destacar los hospitales de la Costa del Sol, la zona de Levante y las Islas Baleares.

En el Hospital Costa del Sol, cuatro de cada diez pacientes son extranjeros. El 90 % de los pacientes foráneos son residentes, aunque el número de turistas atendidos también resulta elevado: se estima que asciende a 7000 al año.⁴¹ La mayoría de los turistas proceden de la Unión Europea (UE), Noruega, Islandia y Liechtenstein.

En el hospital privado San Jaime, de Alicante, con una gran proporción de inmigrantes sociales (principalmente procedentes del Reino Unido, Francia, Alemania, los Países Bajos y Suecia), se ha creado un área específica para pacientes extranjeros en la que está presente la figura del intérprete.⁴²

En ambos casos, los servicios de interpretación suelen proporcionarlos asociaciones de voluntarios, compuestas fundamentalmente por personas pertenecientes a las comunidades de residentes extranjeros a las que atienden. Suelen ser jubilados con un nivel educativo alto y «bastante tiempo libre para dedicárselo a sus compatriotas».⁴³

En el Hospital Universitario Son Dureta, en Palma de Mallorca, el Servicio de Información y Atención al Paciente dispone de mediadores culturales/intérpretes in situ para inglés, francés, alemán, italiano, neerlandés e idiomas escandinavos.⁴⁴

Otro caso destacable es el del Hospital Marina Baixa, de Villajoyosa (Alicante), que dispone de un servicio de interpretación para ocho lenguas (inglés, francés, alemán, neerlandés y lenguas nórdicas). Cuenta con un intérprete contratado y un mediador intercultural becado por la Conselleria de Sanidad. En 2009 se registraron en este hospital 4800 labores de traducción/interpretación.⁴⁵

2. Interpretación telefónica

2.1. ¿En qué consiste?

En los hospitales españoles ha aparecido en los últimos años la interpretación telefónica como una nueva alternativa para superar de las barreras idiomáticas.

La interpretación telefónica es la forma más antigua de interpretación remota; surgió en los años cincuenta del siglo XX, aunque no fue hasta los ochenta y noventa cuando empezó a hacerse más popular, sobre todo en los servicios públicos (sanidad, justicia...).

En esta modalidad de interpretación, el intérprete, que se encuentra al otro lado de un aparato telefónico, que puede ser móvil o fijo, escucha el mensaje del paciente y lo interpreta en el idioma del personal sanitario (o de los trabajadores del hospital), y viceversa.

2.2. Ventajas e inconvenientes de la interpretación telefónica

Analicemos ahora las ventajas y desventajas de la interpretación telefónica con respecto a la interpretación presencial.

Ventajas

1. *Disponibilidad total*: las emergencias médicas no siempre suceden en horas de trabajo. Los intérpretes pueden

conectarse rápidamente con los interlocutores, evitando largas esperas en las salas de emergencia.

2. *Costes*: constituye un sistema más económico, ya que evita el desplazamiento de los intérpretes.
3. *Lenguas disponibles*: muchos servicios de interpretación telefónica proporcionan interpretaciones en docenas de lenguas solamente con pulsar un botón; así podemos encontrar fácilmente un intérprete para lenguas minoritarias.
4. *Flexibilidad de horarios y localización*: en la mayoría de los casos, los intérpretes pueden escoger sus horarios y no deben estar necesariamente en una oficina.
5. *Confidencialidad e imparcialidad*: aunque los intérpretes presenciales también están sujetos a estas dos condiciones, algunas personas se encuentran más cómodas gracias al anonimato que ofrece la interpretación telefónica, sobre todo si son miembros de la misma comunidad que el intérprete.

Inconvenientes

1. *Ausencia del intérprete*: el hecho de que el intérprete no se halle presente hace que se pierda el lenguaje no verbal del paciente; sin embargo, una gran parte de esta información no verbal se refleja en el tono de voz, en los patrones de respiración o en el volumen de la voz, rasgos que sí pueden ser identificados por el intérprete telefónico.
2. *Mala acústica, conexiones o equipos*: en los casos en los que el terminal es un teléfono móvil hay que asegurarse de que habrá cobertura en cualquier parte del centro sanitario. Por el contrario, cuando el terminal es un teléfono fijo, habrá que disponer en algunas ocasiones de extensos alargadores que permitan acercar el teléfono a un paciente que, por ejemplo, se encuentra en una cama a diez metros de la toma de teléfono más cercana.
3. *Falta de preparación*: en numerosas ocasiones los intérpretes presenciales disponen de unos minutos para preparar la consulta si ya les han avisado del tema que se tratará con el paciente. Además, en países como Estados Unidos o Australia los intérpretes presenciales acuden tras una solicitud previa y, por lo tanto, disponen de más tiempo para preparar la interpretación. Al ser la interpretación telefónica un servicio inmediato, los intérpretes no pueden prepararse.
4. *Desconfianza*: al no conocer ninguna de las partes al intérprete, no saben cómo trabaja ni tienen manera de saber si está cualificado, lo cual puede generar cierta desconfianza.
5. *Aumenta el estrés de los intérpretes*: esta técnica requiere una mayor habilidad profesional, por la pérdida de información de la que hablábamos anteriormente. Los estudios realizados hasta la fecha coinciden en que estas condiciones hacen que el trabajo del intérprete sea más estresante y agotador y que ello pueda traducirse en una disminución de la calidad.

2.3. Panorámica internacional

En la actualidad es evidente el avance en el uso de las nuevas tecnologías (aplicaciones informáticas, videointerpretación...), de manera que la interpretación telefónica también está adquiriendo un gran impulso en numerosos países. A través de iniciativas públicas o privadas, esta modalidad se ha convertido en un nuevo ámbito de trabajo para los profesionales de la interpretación. Echemos un vistazo a la situación de la interpretación telefónica en diferentes países:

2.3.1. Australia

El sistema sanitario australiano dispone de un servicio lingüístico de interpretación telefónica denominado TIS⁴⁶ (Translating and Interpreting Service). El TIS es un servicio de interpretación y traducción creado en 1973; actualmente está financiado por el Gobierno federal y gestionado por el Department of Immigration and Citizenship. Aunque en un principio surgió tan solo para proporcionar servicios a las ciudades de Sydney y Melbourne, hoy es el principal servicio gubernamental de interpretación, de cobertura nacional. Este servicio emplea hoy a mil trescientos intérpretes, que hablan más de ciento veinte lenguas y dialectos. Además, el TIS también puede proporcionar servicios presenciales, previa solicitud, en cualquier lugar del país.

La posesión de la acreditación nacional (NAATI, National Accreditation Authority for Translators and Interpreters) no es una condición indispensable para trabajar como intérprete en el TIS, aunque aquellos que disponen de ella tienen prioridad a la hora de realizar interpretaciones.

El servicio de interpretación es gratuito para los inmigrantes y refugiados que hayan obtenido la ciudadanía australiana o el permiso de residencia permanente, así como para las organizaciones sin ánimo de lucro, los departamentos de la Administración local que no dispongan de su propio servicio lingüístico, los sindicatos y los servicios de urgencias (Abril, 2006: 254). En los demás casos, el TIS proporciona interpretación en régimen de pago por servicio.

A escala estatal existen dos servicios importantes: por una parte, el Health Care Interpreter Service⁴⁷ (que surgió en 1977), en Nueva Gales del Sur. Incluye ciento veinte lenguas y trabajan en él cuarenta intérpretes fijos y trescientos colaboradores. Por otra parte, en Victoria se desarrolló a principios de los ochenta un servicio lingüístico para el ámbito médico, el Central Health Interpreter Service⁴⁸ (CHIS), que ofrece un servicio las veinticuatro horas, los siete días de la semana; en cuanto al coste, es gratuito para el ámbito sanitario público, mientras que el sector privado debe pagar tasas.

El resto de los estados se reparten entre dos opciones: estados que dependen del TIS y estados que delegan estos servicios en agencias privadas.

2.3.2. Estados Unidos

En el año 2000 entraron en vigor unas normas de carácter federal para servicios cultural y lingüísticamente apropiados en la atención sanitaria propuestas por la Oficina de Salud de las Minorías. Estas normas hacían referencia a la necesidad de disponer de una plantilla de personal bilingüe que pueda

comunicarse directamente con los pacientes del hospital que no dominan la lengua inglesa (denominados por sus siglas en inglés *LEP*, *Limited English Proficient Patients*). Si estos miembros no están disponibles, la segunda opción son los intérpretes presenciales preparados y, en tercer lugar, la interpretación telefónica.

En Estados Unidos, Language Line Services⁴⁹ es la empresa más fuerte en este campo. Actúa en diferentes ámbitos, y concretamente en el sanitario lleva a cabo un proceso de selección y ha diseñado su propio sistema de certificación: todos los intérpretes completan un programa de formación que consta de dos cursos (uno general y otro especializado). Ofrece interpretación telefónica las veinticuatro horas, los siete días de la semana, y abarca ciento setenta lenguas. Sus intérpretes están ubicados en dieciocho zonas horarias diferentes (Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá, Puerto Rico, Panamá, Costa Rica y la República Dominicana). La empresa ofrece asimismo servicio a otros países en el caso de que estos no puedan proporcionar un intérprete en un momento determinado (por ejemplo, el Reino Unido o Canadá).

2.3.3. Reino Unido

En el Reino Unido surgió en 1990 Language Line,⁵⁰ un proyecto con fines no lucrativos que daba respuesta a las necesidades de interpretación del Royal London Hospital. Dos años más tarde, este servicio se privatizó. Actualmente trabaja también para el sector privado y tiene una oferta de más de cien lenguas. En caso de no disponer en un momento determinado de un intérprete, Language Line tiene un acuerdo con el estadounidense Language Line Services y con el australiano TIS, de manera que las llamadas se ven remitidas a estos servicios. Los intérpretes de Language Line han de poseer el Diploma in Public Service Interpreting (DPSI),⁵¹ otorgado por el Institute of Linguistics, excepto para aquellos idiomas que no se ofertan en el instituto. Los intérpretes deben firmar un acuerdo de confidencialidad, y la empresa posee su propio código ético.

En Cambridge, la CINTRA⁵² (Cambridgeshire Interpreting and Translation Agency), creada en 1997, proporciona interpretación telefónica las veinticuatro horas al día para el sector público en noventa y cinco idiomas. Sus intérpretes también deben poseer el DPSI.

2.3.4. Canadá

En Canadá encontramos el Montreal Interregional Interpreters Bank,⁵³ creado en 1993 por la Agence de Développement des Réseaux Locaux de Services de Santé et de Services Sociaux de Montréal; actualmente, cuenta con unos cien traductores e intérpretes *freelance* que trabajan de manera presencial o telefónica. Por su parte, el Provincial Language Service (PLS)⁵⁴ depende de la Provincial Health Services Authority (PHSA) en la Columbia Británica. Proporciona servicios de interpretación a la población en cualquier parte de la provincia. Ofrece trescientas cincuenta lenguas, y sus intérpretes reciben formación y están regidos por un código ético. El servicio está dirigido a organizaciones tanto públicas como privadas y a instituciones.

2.3.5. Bélgica

La organización CIRÉ (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers)⁵⁵ inició su actividad en 2002, en Bruselas; ofrece varios servicios de traducción e interpretación, entre ellos la interpretación telefónica, aunque no un servicio de veinticuatro horas. La interpretación en las siete lenguas principales es gratuita, pero no en el resto de las cuarenta y ocho lenguas que oferta. No exige ninguna formación específica a sus intérpretes, solamente conocimientos de las lenguas de trabajo.

Para la región flamenca existe un servicio subvencionado con fondos públicos, Babel, que proporciona interpretación a todos los ámbitos de los servicios públicos. Según los estudios publicados, la mayoría de sus intérpretes son voluntarios.

2.3.6. Francia

En cuanto a interpretación telefónica, destaca la asociación Inter-Service Migrants (ISM) Interprétariat,⁵⁶ creada en 1970 como entidad de interés social y sin ánimo de lucro. Posee, desde 1991, un servicio de veinticuatro horas, los siete días de la semana. ISM presta sus servicios a instituciones públicas del país, incluidos los tribunales, y cubre noventa y cuatro idiomas y dialectos. Trabajan en ella doscientos cincuenta intérpretes.

2.3.7. Finlandia

Al igual que España, Finlandia no recibió un número importante de inmigrantes hasta la década de los noventa. Aproximadamente desde mediados de esa década existen ocho centros regionales de interpretación, que dependen del Ministerio de Trabajo finlandés. Estos centros proporcionan interpretación tanto presencial como remota en sesenta idiomas. El Estado asume el coste de dichos servicios cuando se trata de interpretar en trámites legales (demandas de asilo, procedimientos); sin embargo, en el sistema sanitario el servicio no siempre está disponible.

2.3.8. Sudáfrica

En 2002 comenzó a funcionar un proyecto piloto bajo el nombre de Telephone Interpreting Service of South Africa (TISSA).⁵⁷ Atiende tanto a inmigrantes como a los hablantes de cualquiera de las once lenguas oficiales de Sudáfrica en comisarías de policía, hospitales y clínicas. Así, el TISSA se ha convertido en el primer y único servicio de este tipo existente en el continente africano. Sin embargo, no ha superado la fase piloto, de ocho meses de duración.

1.4. Situación actual en España

En este apartado resaltaremos tres de las iniciativas más ambiciosas en el campo de la interpretación telefónica en hospitales y centros de salud españoles.

1.4.1. Sanitat Respon

El servicio de interpretación forma parte de la cartera de servicios de Sanitat Respon,⁵⁸ un servicio de consejo de salud e información sanitaria que desde el año 2001 se gestiona desde el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) de Cata-

luña. Funciona las veinticuatro horas del día durante todo el año y cubre ciento cuatro idiomas y dialectos. El servicio se ofrece a los profesionales relacionados con la salud, ya sean sanitarios, asistentes sociales o administrativos; el paciente no puede solicitarlo.

Sanitat Respon contrata este servicio, a través de una licitación pública, a una empresa externa de interpretación. Todos los intérpretes de dicha empresa tienen estudios universitarios. Además, se les imparte un curso sobre el sistema sanitario de Cataluña para que se familiaricen con él.

Analizando el período de 2004 a 2008, el chino es el idioma más demandado, seguido a gran distancia por el árabe, el dialecto marroquí, el rumano, el alemán, el polaco y el pakistaní.

En total, durante el año 2008 se atendieron 2123 servicios de interpretación.

2.4.2. Dualia⁵⁹

Esta empresa surgió en el año 2004 y desde entonces ofrece interpretación telefónica las veinticuatro horas del día en cincuenta y una lenguas y dialectos. Actualmente, Dualia ofrece sus servicios a empresas privadas e instituciones. En cuanto al ámbito sanitario, funciona en el Servicio Extremeño de Salud (SES), hospitales del Servei de Salut de les Illes Balears, hospitales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), el Hospital de Torre Vieja, hospitales del Servicio Andaluz de Salud, SOS Aragón, el Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), Osanet (Sanidad Vasca), hospitales de Sanidad de Castilla y León y las urgencias de los hospitales y el SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria) de la Comunidad de Madrid. Los intérpretes contratados son profesionales, y se selecciona preferentemente a nativos; además, los intérpretes reciben un protocolo de servicio antes de empezar a trabajar.

Dualia realiza mensualmente entre 550 y 650 interpretaciones, y, por orden de demanda, los idiomas más utilizados son el árabe, el inglés, el chino, el rumano, el francés, el alemán y el ruso; sin embargo, los cuatro primeros cubren el 75 % de las interpretaciones requeridas. Para los otros idiomas, como las lenguas africanas, menos habituales, el intérprete ha de solicitarse con al menos dos horas de antelación.

En los hospitales hay que dirigirse a los «chaquetas verdes», el personal encargado de poner en contacto a médico y paciente con los empleados de la empresa Dualia, que se ocupa de la gestión del sistema.

2.4.3. Interpret Solutions⁶⁰

Esta empresa proporciona interpretación telefónica, pero también intérpretes presenciales, en treinta y cuatro idiomas todos los días del año. Sus trabajadores son licenciados universitarios con formación homologada que, además, reciben un curso de formación en los ámbitos más comunes de la interpretación, como son el ámbito educativo, el financiero, el médico y el empresarial, así como en los protocolos y en las normas que se han de seguir en la interpretación telefónica. Firman asimismo un acuerdo de confidencialidad.

3. Software multilingüe interactivo

3.1. ¿En qué consiste?

Como hemos visto a lo largo del artículo, la ayuda de los profesionales de la traducción o mediación intercultural es fundamental para mitigar las dificultades comunicativas entre el personal sanitario y los pacientes procedentes de territorios con lenguas y aproximaciones a la salud muy diferentes. Esta intervención puede realizarse en muchas ocasiones a través del mediador/intérprete presente físicamente o a través de la traducción telefónica.

Cualquier complemento a estos recursos que colabore en mejorar la comunicación puede ayudar a superar las barreras en la comunicación.

Con este propósito nacen las aplicaciones informáticas multilingües multimedia, impulsadas en muchas ocasiones por el propio colectivo médico, muy interesado en solucionar estos problemas de la comunicación.

Dichas aplicaciones contienen un corpus de frases explicativas, preguntas y posibles respuestas que con anterioridad han sido traducidas a distintos idiomas.

El corpus viene acompañado normalmente de:

- La asociación a cada una de estas frases o preguntas de audios que tienen como propósito inicial romper la barrera de la incomunicación idiomática.
- La posibilidad de imprimir indicaciones, prescripciones o posología de la medicación.
- Diversos consejos escritos, que también pueden ser impresos en la lengua del paciente o en la lengua del sanitario.

La asociación de un corpus de frases traducidas con los audios nos podría llevar a definir estas aplicaciones como herramientas facilitadoras de traducciones automáticas preparadas y diseñadas con anterioridad a la situación desarrollada en la consulta.

Estas aplicaciones informáticas multilingües permitirán principalmente informar y preguntar a los pacientes las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año, a través de la realización de diversas tareas muy importantes, como:

- Preguntar por datos administrativos importantes.
- Realizar una anamnesis lo más completa posible según la aplicación multimedia (con las limitaciones que se comentarán en el apartado 3.2.).
- Informar en múltiples idiomas del funcionamiento del sistema sanitario local, regional, comunitario, nacional, etcétera.
- Informar de los procedimientos que se le van a realizar al paciente.
- Informar de la exploración física y las pruebas complementarias.
- Informar de un posible diagnóstico y del tratamiento necesario para el paciente.
- Imprimir el recetario en el idioma del paciente, si se desea.

- Imprimir diferentes consejos escritos en la lengua del paciente o en la lengua del sanitario.
- Moldear, según la aplicación, los diferentes consejos escritos en función de las necesidades del momento.
- Explicar y asignar las nuevas visitas.

3.1.1. Elementos necesarios para su funcionamiento

La mayoría de las aplicaciones deberían poder utilizarse en cualquier sistema operativo; no obstante, algunas aplicaciones multimedia pueden estar restringidas a un sistema operativo determinado. Por este motivo es muy importante que las aplicaciones puedan ser ejecutadas directamente desde un navegador de internet (tipo Explorer, Firefox, etc).

Varios elementos logísticos y educativos son imprescindibles para la correcta utilización de las aplicaciones multimedia:

- Un ordenador con un sistema operativo compatible con la aplicación informática. Si la aplicación permite su ejecución a través de internet, es necesaria, lógicamente, una conexión a la red.
- Una tarjeta de audio y un sistema de altavoces, que permitirá lanzar los audios en el momento que el profesional lo crea oportuno.
- Una pantalla que permita al paciente observar las posibles respuestas que puede elegir cuando se requiere una comunicación bidireccional.

El analfabetismo absoluto podría ser un impedimento muy grande para utilizar las aplicaciones en sus máximas condiciones, ya que dificultaría enormemente la bidireccionalidad en la comunicación.

3.1.2. Funcionamiento estándar de las aplicaciones multimedia:

Un elemento clave para la utilización de las aplicaciones multimedia es la definición del momento adecuado para su utilización.

En esta decisión deben intervenir varios elementos importantes:

- La evaluación del grado de comunicación existente en la visita médica.
- El conocimiento adecuado de la propia herramienta multimedia.
- La disponibilidad de mediadores interculturales y dispositivos de traducción telefónica.

Cuando el profesional crea adecuado utilizar la aplicación deberá elegir la lengua del paciente y, en todo caso, asegurarse que este entiende realmente mejor la lengua elegida que el propio idioma del sanitario. Tenemos que cerciorarnos de que ese paciente, por ejemplo, de Marruecos, entenderá la lengua utilizada: en este caso debería ser árabe dialectal de Marruecos (darija) o diferentes formas de amazig.

Una vez elegido el idioma, deberemos proceder a utilizar una serie de pantallas, llamadas normalmente «pantallas de

ayuda», en las que informaremos al paciente de la situación (ya siempre en el idioma del paciente), de la dificultad idiomática y de que se está utilizando la herramienta informática por este motivo.

Normalmente, en estas ayudas se explicará que la mayoría de preguntas requieren una respuesta de tipo «SI/NO» y que en las preguntas semiabiertas el paciente podrá elegir las respuestas en la pantalla. A la vez se informará que en muchas ocasiones el sanitario le irá explicando de forma enunciativa diferentes conceptos relacionados con su problema de salud actual.

2.2. Ventajas e inconvenientes

Ventajas

1. *Disponibilidad las veinticuatro horas del día de la aplicación*, y por consiguiente de la capacidad de informar y hacer una anamnesis básica al paciente en las lenguas que la aplicación tenga disponibles.
2. *Información por escrito*: capacidad de imprimir toda la documentación necesaria en uno o varios idiomas. En algunas aplicaciones, capacidad moldeadora del material imprimible para generar los consejos estrictamente necesarios según las necesidades del momento.
3. *Confidencialidad e imparcialidad*: dentro de sus limitaciones, en algunos temas que puedan crear incomodidad, la aplicación puede aportar cierto grado de intimidad que ayude al sanitario y al paciente. En todo caso es necesario que en las propias aplicaciones se explique al paciente y al sanitario que los intérpretes se rigen por unos códigos de conducta que impiden la difusión de información.
4. En las preguntas a las que se espera una simple contestación afirmativa o negativa, el grado de comunicación bidireccional puede confirmarse casi siempre a través de diversos mecanismos orales o escritos que confirmarán al sanitario la respuesta del paciente.
5. Es un sistema altamente económico por la exponencialidad del servicio en cualquier lugar en que exista un equipo multimedia y por el precio que tienen algunas aplicaciones.

Inconvenientes

1. *Comunicación bilateral limitada*: la incapacidad de poder captar las respuestas orales del paciente y traducirlas a la lengua del sanitario limita la comunicación bidireccional a la elección por parte del paciente de las posibles respuestas escritas a la pregunta abierta o semiabierta.
2. *Posibilidad de no encontrar o de no tener las frases o preguntas adecuadas para la situación clínica pertinente*. Esta desventaja es menor en las aplicaciones que permitan ir actualizando, tras un *feed-back* por parte de los sanitarios, diferentes situaciones que no se habían contemplado con anterioridad.
3. *Necesidad de un período de aprendizaje*, común a todas las aplicaciones informáticas, que resulta crítico

en una profesión como la sanitaria en la actualidad, en la que el tiempo por cada paciente es muy limitado.

4. *Posible carencia de equipos de altavoces o de tarjetas de sonido*. Aunque se trata de un equipamiento básico, no siempre todos los ordenadores de los centros hospitalarios o de atención primaria disponen de ellos.
5. *El grado de alfabetismo de los pacientes* influye en la posibilidad de utilizar estas aplicaciones de manera efectiva.

3.3. Programas desarrollados específicamente para el mercado sanitario español

El estamento médico es el origen de UniversalDoctor Project, que aparece como respuesta a las dificultades de un grupo de médicos con la comunicación multilingüe.

El proyecto nace con el objetivo principal de desarrollar herramientas multimedia y multilingüe, pero poco a poco detecta muchas necesidades que acompañan al objetivo principal e intenta crear nuevos subproyectos para cubrir estas necesidades.

La evolución del proyecto se puede ver en tres enlaces diferentes:

- a) El primero da acceso a la aplicación UniversalDoctor Speaker® en su versión Español-Chino <www.universaldocotor.com/gestor/universaldocotor.swf>.
- b) El segundo da acceso a una aplicación que intenta ayudar a un colectivo muy específico de refugiados sordos (debido normalmente a explosiones en situaciones de guerra) y donde Universal Doctor Project ha colaborado en un proyecto paneuropeo subvencionado por la Comisión Europea, llamado New Start Project: <www.universaldocotor.com/gestor/universaldocotor_signos.swf>.
- c) En <www.universaldocotor.com> se puede ver cómo participa UniversalDoctor Project en diversos materiales académicos, como el *Manual de atención al inmigrante* de la editorial Ergon (participación en dos capítulos)

UniversalDoctor Project está trabajando en estos momentos en múltiples proyectos que buscan ayudar en la comunicación entre personas con diferencias diversas, sean lingüísticas, culturales o de otra índole.

UniversalDoctor Speaker® es una herramienta de referencia entre los sanitarios españoles: se han repartido 30 000 copias de su versión en CD.

La aplicación UniversalDoctor Speaker® fue repartida en el 2007, con el aval de la Semfyc (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), por el laboratorio farmacéutico a más de 19 000 médicos.

Además, durante los meses de mayo y junio del 2009 se entregaron 11 000 ejemplares de la aplicación insertados en el *Manual de atención al inmigrante*, financiado por el Instituto Novartis, en el que el equipo de UniversalDoctor Project ha participado con la elaboración del capítulo 4, «Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud».

Se puede decir, pues, que la aplicación ha alcanzado toda la geografía española, pero además diversas instituciones sanitarias han querido reforzar sus sistemas de comunicación con esta herramienta en sus sistemas intranet.

Algunos de los sistemas de salud u hospitales más importantes que la emplean son los siguientes:

- El Instituto Catalán de la Salud, con 240 centros de salud y 8 hospitales en Cataluña: ha integrado la herramienta en su intranet corporativa.
- El área 10 de atención primaria de Madrid: engloba más de 20 centros de atención primaria.
- El Hospital Universitario Ramón y Cajal, de Madrid.
- El Hospital Punta de Europa, de Algeciras.
- El Hospital de Poniente, de Almería (en la sección de medicina tropical).
- El Hospital del Mar, de Barcelona.

En España, diversos grupos de médicos intentaron anteriormente crear aplicaciones multimedia y multilingües, siempre con el propósito de ayudar a superar las barreras en la comunicación. Con este propósito nacieron los proyectos Lingaleno y Multimetge. Iniciaron su andadura hace algunos años, pero por diferentes motivos tuvieron que parar o entener momentáneamente su trabajo. Aunque actualmente son proyectos sin aparente actividad, es importante resaltar que nacieron también desde el estamento médico, con una voluntad emprendedora, para solucionar dificultades en la comunicación, y ello manifiesta claramente la importancia que da el propio colectivo a disponer de herramientas que le faciliten la mejor arma de la medicina, la comunicación.

Lebab es la otra herramienta que, junto a UniversalDoctor Speaker[®], presenta actualmente actividad. Podemos encontrar esta aplicación en algunas provincias de la comunidad de Castilla y León, y posiblemente en algunas otras zonas de España.

En el ámbito internacional cabe mencionar a la compañía norteamericana Language Line Services, que desarrolló su propia aplicación multimedia y multilingüe. En Estados Unidos y Canadá, diversas herramientas desarrolladas por Polyglot Systems y Medbridge han sido implementadas en diferentes hospitales.

La comunicación humana a través de nuestros sentidos difícilmente podrá alguna vez ser reemplazable por un sistema informático. Este tipo de aplicaciones multimedia nunca podrán sustituir (ni deberían hacerlo) a la figura del traductor, al mediador o a la traducción telefónica, sino que son solo herramientas complementarias.

Es importante tener en cuenta también que las aplicaciones pueden educar —y deben, sin duda, hacerlo, en la medida de lo posible—, a través de nuevos materiales, sobre cómo ha de trabajar la población sanitaria con los profesionales de la traducción y la mediación para que el resultado final de todo el proceso comunicativo mejore.

Conclusión

A pesar de que su perfil profesional todavía es difuso y sus funciones aún no están claramente delimitadas, la figu-

ra del intérprete/mediador intercultural está cada vez más presente en los servicios sanitarios españoles. Para tener una imagen más nítida de la presencia de esta figura profesional en hospitales y centros de salud, el lector puede consultar un mapa que se publicará a finales de octubre en Internet, de la mano de UniversalDoctor Project, y que estará disponible en la siguiente dirección: <www.universaldocctor.com/mapamediadores>.

ONG, asociaciones de inmigrantes e instituciones sanitarias y políticas han puesto de relieve la necesidad de mediadores interculturales para hacer frente a las barreras lingüísticas en las consultas médicas. Sin embargo, es preocupante el hecho de que las aptitudes en materia de traducción e interpretación parezcan quedar relegadas a un segundo plano, quizás dándose por hecho que conocer dos idiomas es suficiente para poder traducir/interpretar.

Nunca debemos subestimar la importancia de la mediación intercultural en este campo profesional, ya que, a diferencia de lo que sucede en otros contextos, el intérprete se encuentra en una situación comunicativa notablemente asimétrica. Además, el intérprete/mediador puede tener que tratar con diferentes conceptos de salud y enfermedad o maneras de expresar los síntomas que varían de una a otra cultura. Al mismo tiempo, no debe caer en estereotipos ni generalizaciones, y ha de tener siempre presente la idiosincrasia del individuo como portador de su propia cultura, género, edad, condición social, nivel educativo y estado emocional.

Sin embargo, no debemos olvidar que para establecer un «triálogo» en la consulta médica y garantizar al menos la exactitud y fidelidad de la interpretación es preciso poseer unos conocimientos lingüísticos especializados y dominar unas técnicas específicas.

El hecho de que los mediadores interculturales realicen otras tareas (formación, orientación...) puede llevar a una confusión de papeles en el momento en el que estén interpretando en la consulta, por lo que consideramos que sería necesaria una aclaración de los roles.

Los servicios de interpretación telefónica también se han ido abriendo camino en las instituciones sanitarias. Los ofrecen, fundamentalmente, empresas privadas que proporcionan un amplio abanico de idiomas y cuyos servicios disponen de una inmediatez y un coste económico que los convierten en una opción altamente competitiva para cubrir las necesidades comunicativas en las consultas médicas. Estos servicios han tenido buena acogida en las instituciones y ya funcionan en numerosos hospitales españoles. Existen empresas dedicadas exclusivamente a la interpretación sanitaria remota, como es el caso de Dualia e Interpreter Solutions. Sin embargo, la pérdida del lenguaje no verbal y la posibilidad de fallos técnicos, así como la incertidumbre relativa a la profesionalidad de la persona que interpreta al otro lado de la línea, la convierten en una opción menos fiable y eficaz que la interpretación presencial.

El personal sanitario también ha comenzado a familiarizarse con aplicaciones multimedia y multilingües que le permiten comunicarse con sus pacientes no hispanohablan-

tes de una manera simple, rápida y altamente fiable cuando se trata de preguntas simples y cerradas. Son opciones de gran utilidad, por ejemplo, para imprimir prescripciones, dar citas o proporcionar explicaciones acerca del funcionamiento del sistema sanitario. El UniversalDoctor Speaker® es el *software* multilingüe más presente hoy en día en los hospitales españoles. Su corpus lingüístico se ha elaborado con la colaboración de profesionales sanitarios y traductores e intérpretes de distintas combinaciones lingüísticas. Se trata de una herramienta que pretende ser complementaria a la figura del mediador interprete (presencial o telefónico) y que cuenta con una opción denominada «llamar al mediador» que el paciente podrá tocar en la pantalla cuando considere que el programa no dispone de los medios suficientes para posibilitar su comunicación con el personal sanitario.

La imposibilidad o la dificultad, ya mencionadas anteriormente, de captar y traducir las explicaciones del paciente delimitan el papel de la aplicación a unos supuestos determinados. No obstante, la posibilidad de hacer preguntas cerradas y semiabiertas (si el paciente sabe leer) en multitud de idiomas en cualquier momento, sumada a la gran capacidad informativa que tienen estas aplicaciones informáticas, hacen de ellas un elemento importante en el día a día de las consultas médicas.

Usar estas diferentes alternativas de forma complementaria parece ser un modo de asegurar la máxima cobertura de las necesidades comunicativas en los servicios sanitarios. El intérprete que trabaje en hospitales o centros de salud debe saber aprovechar los avances tecnológicos, por ejemplo, empleando los programas multimedia para su propio perfeccionamiento o comenzando a indagar sobre la posibilidad de la videointerpretación, una opción que ha comenzado a surgir en otros países y que está contando con un alto grado de aceptación tanto por parte de los pacientes como del personal sanitario.

Notas

1. V. los artículos de Valero, Martín, Pöschhaccher y Kadrić o Flores et ál. referenciados en la bibliografía.
2. Giménez, 1997: 125-159.
3. V. los códigos éticos de NCICH, ITIA y CHIA referenciados en la bibliografía.
4. <www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_spanish.pdf>.
5. <www.naati.com.au/>.
6. <www.mhcs.health.nsw.gov.au/>.
7. <www.criticallink.org/>.
8. <<http://chiaonline.org/>>.
9. <www.mmia.org/>.
10. <www.rwjf.org/qualityquality/product.jsp?id=29653>.
11. <www.nrpsi.co.uk/about/index.htm>.
12. <www.tolkeportalen.no/tolkeportalen/templates/CommonPage7287.aspx>.
13. Abril, M. Disponible en: <<http://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf>>.
14. <www.ism-interpretariat.com/>.
15. Abril, o. cit.
16. CEIMIGRA, 2008: 56-76.
17. Abril, o. cit.
18. Bischoff y Loutan, 2004: 181-204.
19. Abril, o. cit.
20. Ibidem.
21. <www2.uah.es/traduccion/formacion/master_oficial_POP.html>.
22. <www.crit.uji.es/>.
23. <www.ugr.es/~greti/index.html>.
24. <www2.uah.es/traduccion/formacion/master_oficial_POP.html>.
25. <www.trad.uji.es/>.
26. <www.ua.es/>.
27. <<http://webpages.ull.es/users/experto/>>.
28. <www.san.gva.es/docs/20091495.pdf>.
29. <www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136740-14059.pdf>.
30. <www.diariodemallorca.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2008032700_2_342828_Mallorca-mitad-municipios-islas-tendran-mediador-cultural-2011>.
31. <<http://imisate.eu/Imisate/Inicio.html>>.
32. <www.ayuntamientoparla.es/>.
33. <www.laopinion.es/sociedad/2009/09/14/canarias-carece-mediacion-linguistica-inmigrantes/243456.html>.
34. <www.elperiodico.com/default.asp?idpublicacio_PK=46&idioma=CAS&idnoticia_PK=528430&idseccio_PK=1021>.
35. Abril, M., o. cit.
36. <www.redaccionmedica.com/revista_prensa/archivo/provincia%2021-4-5.pdf>.
37. <www.hj23.org/www/hj23/es/informacio-ciutada/serveis-socials/mediacio-cultural.html>.
38. <www.imasbcn.com/hospitals/hospital-del-mar/seveimediacion-cultural.html>.
39. <www.vilaweb.cat/www/elpunt/noticia?p_idcmp=-287186>.
40. <www.europapress.es/00376/20080311174528/dos-mediadores-culturales-facilitaran-acceso-sanidad-inmigrantes-hospital-granollers-barcelona.html>.
41. <www.diarosur.es/20090924/marbella/hospital-costa-atiende-turistas-20090924.html>.
42. <www.diariomedico.com/2007/11/27/area-profesional/gestion-alicante-el-hospital-san-jaime-tendra-un-area-especifica-para-extranjeros>.
43. Abril, o. cit.
44. <www.hsd.es/es/cursos_formacion_medica/1_Presentacion.pdf>.
45. <http://gn.prensaynoticias.com/index.php?option=com_content&view=article&id=3415:villajoyosa-el-servicio-de-interpretacion-del-hospital-marina-baixa-realiza-4800-traduccion-durante-este-ano&catid=396:sanidad&Itemid=629>.
46. <www.immi.gov.au/living-in-australia/help-with-english/help-with-translating/>.
47. <www.wsahs.nsw.gov.au/services/hcis/index.htm>.
48. <www.health.vic.gov.au/cald/hiop/>.
49. <www.languageline.com/>.
50. <www.languageline.co.uk/>.
51. Valero, 2003: 13
52. <www.colc.co.uk/cambridge/cintra/>.
53. <www.santemontreal.qc.ca/En/services/banque/interprete.html>.
54. <www.phsa.ca/AgenciesServices/Services/PLS/default.htm>.
55. <www.cire.irisnet.be/>.
56. <www.ism-interpretariat.com/>.

57. <www.dacst.gov.za/speeches/press/mar2002/tissa_launch.htm>
 58. <www10.gencat.net/catsalut/esp/servcat_24h.htm>
 59. <www.dualia.es/index.php?main=empresa>
 60. <www.interpretsolutions.com/>

Bibliografía

- Bischoff, A., y L. Loutan (2004): «Interpreting in Swiss hospitals», *Interpreting*, 6 (2): 181-204.
- Bischoff, A., y L. Loutan (2008): *Other words, other meanings. A guide to health care interpreting in international settings*. Ginebra: Hôpitaux Universitaires de Genève, pp. 12-40.
- CEIMIGRA (2008): *Una aproximación transnacional a la mediación intercultural: realidades en Francia, Italia y España*. Valencia: Fundación CEIMIGRA, pp. 56-76.
- Fundación de Ciencias de la Salud (2008): *Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población de inmigrantes y la población española*. Madrid: EMISA, pp. 5-28.
- García Beyaert, S., y J. Serrano Pons (2009): «Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud», en J. Morera, A. Alonso y H. Hueriga (eds.): *Manual de atención al inmigrante*. Madrid, Barcelona: ERGON, pp. 53-67.
- Giménez, C. (1997): «La naturaleza de la mediación intercultural», *Revista de Migraciones*, 2: 125-159.
- Martin, A. (2000): «La interpretación social en España», en D. Kelly (ed.): *La traducción y la interpretación en España hoy: perspectivas profesionales*. Granada: Comares, pp. 207-223.
- Pöschhacker, F., y M. Kadrić (1999): «The hospital cleaner as health care interpreter: a case study» en I. Mason: *The translator: dialogue interpreting*, vol. 5, 2, pp. 171-178.
- Valero, C. (2001): «Estudio para determinar el tipo y la calidad de la comunicación lingüística con población extranjera en los centros de salud». *OFRI, Suplementos*, 9 (diciembre): 107-132.
- Valero, C. (2003): «Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos», en C. Valero (ed.): *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 3-33.
- Valero, C. (2005): «Terminology and ad hoc interpreters in public services. An empirical study», *The Journal of Specialised Translation*, 3: 75-96.
- ponible en: <www.elperiodico.com/default.asp?idpublicacio_PK=46&idioma=CAS&idnoticia_PK=528430&idseccio_PK=1021> [consulta: 4.7.2009].
- Bernabé, M. (2002): «L'hospital de Mataró va recórrer a mediadors per atendre 1.331 immigrants durant el 2001», *Vilaweb.cat*. (7.7.2002): Disponible en: <www.vilaweb.cat/www/elpunt/noticia?p_idcmp=-287186> [consulta: 19.4.2009].
- Bischoff, A. (2006): «Caring for migrant and minority patients in European hospitals: a review of effective interventions». Disponible en: <www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf> [consulta: 2.6.2009].
- California Health Care Association (CHIA): *California standards for healthcare interpreters*. Disponible en: <http://chiaonline.org/images/Publications/CA_standards_healthcare_interpreters.pdf> [consulta: 8.6.2009].
- CIMME (Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjeros). <www.fundacioncimme.com/> [consulta: 11.6.2009].
- CINTRA (Cambridgeshire Interpreting and Translation Agency). <www.colc.co.uk/cambridge/cintra/> [consulta: 9.6.2009].
- Ciré (Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers). <www.cire.irisnet.be/> [consulta: 14.6.2009].
- Conselleria de Salut de la Comunitat Valenciana (2009): «Orden de 9 de febrero de 2009, de la Conselleria de Sanidad, por la que se convoca y se aprueba las bases reguladoras de 4 becas para la realización de prácticas profesionales en los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana», *Diari Oficial de la Comunitat Valenciana*, 5056 (17.2.2009). Disponible en: www.san.gva.es/docs/20091495.pdf. [consulta: 7.8.2009].
- Cruzado, M. J., y Á. Escalera (2009): «El hospital Costa del Sol atiende a 7000 turistas al año», *Diario Sur* (24.9.2009). Disponible en: <www.diariorur.es/20090924/marbella/hospital-costa-atiende-turistas-20090924.html> [consulta: 24.9.2009].
- Declaración de Ámsterdam. Disponible en: <www.mfheu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_spanish.pdf> [consulta: 10.9.2009].
- Diario Médico.com. (2007): «Alicante. El Hospital San Jaime tendrá un área específica para extranjeros», *Diario Médico.com* (27.11.2007). Disponible en: <www.diariodomedico.com/2007/11/27/area-profesional/gestion/alicante-el-hospital-san-jaime-tendra-un-area-especifica-para-extranjeros> [consulta: 10.6.2009].
- Dualia. <www.dualia.es/index.php?main=empresa> [consulta: 14.6.2009].
- Europa Press: (2008): «Dos mediadores culturales facilitarán el acceso a la sanidad a los inmigrantes en el Hospital de Granollers (Barcelona)» (11.3.2008). Disponible en: <www.europapress.es/00376/20080311174528/dos-mediadores-culturales-facilitaran-acceso-sanidad-inmigrantes-hospital-granollers-barcelona.html> [consulta: 2009, 12 de mayo].
- Ferriol, R. (2008): «La mitad de los municipios de las islas tendrán un mediador intercultural en 2011», *Diario de Mallorca* (27.3.1008). Disponible en: <www.diariodemallorca.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2008032700_2_342828_Mallorca-mitad-municipios-islas-tendran-mediador-cultural-2011> [consulta: 18.4.2009].
- Flores, G., et ál. (2003): «Errors of medical interpretation and their clinical consequences: a comparison of hospital interpreters, ad hoc interpreters, and having no interpreter», *NLM Gateway*. Disponible en: <<http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102275163.html>> [consulta: 9.5.2009].

- Grupo CRIT. <www.crit.uji.es/> [consulta: 8.5.2009].
- Grupo FITISPos. <www2.uah.es/traduccion/grupo_fitispos.html> [consulta: 15.5.2009].
- Grupo GRETI. <www.ugr.es/~greti/index.html> [consulta: 2.9.2009].
- Grupo Noticias (2009): «Villajoyosa: El servicio de interpretación del Hospital Marina Baixa realiza 4.800 traducciones durante este año», *Grupo Noticias* (11.9.2009). Disponible en: http://gn.prensaynoticias.com/index.php?option=com_content&view=article&id=3415:villajoyosa-el-servicio-de-interpretacion-del-hospital-marina-baixa-realiza-4800-traduccion-durante-este-ano&catid=396:sanidad&Itemid=629 [consulta: 9.5.2009]
- Hospital Universitario Son Dureta. <www.hsd.es/es/cursos_formacion_medica/1_Presentacion.pdf> [consulta: 22.5.2009].
- IMISATE (Inmigración y Salud Transcultural en Euskadi): Disponible en: <<http://imisate.eu/Imisate/Inicio.html>> [consulta: 2009, 4 de agosto]
- Institute of Linguistics (Reino Unido). <www.iol.org.uk/> [consulta: 9.5.2009].
- Instituto Nacional de Estadística (INE). <www.ine.es/prensa/hp551.pdf> [consulta: 12.9.2009].
- Inter Service Migrants Interpretariat. <www.ism-interpretariat.com/> [consulta: 29.5.2009].
- International Medical Interpreters' Association. <www.imiaweb.org/default.asp> [consulta: 20.5.2009].
- Interpret Solutions. <www.interpertsolutions.com/> [consulta: 14.5.2009].
- Irish Translators' & Interpreters' Association (ITIA) (2005): *Code of ethics for community interpreters*. Disponible en: <http://translatorsassociation.ie/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,21/Itemid,61/> [consulta: 23.5.2009].
- Kelly, N. (2007): «Telephone interpreting in health care settings: some commonly asked questions», *The ATA Chronicle* (junio del 2007). Disponible en: <www.cpehn.org/pdfs/ATA%20Telephone%20Interpreting.pdf> [consulta: 1.7.2007].
- Kelly, N. (2008): «A medical interpreter's guide to telephone interpreting», *International Medical Interpreters Association (IMIA)*. Disponible en: <www.imiaweb.org/uploads/pages/380.pdf> [consulta: 1.7.2009].
- Kelly, N. (2008a): «The voice on the other end of the phone», *Health Affairs*, 27 (6): 1701-1706. Disponible en: <<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/27/6/1701.pdf>> [consulta: 1.7.2009].
- Language Line Services. <www.language-line.com/> [consulta: 1.5.2009].
- Language Line. <www.language-line.co.uk/> [consulta: 9.5.2009].
- Laopinion.es (2009): «Canarias carece de mediación lingüística para inmigrantes», *Laopinion.es* (14.9.2009). Disponible en: <www.laopinion.es/sociedad/2009/09/14/canarias-carece-mediacion-linguistica-inmigrantes/243456.html> [consulta: 16.9.2009].
- Lasprovincias.es (2009): «Una ONG ofrece traductores en inglés para el Hospital de Dénia», *Lasprovincias.es* (21.4.2009). Disponible en: <www.redaccionmedica.com/revista_prensa/archivo/provincia%2021-4-5.pdf> [consulta: 7.6.2009].
- Martin, A., e I. Abril: «Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community». Disponible en: <www.ugr.es/~greti/puentes/puentes4/08%20Anne%20Martin.pdf> [consulta: 6.6.2009].
- Massachusetts Medical Interpreters Association (MMIA): www.mmia.org/. [consulta: 2.6.2009].
- National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (Australia). <www.naati.com.au/> [consulta: 1.6.2009].
- National Council for the Development of Community Interpreting (Canadá): *Critical Link*. Disponible en: <www.criticallink.org/> [consulta: 9.6.2009].
- National Council on Interpreting in Health Care (EE. UU) (2005): *National code of ethics for interpreters in health care*. Disponible en: <<http://data.memberclicks.com/site/ncihc/NCIHC%20National%20Standards%20of%20Practice.pdf>> [consulta: 2.6.2009].
- National Register of Public Service Interpreting (Reino Unido). <www.nrpsi.co.uk/about/index.htm> [consulta: 7.6.2009].
- NSW Health Interpreter Service (Australia). <www.mhcs.health.nsw.gov.au/> [consulta: 4.7.2009].
- Office of Minority Health, U. S. Department of Health and Human Services. <www.omhrc.gov/espanol/> [consulta: 1.6.2009].
- Parlamento suizo. <www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20083642> [consulta: 2009, 24 de abril].
- Pérez, L. (2009): «El SCS gastará 258.000 euros en traductores para pacientes», *Laopinion.es* (17.5.2009). Disponible en: <www.laopinion.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2009051700_9_219751_Sociedad-gastara-258000-euros-traductores-para-pacientes> [consulta: 6.6.2009].
- Pinazo, J. (2009): «La mediación intercultural, cada vez más esencial en los centros de salud», *Diaridetarragona.com* (3.5.2009). Disponible en: <www.diaridetarragona.com/reus/029925/mediacion-intercultural/vez/esencial/centros/salud> [consulta: 24.6.2009].
- Portal sanitario de la región de Murcia. <www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136740-14059.pdf> [consulta: 10.9.2009].
- Provincial Language Service (Canadá). <www.phsa.ca/AgenciesServices/Services/PLS/default.htm> [consulta: 14.6.2009].
- RWJF's Speaking Together. <www.rwjf.org/qualityequity/product.jsp?id=29653> [consulta: 12.5.2009].
- Service Public Fédéral de Médiation Interculturelle dans les Hôpitaux (Bélgica). <https://portal.health.fgov.be/portal/page?pageid=56,704702&_dad=portal&_schema=PORTAL> [consulta: 10.6.2009].
- Servicio de Mediación Intercultural del Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona. <www.hj23.org/www/hj23/es/informacio-ciutadana/serveis-socials/mediacio-cultural.html> [consulta: 19.4.2009].
- Servicio de Mediación Intercultural del Hospital del Mar de Barcelona. <www.imasbcn.com/hospitals/hospital-del-mar/seveimedia-ciocultural.html> [consulta: 16.7.2009].
- Sisepuede.es: «Mediadores sanitarios: el puente que acerca a médicos y pacientes», *Sisepuede.es*. Disponible en: <<http://www.sisepuede.es/index.php/noticias-catalunya/mediadores-sanitarios-el-puente-que-acerca-a-medicos-y-pacientes.html>> [consulta: 10.6.2009].
- SWAHS, Health Care Interpreter Service (Australia). <www.wsahs.nsw.gov.au/services/hcis/index.htm> [consulta: 1.6.2009].
- The Directorate of Integration and Diversity (IMDi): Tolkeportalen. Disponible en: <www.tolkeportalen.no/tolkeportalen/templates/CommonPage___7287.aspx> [consulta: 2009, 23 de julio]
- Universidad de Alcalá. Máster Oficial en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos. www2.uca.es/

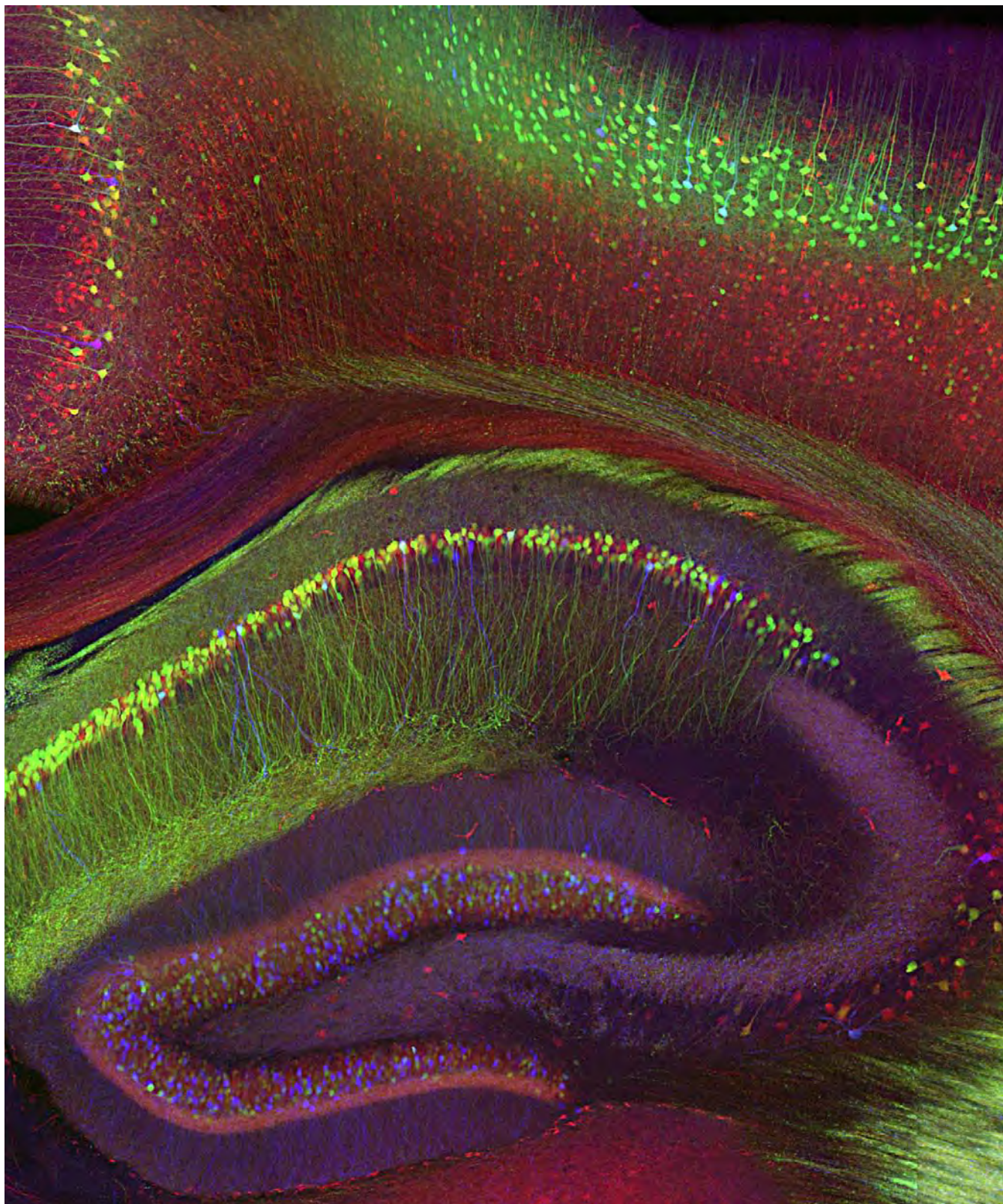
uah.es/traducccion/formacion/master_oficial_POP.html. [consulta: 20.9.2009].

Universidad de Alicante. www.ua.es [consulta: 5.7.2009].

Universidad de la Laguna: «EUTISC: Experto Universitario en Traducción e Interpretación para los Servicios Comunitarios: Mediadores

Lingüísticos». <http://webpages.ull.es/users/experto/> [consulta: 20.6.2009].

Universidad Jaime I de Castellón, Departamento de Traducción y Comunicación. www.trad.uji.es/ [consulta: 8.6.2009].



El perfil del traductor médico: diseño de un estudio de corte socioprofesional*

Ana Muñoz Miquel**

Resumen: La traducción médica es una actividad imprescindible para el desarrollo de la comunicación y el conocimiento médicos. Este tipo de traducción ofrece numerosas posibilidades de trabajo y, por sus características, requiere profesionales específicamente formados para ella. Sin embargo, se trata de un ámbito que apenas ha contado con el respaldo de la educación universitaria y de la investigación. Ante esta situación y ante la falta de estudios que aborden los aspectos profesionales de dicha especialidad, este artículo presenta el diseño y los primeros resultados de un estudio socioprofesional, de corte cualitativo y cuantitativo, con el que pretendemos obtener datos empíricos acerca del traductor médico y la actividad profesional de la traducción médica.

Palabras clave: traducción médica, perfil del traductor médico, investigación socioprofesional, estudio empírico.

A medical translator's profile: design of a socio-professional study

Abstract: Medical translation is an essential activity for the development of medical communication and knowledge. This type of translation offers numerous job opportunities and, due to its characteristics, requires specifically trained professionals. Nevertheless, both university education and research have paid little attention to this field. In view of this situation and the lack of studies on the professional aspects of this speciality, this paper presents the design and first results of a socio-professional study that combines qualitative and quantitative methods with the aim of obtaining empirical data about the medical translator and the professional practice of medical translation.

Key words: medical translation, medical translator profile, socio-professional research, empirical study.

Panace@ 2009; 10 (30): 157-167

1. Introducción

La traducción médica es una actividad imprescindible para el desarrollo de la comunicación y el conocimiento médicos. Estudios de mercado como el realizado por la Agrupación de Centros Especializados en Traducción (Orf, 2005) demuestran que la traducción médica representa una amplia porción de mercado (en la fecha del estudio este tipo de traducción representaba ya un 14,6 % de la demanda empresarial en España). Asimismo, ya en 1997 Navarro y Hernández señalaban en un artículo que la traducción médica es una salida profesional con futuro, que ofrece numerosas posibilidades de trabajo; se trata de un tipo de traducción complejo, para el que es necesario formación especializada y dedicación exclusiva, y constituye una salida natural de los traductores, que necesitan una adecuada formación y preparación.

Pese a ello, y quizá por su amplitud y su grado de dificultad, a la traducción médica se le ha dedicado poco espacio en la programación de las asignaturas de especialización que configuran el todavía vigente plan de estudios de la licenciatura en Traducción e Interpretación. Lo mismo sucede con los cursos de posgrado, pues los que tratan este ámbito lo hacen de manera sucinta y, a lo sumo, le dedican un módulo, una asignatura completa o, más frecuentemente, un bloque temático dentro de una asignatura. Así lo constata Mayor

(2002, 2006), que pone de manifiesto la falta de programas de formación en traducción médica y la poca adecuación de la escasa oferta existente.¹

El volumen de investigaciones sobre traducción médica tampoco es todo lo amplio que cabría esperar (Congost, 1998: 47) si lo comparamos con otras especialidades, como la traducción jurídica y jurada, sobre las que se ha investigado sustancialmente (Mayoral, 2003: 457). Y todo ello a pesar de que la traducción médica es el tipo de traducción científica más antigua y universal (Fischbach, 1998: 1). Esta situación, unida a la escasa oferta formativa, parece evidenciar que la traducción médica permanece todavía inexplorada en el seno de la traductología y que el paralelismo entre la necesidad de estudio de un tipo de traducción y su demanda en el mercado profesional (Gallardo, 2003: 159) no se da en este ámbito.

Por otra parte, en el nuevo contexto educativo que plantea el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), tanto la formación de grado (de carácter más generalista) como la de posgrado (orientada a la especialización) se conciben como una respuesta directa a las necesidades del mercado laboral, y se aboga por diseñar los planes de formación «en función de unos perfiles profesionales con perspectiva nacional y europea» (Ministerio de Educación, 2003).

* Este artículo muestra los resultados del trabajo de investigación llevado a cabo por la autora en la 1.ª edición del Máster Oficial en Traducción Médico-Sanitaria, 2007-2008, de la Universidad Jaime I (<www.tradmed.uji.es/>).

** Grupo GENTT, Departamento de Traducción y Comunicación, Universidad Jaime I, Castellón de la Plana (España). Dirección para correspondencia: munoza@guest.uji.es.

Todos estos factores, unidos a la experiencia de la autora como estudiante del Máster en Traducción Médico-Sanitaria de la Universidad Jaime I,² donde confluyen diversos perfiles de estudiantes y de profesores (traductores, médicos, biólogos, investigadores, filólogos, etc), nos han hecho plantearnos las siguientes cuestiones: ¿quiénes traducen textos médicos?; ¿cómo llegan a dedicarse profesionalmente a este tipo de traducción?; ¿quién los forma o cómo se forman?; ¿en qué ámbitos desarrollan su actividad profesional?; ¿quiénes son sus clientes?; ¿cuáles son las exigencias por parte de los empleadores para aceptar a un traductor médico?; ¿qué tareas desempeñan en el ámbito profesional?; ¿qué temas y géneros textuales traducen?; ¿qué herramientas y recursos utilizan? Por otra parte, a la hora de diseñar la formación del traductor médico en un contexto educativo universitario, ¿se tiene en cuenta toda esta información?; ¿en función de qué se decide lo que debe aprender el estudiante?; ¿se escucha a los agentes implicados en el ámbito de traducción médica para planificar la formación de estos profesionales?

Partiendo de tales premisas y ante la falta de investigaciones que aborden los aspectos profesionales de dicha especialidad, el presente estudio pretende contribuir a llenar este vacío, tomando como punto de partida al profesional que se dedica a satisfacer las necesidades de comunicación médica. Para ello, en el artículo presentamos el diseño y los primeros resultados de un estudio socioprofesional de corte cualitativo y cuantitativo con el que pretendemos obtener datos objetivos y empíricos acerca del traductor médico y la actividad profesional de la traducción médica, haciendo especial hincapié en cómo se ha formado el profesional y cómo ha accedido al mercado de este tipo de traducción.

En los apartados que siguen, y tras enumerar las características básicas de la traducción médica, realizaremos una revisión bibliográfica de algunos de los estudios en los que se aborda, directa o indirectamente, el perfil del traductor médico. A continuación nos centraremos en el ámbito de la sociología de las profesiones (disciplina que explica el surgimiento, el afianzamiento y la consideración social privilegiada de estas) para conocer las vías de acceso a un grupo profesional y el papel que desempeñan la formación y el conocimiento en el marco de las profesiones. Posteriormente presentaremos el diseño de la investigación socioprofesional que estamos llevando a cabo y los resultados recabados hasta la fecha. Finalmente expondremos las conclusiones del estudio y las líneas de trabajo futuro.

1. Fundamentación teórica

1.1. La traducción médica

1.1.1. Características de la traducción médica

La traducción médica es una rama de traducción que da cuenta de las necesidades comunicativas emanadas del campo de la medicina. Se trata de una especialidad muy amplia dentro de la traducción científico-técnica que está dotada de rasgos singulares que la distinguen de otras parcelas. Así lo corroboran autores como Lee-Jahnke (1998: 81), que alude a la traducción médica como un campo de estudio definido y acotado tanto por razones históricas como porque representa una

importante y amplia porción del mercado, o Alarcón (1998: 1033), quien señala que «[...] la traducción médica presenta una complejidad propia de los fundamentos científicos de la Medicina». Fischbach (1998: 1-2), por su parte, afirma que:

[...] medical translation may well be the most universal and oldest form of scientific translation because of the ubiquitousness of human anatomy and physiology, [...] the long, venerable and well-documented history of medicine, and the hitherto uniform character of the language of medicine [...].

La traducción médica, en tanto que traducción especializada, comparte muchos rasgos con otros tipos de traducción, pero son precisamente su amplitud y su complejidad las que hacen de ella una especialidad tan particular. Montalt y González (2007: 19-23) abordan los rasgos definitorios de la traducción médica, entre los que figuran:

1. la amplitud de su ámbito, pues existen numerosas especialidades médicas que ofrecen un gran abanico de textos susceptibles de ser traducidos;
2. la especificidad de las nociones médicas, que hacen necesarios ciertos conocimientos temáticos sobre medicina para evitar los problemas de comprensión;
3. la terminología y el lenguaje médicos, cuyas características básicas son la veracidad, la precisión y la claridad;³
4. las situaciones y sectores comunicativos concretos, que son muy variados e implican tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes y al público en general; y, por último,
5. la amplia variedad de géneros médicos susceptibles de ser traducidos, como el prospecto de medicamento, el consentimiento informado, la historia clínica o la información para pacientes, entre otros.

Por sus características, parece evidente, por tanto, que la traducción médica es un campo complejo para el que es necesario formarse específicamente.

1.1.2. Investigaciones existentes sobre el perfil del traductor médico

Los estudios sobre traducción médica no están demasiado desarrollados, y existe una falta de sistematización en la investigación. Así lo constatan Gutiérrez y Diego (2006, 115-121), que, tras realizar una revisión de todas las investigaciones sobre traducción médica llevadas a cabo en España hasta el año 2005, concluyen que la creciente demanda de traducción médica no se refleja en el ámbito de la investigación, donde predominan trabajos que abordan cuestiones terminológicas pero quedan pendientes otros aspectos, entre ellos el mundo profesional y la caracterización del perfil del traductor médico, que son los aspectos que ocupan este estudio.

Aunque actualmente el panorama está cambiando, hasta la fecha existen pocas publicaciones dedicadas por entero a la

traducción médica (cabe destacar, en este sentido, la obra de Van Hoof [1999] o de Montalt y González [2007]), y mucho menos al objeto de estudio del que este artículo se ocupa: el perfil del traductor médico. Se trata, en su mayor parte, de volúmenes colectivos que recopilan aportaciones diversas⁴ —por lo que, pese a su interés, no constituyen una línea argumental común ni adoptan un orden sistemático— o de artículos aislados que tratan aspectos muy específicos de la traducción médica.

Sí que encontramos, no obstante, numerosas aportaciones en las que se habla sobre qué profesional es más idóneo para traducir textos del área biosanitaria y se debate sobre cuál se ajusta mejor al ejercicio de esta actividad, si el formado en medicina o ciencias afines con conocimientos lingüísticos o el formado en traducción o filología con conocimientos médicos o científicos. Tales aportaciones, pese a que no se centran en describir el perfil de traductor médico propiamente dicho, nos ayudan a comprender cómo se percibe a este desde diversos puntos de vista. Veamos algunas de ellas.

Navascués y Hernando (1998: 147-158) nos ofrecen una visión del *médico traductor*⁵ desde el punto de vista profesional y hablan explícitamente de las características esenciales que debe tener «para que su trabajo tenga una calidad suficiente» (1998: 148): conocimiento del idioma origen; conocimiento del idioma nativo del traductor; conocimiento del tema objeto de la traducción, y formación médica adecuada y actualizada. Su aportación resulta asimismo interesante porque tratan, de forma muy sucinta, el tipo de acceso al campo profesional y lo comparan con el de la traducción jurada: «Así como el traductor jurado da fe del trabajo que realiza, no hay ningún organismo de carácter oficial o privado que acredite la calidad de la traducción médica ni que “defienda” un buen trabajo frente a terceros» (1998: 157). Los autores también se pronuncian respecto a la oposición entre profesional de la medicina con conocimientos lingüísticos y traductor con conocimientos de medicina y, en este sentido, abogan por que ambas cualidades estén presentes en los dos casos.

Montalt y González (2007: 35) dan un paso más allá respecto a esta dicotomía y afirman que lo que importa no es si el traductor médico se ha licenciado en medicina o en traducción e interpretación, sino si tiene las habilidades de traducción necesarias para ser un mediador eficiente.

Balliu (1998: 86-87) propone la fusión de los perfiles señalados, ya que a su juicio son necesarios tanto los conocimientos filológicos como los médicos. Ilustra sus afirmaciones con los ejemplos de Rabelais y Littré, ambos médicos dedicados a la vertiente filológica y traductológica.

Mata (1998: 200-201) señala que ambos perfiles, si no adquieren los conocimientos que les faltan, fracasarán en el ejercicio de la traducción médica:

[...] un profesional del ámbito sanitario con conocimiento profundo de las lenguas de salida y de llegada podría estar mejor que un traductor no especialista [...]. Sin embargo, dudamos seriamente de su capacidad [la del médico] para trascender el plano estrictamente textual y, por consiguiente, tomar y justificar

muchas de las decisiones que exige la práctica de la traducción.

Lee-Jahnke (2005: 81-84), desde la perspectiva docente, también traza dos perfiles profesionales con probabilidades de convertirse en traductores médicos: los que han recibido una formación en medicina, que entienden la temática pero carecen de conocimientos y técnicas de traducción, y los traductores interesados en la medicina, que han de adquirir los conocimientos médicos y estar en contacto con los especialistas del ámbito. No obstante, se decanta por los formados en traducción, que a su juicio «will, by large, produce a better translation» (2005: 81).

Félix y Alarcón (1998: 171) se muestran más rotundos al respecto y afirman que «Lo ideal sería que el traductor fuera especialista en la materia, médicos para los textos relacionados con la ciencia de la salud, licenciados en derecho para los textos jurídicos, etc.».

La aportación de Navarro (en Márquez, 2000) a este respecto resulta sumamente interesante. El autor señala que en el campo profesional de la traducción médica hay médicos, traductores y profesionales que no han estudiado ninguna de las dos cosas y afirma: «el traductor profesional especializado en textos médicos —ya provenga de la medicina, de la traducción o de otras disciplinas del saber— es a quien yo llamo “traductor médico”». Asimismo, habla de las vías de especialización que se le ofrecen al aspirante a traductor médico: la formación autodidacta en el propio mercado laboral o los cursos monográficos de especialización en traducción médica, ante lo cual critica la escasa oferta de formación existente en España.

Un estudio empírico de corte sociológico es el que realiza O'Neill (1998: 69-80). La autora lleva a cabo una encuesta a traductores médicos con la que pretende obtener información sobre aspectos profesionales: formación que han recibido, puesto de trabajo que ocupan, nivel de contacto con otros profesionales, etc. De las 38 personas que respondieron a la encuesta, solo cinco eran profesionales médicos con conocimientos lingüísticos. El resto eran lingüistas, traductores o filólogos interesados por la medicina. Este estudio nos ofrece una visión de lo que sucede en el contexto más social y profesional del ámbito de la traducción médica en los Estados Unidos.

Respecto a aportaciones que tratan las posibles vías de acceso al ámbito de la traducción especializada, cabe destacar el trabajo de Elena (2003), en el que se aborda el texto biosanitario desde el punto de vista de la tipología textual y de la didáctica de la traducción. En él, la autora pone de manifiesto las distintas vías de acceso al mercado de la traducción especializada en función de la formación recibida: estudiar ambas titulaciones (traducción y los estudios de especialidad); estudiar la licenciatura en traducción y completar la formación a través de asignaturas y cursos especializados, o formarse en la especialidad y ampliar la formación en traducción mediante cursos específicos. Esto nos puede dar una idea de lo que podría estar sucediendo en el ámbito concreto de la traducción médica.

En el presente apartado hemos podido constatar que existen numerosas aportaciones sobre el perfil social y formativo del traductor médico. No obstante, pese a su interés, son, en general, planteamientos basados en la observación y en la propia experiencia que no se complementan con estudios de campo que puedan ofrecer datos más rigurosos y sistemáticos sobre el perfil del traductor médico y la actividad profesional de la traducción médica. Por otra parte, hemos podido comprobar que, al parecer, predominan dos perfiles formativos: el del lingüista y el del formado en medicina (conclusión a la que llega la mayoría de autores, de nuevo, por la experiencia propia), aunque también se habla, pero en menor medida, de profesionales procedentes de otras titulaciones y de los que se especializan de manera autodidacta en el mercado profesional.

Veamos ahora el otro pilar teórico sobre el que se apoya este estudio: la sociología de las profesiones.

1.2. La sociología de las profesiones

La sociología de las profesiones constituye una línea de estudios propia que ha captado la atención de numerosos ámbitos, como la sociología, la economía o la medicina, pero con un objetivo común: el estudio de la organización social de las profesiones, la significación subjetiva de estas y su forma de estructuración en los mercados de trabajo.

En el ámbito de la sociología de las profesiones se han establecido tres ejes fundamentales que lo vertebran: el *acceso* (que es la manera de iniciarse en un campo profesional concreto), el *ejercicio* (que alude a cómo se desenvuelve el profesional dentro del campo) y la *continuidad* (que hace referencia a las vías que una comunidad tiene para sancionar las prácticas que considera correctas e imponer disciplinas que corrijan lo heterogéneo). De estos tres ejes es el primero y, en menor medida, el segundo, lo que constituye el centro de atención de este estudio, pues para caracterizar el perfil del traductor médico resulta necesario saber y sistematizar, en primer lugar, cómo ha accedido al campo profesional y qué formación de base ha recibido.

Así pues, en la presente sección nos centramos en ahondar en qué vías de acceso a un grupo profesional se tratan dentro del campo de la sociología y cuál es el papel que desempeñan la formación y el conocimiento en el marco de las profesiones. Para ello partimos de trabajos previos que trazan un panorama general de los estudios sociológicos sobre las profesiones (Monzó, 2002, 2006), en los que se abordan, de forma contrastiva, los distintos enfoques sociológicos existentes: el *enfoque estático*, el *enfoque dinámico* y el *enfoque sistémico*.⁶ Asimismo, tomamos como referencia diversas obras de Freidson (1988, 2001), sociólogo de las profesiones por excelencia, cuyo foco de atención es la inestabilidad y el dinamismo de la sociedad como corriente impulsora de los cambios profesionales y cuyos hallazgos se centran, básicamente, en el análisis de la medicina y su consolidación a lo largo de la historia como profesión clásica, un hecho que se suma a la coincidencia afortunada de que la medicina esté tan estrechamente vinculada al grupo de traductores en el que se centra este trabajo.

A continuación, mostramos las conclusiones que hemos extraído de la revisión de dichas obras en relación con los objetivos del estudio:

1. Los factores que podrían considerarse determinantes para el establecimiento de una profesión y que influyen, en mayor o menor grado, en el acceso al campo profesional son: los propios profesionales, el Estado, la universidad, el mercado, los clientes (como perceptores y consolidadores de la necesidad de disponer de ciertas profesiones) y las otras profesiones.
2. La mayoría de enfoques sociológicos existentes hablan del acceso titulado o acreditado al campo profesional (en algunos casos mediante la intervención del Estado y en otros mediante la autorregulación de los propios integrantes del grupo profesional).
3. La formación y el conocimiento específico adquieren suma importancia para lograr y acreditar el estatus profesional y adquirir «privilegios» en la esfera social.
4. La autonomía de una profesión se materializa en la impermeabilidad respecto de la influencia de otros y en la permeabilidad de otros grupos a su propia influencia.

Estas conclusiones nos sirven de base para fundamentar el estudio socioprofesional que proponemos en las páginas siguientes. Así, partiendo de las características de la traducción médica, nos centraremos en darle voz al profesional, el traductor médico, para que sea este quien nos dé una primera aproximación a su relación con los demás agentes citados (la universidad, el mercado, los clientes). Asimismo, haremos especial hincapié en cómo ha accedido a la actividad que desempeña y cómo se desenvuelve en el ámbito de la traducción médica.

3. Metodología

La traductología se ha servido de métodos de investigación propios de otros campos para iniciar su andadura en la investigación empírico-experimental. De algunos de ellos se sirve esta propuesta, en la que hemos combinado dos métodos de investigación ampliamente utilizados en sociología para el desarrollo del estudio socioprofesional que hemos puesto en marcha: el método cualitativo (mediante la realización de entrevistas) y el método cuantitativo (mediante la realización de encuestas). A continuación, mostramos el diseño del estudio así como los resultados obtenidos hasta la fecha.

3.1. Diseño del estudio

3.1.1. Objetivo

El estudio socioprofesional⁷ que planteamos tiene dos objetivos fundamentales:

1. obtener datos objetivos y empíricos acerca del perfil del traductor médico y la actividad profesional de la traducción médica que, ante la falta de estudios de esta índole, puedan servir para conocer y comprender al traductor médico en su desarrollo profesional; y

2. utilizar dichos datos en el ámbito universitario como sustento teórico y académico para los responsables educativos de la traducción médica, de manera que estos puedan tomar decisiones respecto a la formación del traductor médico más informadas y complementadas por lo que sucede en la realidad profesional.

3.1.2. Fases

La investigación consta de tres fases diferentes, que se detallan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Fases del estudio

<p>Fase 1: Estudio preliminar de tipo cualitativo</p> <ol style="list-style-type: none">1. Realización de las entrevistas.2. Análisis de los datos obtenidos.3. Modificación, si cabe, del diseño preliminar de la encuesta en función de los datos cualitativos obtenidos. <p>Fase 2: Estudio piloto</p> <ol style="list-style-type: none">1. Envío de una encuesta piloto a una muestra restringida.2. Análisis de las respuestas de la encuesta piloto e introducción de mejoras, si cabe, en la encuesta final. <p>Fase 3: Estudio de tipo cuantitativo</p> <ol style="list-style-type: none">1. Selección de la muestra de traductores médicos.2. Envío de las encuestas.3. Análisis de los resultados.
--

La fase cualitativa, de carácter preliminar, ya ha sido realizada. Nos ha permitido disponer de información variada, aunque no representativa, sobre los traductores médicos en el desarrollo de su actividad, y en especial sobre la formación previa recibida y las vías de acceso al campo de la traducción médica. Asimismo, nos ha permitido perfilar el diseño de la encuesta con la que realizaremos el estudio cuantitativo. En el apartado 3.2. mostramos los resultados obtenidos durante esta primera fase.

Actualmente nos encontramos en la fase 2, correspondiente al estudio piloto. Mediante este estudio pretendemos poner a prueba la encuesta diseñada, comprobar la validez de las preguntas y, si es necesario, hacer modificaciones en su diseño. Una vez finalizada esta fase, está previsto llevar a cabo el estudio de campo mediante el envío de las encuestas a la muestra de traductores médicos seleccionada. Los resultados obtenidos nos permitirán extraer datos representativos con los que podremos efectuar generalizaciones acerca del perfil del traductor médico y su situación profesional.

3.1.3. Población

La población objeto de estudio son los profesionales que realizan traducciones médicas en el ámbito hispano, independientemente de que se dediquen en exclusiva a esta actividad (es

decir, que únicamente hagan traducciones médicas) o no (esto es, que las combinen con otro tipo de traducción o de tareas).

Respecto al estudio preliminar de tipo cualitativo, para la realización de entrevistas seleccionamos a los informantes teniendo en cuenta, además de los anteriores, dos criterios más: que representaran los perfiles formativos más comunes constatados en la bibliografía consultada y que fueran accesibles, es decir, que se les pudiera hacer la entrevista personalmente. En función de estos criterios pudimos entrevistar a tres informantes: un traductor de formación cuyo ámbito de especialización principal era la traducción médica y dos médicos de formación dedicados a la traducción médica aunque con una trayectoria profesional muy distinta (uno había llegado a ejercer la medicina y el otro no). En el análisis de las respuestas (véase el apartado 3.2.) nos referiremos a estos como informante A, informante B e informante C.

Debido a problemas de disponibilidad de otros profesionales con los que contactamos, no fue posible ampliar el número de entrevistas en el plazo previsto para el estudio. No obstante, dado el carácter preliminar de esta primera fase, pudimos cumplir los objetivos marcados: 1) disponer de información variada, aunque no representativa, sobre los traductores médicos, y 2) perfilar y mejorar el diseño de la encuesta en función de las respuestas obtenidas.

En lo referente al estudio cuantitativo, las fuentes de las que nos serviremos para delimitar la población y extraer de forma aleatoria una muestra representativa de traductores médicos serán principalmente dos: el directorio de profesionales de MedTrad, grupo de medicina y traducción,⁸ y el directorio de profesionales de Asetrad (Asociación Española de Traductores, Correctores e Intérpretes).⁹

Fase 1: estudio preliminar de tipo cualitativo

Dado que la primera fase ya ha sido realizada, a continuación analizamos los datos obtenidos. Las cuestiones que se abordaron durante las entrevistas fueron las siguientes:

1. Formación previa recibida.
2. Modo de adquisición de conocimientos médicos, lingüísticos o traductológicos adicionales, según el caso.
3. Vías de acceso al campo profesional.
4. Trayectoria en el ámbito de la traducción médica.
5. Perfil de otros compañeros dedicados a la traducción médica.
6. Requisitos para el ejercicio de la traducción médica.
7. Principales problemas a los que se enfrenta en el desarrollo de su trabajo y recursos, tanto materiales como humanos, utilizados para resolverlos.
8. Opinión respecto a la dicotomía traductor médico/médico traductor.
9. Grado de relación con otros profesionales de la traducción médica.
10. Opinión sobre el estado actual de la formación en traducción médica.
11. Definición personal de traductor médico.
12. Otros datos de interés.

Para que el análisis resulte más claro, expondremos los aspectos convergentes y divergentes de los datos extraídos siguiendo, grosso modo, este orden temático.

La *formación previa* de los traductores médicos es variada, lo cual queda patente no solo en el perfil formativo de los informantes, sino también en el de los compañeros que han ejercido la traducción médica en el mismo contexto que los traductores entrevistados. Así, los informantes han hablado de médicos (especialistas o no), traductores, biólogos, filólogos o químicos, entre otros titulados.

Respecto al *modo de adquisición de conocimientos adicionales*, los informantes coinciden en suplir las carencias (ya sean temáticas o lingüísticas) a través de la formación autodidacta, no reglada.

Las *vías de acceso* al campo profesional tienen un factor en común: su naturaleza casual o fortuita. En ninguno de los casos analizados los informantes sabían de antemano que querían dedicarse a la traducción médica. Difieren, no obstante, en muchos otros puntos: el informante A tiene claro que el campo profesional al que quiere dedicar la mayor parte de su tiempo es la traducción, pero ni el informante B ni el C se imaginaban, a priori, acabar dedicándose a la traducción, habiendo estudiado la carrera de medicina. La motivación inicial por la traducción también es bien distinta. Los informantes B y C coinciden en que la razón principal por la que comenzaron a realizar traducciones médicas, sin conocer prácticamente el ámbito de la traducción, fue tener la posibilidad de ganar un sobresueldo, de modo que el factor mercantil se configuraría como prioridad. El informante A, por su parte, vio en la traducción médica una vía de especialización idónea para su desarrollo profesional y sus intereses personales, con lo que el factor cultural tendría más peso en este caso. Así, en un principio, para los informantes B y C la traducción era más una afición que una profesión, mientras que para el informante A se trataba de una parte integrante más de su profesión de traductor.

La *trayectoria profesional* de los informantes ha sido totalmente diferente en cada caso, lo cual corrobora, como hemos visto en apartados anteriores, lo que la sociología de las profesiones considera respecto a la naturaleza inestable de la sociedad, que hace cambiar constantemente la posición que ocupan las personas dentro de ella. En ningún caso se observa un ascenso dentro de una escala profesional delimitada. Sí se hace evidente, sin embargo, que el grado de implicación en el ámbito de la traducción médica a través de medios de difusión (asistencia a congresos específicos, publicación de obras sobre el tema, colaboración en foros y revistas de traducción médica, etc.) otorga cierto reconocimiento dentro del campo profesional (como les sucede a los informantes B y C) frente a lo que sería una posición más neutra o «menos visible» (como es la del informante A).

Los *requisitos de acceso* impuestos en cada uno de los casos han sido muy livianos, aunque, por las opiniones vertidas, parece que una vez dentro del campo profesional de la traducción es más fácil dedicarse a una especialidad de traducción en concreto, en este caso, la médica. Se observa que lo máximo que se les ha exigido a los informantes para

poder ejercer la traducción médica ha sido la superación de una prueba de traducción o un examen y la experiencia probada en el campo. Sin embargo, estos requisitos no pueden considerarse homogéneos, pues varían en función del empleador o del tipo de empresa que ofrezca el trabajo. Aun así, podemos apuntar que parece que el acceso está más «controlado» cuando quien necesita los servicios de un traductor médico es un organismo internacional o una gran empresa (caso de los informantes B y C) que cuando se trata de agencias de traducción que se encargan de mediar entre el traductor y el cliente final (caso del informante A). Es destacable, por otra parte, que en las tres situaciones la primera toma de contacto con el campo profesional fuera a través de terceras personas, contactos (en dos de los casos, amigos, y en el tercero, profesores) que les facilitaron la entrada al ámbito de la traducción médica.

En lo que respecta a la *oposición traductor médico/médico traductor*, los tres informantes coinciden en considerar esta «polémica» poco útil y admiten que ambos perfiles pueden realizar traducciones médicas de calidad. Existen, no obstante, divergencias respecto a la opinión sobre a qué profesional le resultará «más fácil» realizar traducciones médicas. En este sentido, los informantes B y C coinciden en señalar que tener formación en medicina es lo idóneo para desempeñar este trabajo, a diferencia del informante A, que no muestra reservas al considerar ambos perfiles perfectamente válidos.

Respecto al *grado de colaboración con otros traductores* y a los *problemas* que se les presentan en el desarrollo de su trabajo, es destacable que los tres informantes coincidan en valorar muy positivamente la colaboración con compañeros y con expertos en la materia para solucionar problemas. El informante A, no obstante, destaca que le sería muy útil disponer de una base de nociones médicas que le ayudara a hacer su trabajo de forma más rápida y sistemática. De la opinión de los informantes también puede deducirse que el grado de implicación en la traducción médica (por ejemplo, dedicación exclusiva o parcial) y el modo de trabajo (en plantilla o de forma autónoma) son proporcionales al grado de «asociacionismo» o colaboración con otros traductores médicos, pues, en los casos analizados, cuanto más implicados estaban en el campo, más contactos habían establecido con otros traductores médicos.

A la hora de opinar sobre el *estado actual de la formación en traducción médica*, los aspectos convergentes en este sentido son claros: los informantes coinciden en que la oferta formativa es escasa. Por tanto, reiteran de nuevo la necesidad habida hasta ahora de especializarse de manera autodidacta o a través de la experiencia adquirida con los años de ejercicio profesional.

En cuanto a la *definición de traductor médico*, de la opinión de los tres informantes se desprende que la exclusividad es uno de los factores clave que distinguen a un traductor médico de otro que no lo es. Es decir, que —según coinciden en afirmar los entrevistados— para que un traductor pueda ser llamado *traductor médico* ha de dedicarse prácticamente en exclusiva a este tipo de traducción. En los matices que aporta cada uno es donde encontramos mayor diversidad de opinión

nes: el informante A insiste en la dedicación exclusiva; el informante B incide en la importancia de la formación específica, y el informante C destaca, además de los conocimientos lingüísticos, traductológicos y del campo médico, la experiencia demostrable en el ámbito de la traducción médica.

Una vez analizados los datos obtenidos en la primera fase, mostramos el diseño del estudio cuantitativo que llevaremos a cabo en la tercera fase y cuyo instrumento de recogida de datos, la encuesta, pondremos a prueba mediante el estudio piloto que constituye la segunda fase del estudio.

3.3. Fases 2 y 3: estudio cuantitativo

En función de los datos cualitativos obtenidos en las entrevistas realizadas a traductores médicos, así como de la información teórica que fundamenta este estudio, hemos elaborado una encuesta socioprofesional con la que pretendemos obtener datos representativos acerca de los interrogantes planteados al inicio del trabajo: quiénes son los traductores médicos, qué tipo de trabajo desempeñan, cómo se han formado, qué especialidades médicas traducen con más frecuencia, cuáles son sus clientes y qué competencias consideran necesarias para el ejercicio de la traducción médica, entre muchos otros. La finalidad es disponer de información empírica y objetiva sobre el traductor médico en su desarrollo profesional con la que elaborar, en un trabajo futuro, una caracterización lo más completa posible del perfil profesional del traductor médico.

La encuesta ha sido diseñada con el sistema de gestión de encuestas en línea LimeSurvey, que permite elaborar y gestionar encuestas de una forma sencilla a la vez que facilita la recogida de datos. Como puede verse en el anexo 1, la encuesta se estructura de la siguiente manera:

- 1.ª parte. Ejercicio profesional (I): clientes, ámbitos y géneros textuales más traducidos, dificultades presentadas a la hora de traducir, recursos de consulta utilizados, etcétera.
- 2.ª parte. Ejercicio profesional (II): tareas desempeñadas, competencias necesarias, importancia de los conocimientos temáticos o traductológicos, etcétera.
- 3.ª parte. Formación previa y situación laboral: formación recibida, adquisición de conocimientos adicionales, vías de acceso al campo profesional, lenguas de trabajo, requisitos exigidos, etcétera.

En la encuesta predominan las preguntas cerradas (20 de un total de 26), en las que se proporciona una serie de opciones a elegir (en la figura 1 podemos ver un ejemplo). El resto de las preguntas son abiertas y de carácter opcional; se han incluido para poder enriquecer los resultados con todo tipo de comentarios.

Actualmente hemos iniciado la fase piloto, y tenemos previsto comenzar el estudio de campo a principios de 2010.

4. Conclusiones y líneas de trabajo futuro

En este artículo hemos presentado el diseño y los primeros resultados de un estudio socioprofesional con el que pretendemos recopilar datos sobre la traducción médica en general y

* ¿Para qué tipo de clientes traduce temas médicos?

Marque las entradas que correspondan

- Particulares
- Médicos
- Hospitales / Servicios sanitarios
- Organismos oficiales
- Empresas
- Revistas
- Editoriales
- Agencias de traducción
- Laboratorios farmacéuticos
- Otro:

Figura 1. Pregunta 2 de la encuesta, que constituye un ejemplo de pregunta cerrada

el traductor médico en particular. A la vista de los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas en la fase preliminar del estudio, y habiéndolos contrastado con la aportación del contexto académico, podemos apuntar varias cuestiones:

1. El perfil formativo del traductor médico es heterogéneo, aunque puede que haya un perfil (o varios) que predominen sobre los demás, aspecto que pretendemos comprobar durante la fase cuantitativa del estudio.
2. Las vías de acceso al campo profesional de la traducción médica son diversas y no responden a un patrón sistematizado. Aun así, los resultados del estudio cualitativo parecen apuntar a que tienen más puntos en común cuanto más similar es la formación de base de los traductores médicos.
3. Los requisitos de acceso no son homogéneos ni están determinados de manera uniforme. La entrada al campo profesional de la traducción médica no está regulada por ningún organismo, ni externo (como podría ser el Estado) ni interno al grupo profesional (como podría ser una asociación o cualquier otro organismo con la competencia correspondiente). Tampoco se exige ninguna titulación universitaria específica. Con todo, el grado de conocimiento, la formación sólida y la experiencia en el ámbito (factores medidos en ocasiones a través pruebas o exámenes de traducción impuestos por los contratantes del servicio) son, por lo general, muy valorados en este contexto.
4. La necesidad de ofertar un mayor y más adecuado número de programas de formación específicos para el traductor médico es una reclamación común a las dos perspectivas analizadas: la académica (muchas de las afirmaciones vertidas así lo corroboran) y la socio-profesional (la opinión de los informantes es unánime a este respecto).

Todas estas conclusiones son de carácter preliminar, y esperamos poder confirmarlas, refutarlas o ampliarlas una vez llevemos a cabo la tercera fase del estudio y analicemos los resultados. Esta fase nos permitirá obtener datos rigurosos

sobre la figura del traductor médico en su desarrollo profesional. Dichos datos podrán complementar las aportaciones existentes hasta ahora a este respecto, que, como hemos visto, son principalmente de carácter intuitivo o están basadas en la experiencia personal.

Como trabajo futuro nos planteamos realizar una caracterización completa del traductor médico de clara aplicación práctica en el ámbito académico y profesional. Consideramos que dicha caracterización podría servir de sustento teórico a los responsables educativos de la traducción médica, por cuanto estos podrían tomar decisiones respecto a la formación del traductor médico más informadas y basadas en datos más objetivos. Asimismo, al existir una mayor conexión entre realidad y aula, la planificación docente podría estar más vinculada a las características y necesidades del mercado laboral, tal y como requiere actualmente el EEES. Por otra parte, un estudio que tratara la figura del traductor médico como agente interdisciplinar podría contribuir a que quedara claramente definida, hecho que podría aumentar el interés y el conocimiento de un sector tan importante como es la traducción médica.

En próximos números tenemos previsto publicar los resultados del estudio que hemos planteado.

Notas

- No obstante, iniciativas como la de la Universidad Jaime I, pionera junto con su coordinador, el profesor Vicent Montalt, en la implantación y coordinación del primer y único Máster Oficial en Traducción Médico-Sanitaria (<www.tradmed.uji.es/>) constatan que actualmente este panorama está cambiando.
- Existente en ediciones anteriores como curso de posgrado propio de la Universidad Jaime I (<www.tradmed.uji.es/>).
- Navarro (2008).
- Véanse, entre otros, Fischbach (1998) o Félix y Ortega (1998).
- Nótese que los autores aluden al término «médico traductor». Esta distinción resulta reveladora del perfil formativo al que se refieren.
- En la bibliografía podemos encontrar diversas categorizaciones, más o menos exhaustivas, a este respecto (Hualde, 2000; Macdonald, 1995; etc.), pero todas giran en torno a los ejes esbozados por Monzó (2006).
- El estudio será llevado a cabo en el grupo GENTT (<www.gentt.uji.es/>), dentro de los proyectos «Análisis de las demandas documentales y traductorías de comunidades socio-profesionales para el diseño de un sistema de gestión de géneros» de la Fundación Bancaria-UJI, código P11B2008-18, y «Formalización de patrones de comportamiento textual para la gestión de la documentación multilingüe», del Ministerio de Ciencia e Innovación, código FFI2009-08531.
- <www.rediris.es/list/info/medtrad.html>.
- <www.asetrad.org/>.

Bibliografía

- Alarcón Navío, E. (1998): «Variedad y especificidad de la traducción médica», en L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coords.): *II Estudios sobre Traducción e Interpretación* Málaga: Universidad de Málaga, pp. 1025-1034.
- Balliu, C. (1998): «Enseñanza de la traducción médica a futuros traductores: enfoque teórico y práctico», en L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coords.): *II Estudios sobre Traducción e Interpretación* Málaga: Universidad de Málaga, pp. 79-87.
- Congost Mestre, N. (1998): «Errors and deficiencies in the translation of medical texts from English into Spanish», en L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coords.): *II Estudios sobre Traducción e Interpretación* Málaga: Universidad de Málaga, pp. 47-58.
- Elena García, P. (2003): «El texto biosanitario: tipología textual y didáctica de la traducción», en M. A. García Peinado y E. Ortega Arjonilla (dirs.): *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*. Granada: Atrio, pp.143-152.
- Félix Fernández, L., y E. Alarcón Navío (1998): «La terminología especializada y el léxico común en el marco de la traducción de textos médicos de divulgación», en L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coords.): *II Estudios sobre Traducción e Interpretación* Málaga: Universidad de Málaga, pp. 169-186.
- Félix Fernández, L., y E. Ortega Arjonilla (eds.) (1998): *Traducción e interpretación en el ámbito biosanitario*, Granada, Comares.
- Fischbach, H. (ed.) (1998): *Translation and Medicine*. Ámsterdam: John Benjamins.
- Freidson, E. (1988): *Profession of Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (2001): *Professionalism: the third logic*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gallardo San Salvador, N. (2003): «Investigación en traducción científica», en M. A. García Peinado y E. Ortega Arjonilla (dirs.) (2003): *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*, Granada: Atrio, pp: 153-166.
- García Peinado, M. A., y E. Ortega Arjonilla (dirs.) (2003): *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*. Granada: Atrio.
- Gutiérrez Rodilla, B. M., y C. Diego Amado (2006): «Algunos datos respecto a la investigación sobre traducción médica en España», *Panace@*, 7 (23): 115-121. <http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n23_tribuna_GutierrezRDiego.pdf> [consulta: 2.8.2009.]
- Hualde, A. (2000): «La sociología de las profesiones: asignatura pendiente en América Latina», en E. de la Garza Toledo (coord.): *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lee-Jahnke, H. (1998): «Training in Medical Translation with Emphasis on German», en H. Fischbach (ed.): *Translation and Medicine*. Ámsterdam: John Benjamins, pp. 81-91.
- Lee-Jahnke, H. (2005): «Teaching medical translation: an easy job?», *Panace@*, 6 (20): 81-84. <http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n20_editorial.pdf> [consulta: 2.8.2009.]
- Macdonald, K. M. (1995): *The Sociology of Professions* Londres, Nueva Delhi: Thousand Oaks, Sage.
- Márquez, C. (2000): «Entrevista a Fernando Navarro», *Pico de oro*, <<http://www.picodeoro.com/spanish/story/story4.html>> [consulta: 2.8.2009.]
- Mata Pastor, C. (1998): «La traducción de textos médicos atípicos», en L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coords.): *II Estudios sobre Traducción e Interpretación* Málaga: Universidad de Málaga, pp. 187-204.
- Mayoral Asensio, R. (2003): «Investigación en traducción jurada», en M. A. García Peinado y E. Ortega Arjonilla (dirs.): *Panorama ac-*

- tual de la investigación en traducción e interpretación. Granada: Atrio, pp: 457-467.
- Mayor Serrano, M. B. (2002): «La ¿formación de traductores médicos? Sugerencias didácticas», *Panace@*, 3 (9-10): 83-89. <http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/Pana9_tribuna_mayor.pdf> [consulta: 2.8.2009.]
- Mayor Serrano, M. B. (2006): «Hacia la especialización en los estudios de Traducción», *Panace@*, 7 (23): 81-87. <http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n23_tribuna_MayorSerrano2.pdf> [consulta: 2.8.2009.]
- Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (2003): *Documento-Marco sobre la Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. <http://www.unizar.es/eees/doc/Doc_Ministerio_12feb03.pdf>. [consulta: 2.8.2009.]
- Montalt, V., y M. González Davies (2007): *Medical translation step by step: learning by drafting*. Manchester: St. Jerome.
- Monzó, E. (2002): *La professió del traductor jurídic i jurat: descripció sociològica i anàlisi discursiva del transgènere* [tesis doctoral]. Castellón de la Plana: Departamento de Traducción y Comunicación, Universidad Jaime I.
- Monzó, E. (2006): «¿Somos profesionales? Bases para una sociología de las profesiones aplicada a la traducción», en A. Parada y O. Díaz Fouces (eds.): *Sociology of translation*. Vigo: Universidad de Vigo, pp. 155-176.
- Navarro, F. A. (2008): «Recetas médicas para nuestro lenguaje enfermo (1.ª parte)», *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10 (37): 141-159.
- Navarro, F. A., y F. Hernández (1997): «Anatomía de la traducción médica», en Félix Fernández, L. y E. Ortega Arjonilla (coords.): *Lecciones de teoría y práctica de la traducción*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Navascués, I., y Á. Hernando (1998): «El médico traductor de textos médicos», en L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coords.): *II Estudios sobre Traducción e Interpretación* Málaga: Universidad de Málaga, pp. 147-158.
- O'Neill, M. (1998): «Who makes a better medical translator: the medically knowledgeable linguist or the linguistically knowledgeable medical professional? A physician's perspective», en H. Fischbach, H. (ed.): *Translation and Medicine*. Ámsterdam: John Benjamins. pp. 69-80.
- Orf, D. (2005): *Estudio de situación del mercado español de servicios profesionales de traducción*. Madrid: Agrupación de Centros Especializados en Traducción.
- Van Hoof, H. (1999): *Manual práctico de traducción médica: diccionario básico de términos médicos (inglés-francés-español)*. Granada: Comares.
- 2) ¿Para qué tipo de clientes traduce temas médicos?**
- Particulares
 - Médicos
 - Hospitales / servicios sanitarios
 - Organismos oficiales
 - Empresas
 - Revistas
 - Editoriales
 - Agencias de traducción
 - Laboratorios farmacéuticos
 - Otros (por favor, especifique)
- 3) ¿Qué ámbitos médicos traduce con más frecuencia?**
Indique el porcentaje de volumen de trabajo en cada caso. (El porcentaje total ha de sumar 100 %.)
- Anestesia/Reanimación/Cuidados Intensivos
 - Cardiología
 - Cirugía
 - Dermatología
 - Enfermedades infecciosas
 - Farmacología
 - Gastroenterología
 - Hematología
 - Inmunología
 - Instrumentación
 - Medicina general
 - Obstetricia/Ginecología
 - Odontología
 - Oftalmología
 - Oncología
 - Pediatría
 - Psiquiatría
 - Radiología/Medicina nuclear
 - Reumatología
 - Salud pública
 - Traumatología
 - Otros
- 4) Otros ámbitos médicos que traduce con frecuencia**
[opcional]
- 5) ¿Qué géneros textuales traduce con más frecuencia?**
Indique el porcentaje de volumen de trabajo en cada caso. (El porcentaje total ha de sumar 100 %.)
- Información para pacientes
 - Consentimiento informado
 - Resumen de características
 - Guía clínica
 - Ensayo clínico
 - Procedimiento normalizado
 - Manual de instrumentación
 - Libro o capítulo de libro
 - Informe de caso
 - Prospecto de medicamento

Anexo 1. Diseño de la encuesta

1.º parte: ejercicio profesional (I)

1) ¿Traduce únicamente textos médicos?

- Sí
- No

- k) Protocolo de prueba química
l) Artículo de investigación
m) Otros
- 6) **Otros géneros médicos que traduce con frecuencia** [opcional]
- 7) **¿Qué aspectos le presentan más dificultades a la hora de abordar una traducción médica?**
Indique el volumen de dificultad en cada caso. (El porcentaje total ha de sumar 100 %.)
- a) Terminológicos
b) De comprensión
c) Temáticos (conocimiento del tema del texto)
d) Textuales (estructura, convenciones del género textual...)
e) Informáticos (manejo de determinados recursos o herramientas de traducción)
f) Otros
- 8) **¿Qué otras dificultades se le presentan a la hora de traducir temas médicos?** [opcional]
- 9) **¿Qué recursos de consulta documental (tanto materiales como humanos) utiliza para traducir temas médicos?** (Valore cada ítem en función de los siguientes parámetros: Nunca, A veces, A menudo, Muy frecuentemente, Siempre.)
- a) Corpus o compilaciones de textos generales o específicos (como el CREA, corpus personales, Agencia Española del Medicamento, etc.)
b) Diccionarios monolingües
c) Diccionarios bilingües
d) Tesoros
e) Memorias de traducción
f) Manuales y obras conceptuales
g) Bases de datos terminológicas
h) Respuestas en comunidades virtuales de traductores o lingüistas (Proz, Kudoz, etc.)
i) Respuestas en comunidades virtuales de expertos en la materia (como foros de medicina etc.)
j) Consulta directa a expertos en la materia
k) Consulta a otros colegas de profesión
- 10) **¿Qué tipo de trabajo desempeña normalmente?**
Indique el porcentaje de volumen de trabajo en cada caso. (El porcentaje total ha de sumar 100 %.)
- a) Traductor
a) Intérprete
b) Gestor de empresa
c) Corrector o revisor
d) Redactor
- e) Director de proyectos
f) Terminólogo
g) Documentalista
h) Formador de traductores
i) Profesor de idiomas
j) Otro (médico, biólogo, farmacéutico, etc.)
- 11) **¿Qué otro tipo de tareas además de traducir realiza en el ámbito médico?** [opcional]
- 12) **¿Qué competencias cree que son necesarias para ser un buen traductor médico?**
(Valore del 1 al 5 cada ítem, siendo 5 el valor máximo.)
- a) Capacidad de comprensión y comunicación en ambas lenguas de trabajo
b) Conocimiento de los principales géneros médicos y sus convenciones
c) Conocimientos médicos básicos
d) Conocimiento de los principales ámbitos y temas sobre los que se vaya a traducir
e) Conocimiento de la terminología médica (raíces latinas y griegas, prefijos y sufijos más frecuentes, etc.)
f) Dominio de las técnicas de búsqueda y documentación avanzada
g) Conocimiento y manejo de los principales diccionarios, enciclopedias, bases de datos, corpus, etc. útiles para la traducción médica
h) Capacidad para evaluar la calidad y fiabilidad de los recursos utilizados
i) Conocimiento de las principales organizaciones que generan información médica y sus características
j) Capacidad de adecuación a los requisitos del encargo de trabajo (público meta, plazos, etc.)
k) Conocimiento del mercado y de aspectos de gestión del ejercicio profesional
l) Capacidad para comunicarse y negociar con clientes, expertos en la materia, colegas, etc.
m) Confianza, seguridad, responsabilidad, consciencia de la propia identidad profesional
n) Capacidad para trabajar en equipo
- 13) **¿Qué otras competencias o habilidades considera que son necesarias para el ejercicio de la traducción médica?** [opcional]
- 14) **En su opinión, para traducir textos del ámbito médico...**
- a) La formación en medicina y ciencias afines es **MÁS IMPORTANTE** que la formación en traducción o filología.
b) La formación en medicina y ciencias afines es **IGUAL DE IMPORTANTE** que la formación en traducción o filología.
c) La formación en medicina y ciencias afines es **ME-NOS IMPORTANTE** que la formación en traducción o filología.

3.ª parte: formación previa y situación laboral

15) Formación recibida:

- a) Traducción e Interpretación (y afines)
- b) Filología (y afines)
- c) Medicina (y afines)
- d) Biología (y afines)
- e) Farmacia (y afines)
- f) Veterinaria (y afines)
- g) Otro (por favor, especifique)

16) ¿Ha necesitado ampliar su formación para poder realizar traducciones médicas?

- a) Sí, universitaria
- b) Sí, cursos de formación específica
- c) Sí, formación autodidacta
- d) No, no he recibido formación adicional

17) ¿Cómo consiguió su primer encargo de traducción médica?

- a) Por contacto directo con el cliente (por ejemplo, a través del CV)
- b) Gracias a conocidos o colegas del ámbito
- c) Otro (por favor, especifique)

18) ¿Cuál es su situación laboral?

- a) Traductor autónomo
- b) Traductor en plantilla
- c) Otra (por favor, especifique)

19) ¿Cuáles son sus lenguas de trabajo para el ámbito médico?

Indique el porcentaje de volumen de trabajo en cada caso. (El porcentaje total ha de sumar 100 %.)

- a) inglés → español
- b) español → inglés
- c) francés → español
- d) español → francés
- e) alemán → español
- f) español → alemán
- g) italiano → español
- h) español → italiano
- i) Otra (por favor, especifique)

20) ¿Qué requisitos le han exigido para trabajar en el ámbito de la traducción médica?

(Valore cada ítem en función de los siguientes parámetros: No se exige; Es recomendable pero no exigible; Es imprescindible.)

- a) Experiencia probada en el campo de la traducción médica
- b) Superación de un examen de acceso o prueba de traducción
- c) Conocimientos acreditados de medicina
- d) Conocimientos acreditados de traducción

- e) Dominio de la lengua a la que traduce
- f) Dominio de la lengua desde la que traduce
- g) Velocidad y volumen de traducción determinados
- h) Calidad de los trabajos realizados
- i) Habilidades interpersonales (por ej., capacidad para trabajar en equipo)
- j) Requisitos tecnológicos específicos (por ej., uso de determinados programas de traducción asistida)

21) ¿Qué otros requisitos le han exigido para traducir textos médicos? [opcional]

22) ¿Desde cuándo traduce profesionalmente textos médicos?

- a) Menos de 2 años
- b) Entre 2 y 5 años
- c) Entre 5 y 10 años
- d) Más de 10 años

23) ¿Traduce en equipo o ha colaborado en proyectos intergrados por varios profesionales?

- a) Sí
- b) No

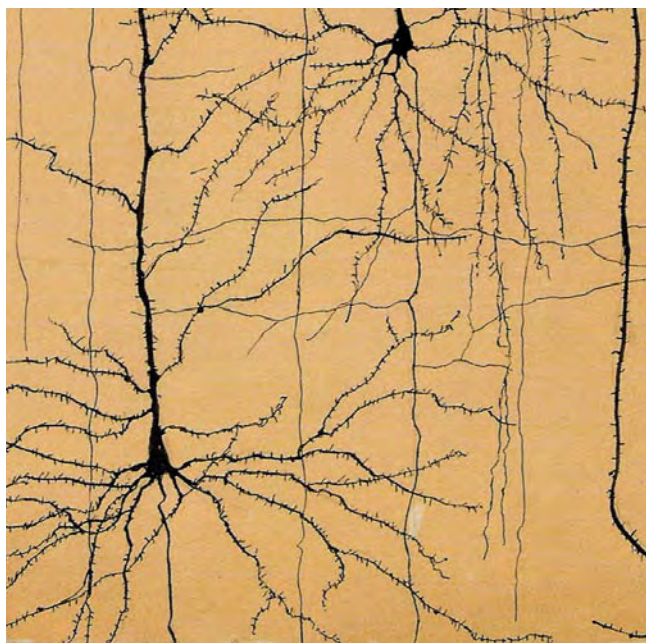
24) ¿Pertenece a alguna asociación o grupo profesional relacionado con la traducción médica?

- a) Sí
 - b) No
- En caso afirmativo, especifique cuál.

25) Edad

26) Género

- a) Femenino
- b) Masculino



¿Quién lo usó por vez primera? Síndrome de Angelman

F. A. Navarro



El síndrome de Angelman es un trastorno neurológico hereditario, de frecuencia relativamente alta (aprox. 1/25.000) y atribuido a un defecto del cromosoma 15. Clínicamente, se manifiesta por marcha rígida y espasmódica, microcefalia, hipotonía muscular, retraso del habla, dificultad de aprendizaje, trastornos del sueño, predisposición epiléptica y —de forma muy llamativa— boca sonriente y risa excesiva e inoportuna. Los niños con síndrome de Angelman son personas de aspecto feliz, con gran afectividad natural, gustosas del contacto humano y muy juguetonas; y en las que la mayor parte de las reacciones y estímulos físicos o psíquicos se acompañan de risa franca.

La primera descripción del síndrome data de 1965, cuando el pediatra inglés Harry Angelman (1915-1996) comunicó en la revista *Developmental Medicine and Child Neurology** tres casos de lo que inicialmente llamó *puppet children*, por un cuadro del pintor italiano Giovanni Francesco Caroto (1480-1555): *Ritratto di fanciullo con disegno* (1520), que en inglés se conoce como *Boy with a Puppet*. Así lo explicaba un cuarto de siglo después, en 1991, el propio Angelman, en comunicación personal con el genético estadounidense Charles A. Williams:

The history of medicine is full of interesting stories about the discovery of illnesses. The saga of Angelman's syndrome is one such story. It was purely by chance that nearly thirty years ago three handicapped children were admitted at various times to my children's ward in England. They had a variety of disabilities and although at first sight they seemed to be suffering from different conditions I felt that there was a common cause for their illness. The diagnosis was purely a clinical one because in spite of technical investigations, which today are more refined, I was unable to establish scientific proof that the three children all had the same handicap. In view of this I hesitated to write about them in the medical journals. However, when on holiday in Italy I happened to see an oil painting in the Castelvecchio museum in Verona called *Boy with a Puppet*. The boy's laughing face and the fact that my patients exhibited jerky movements gave me the idea of writing an article about the three children with a title of Puppet Children. It was not a name that pleased all parents but it served as a means of combining the three little patients into a single group. [...] This article was published in 1965 and after some initial interest lay almost forgotten until the early eighties.

En 1982, Charles A. Williams y su colega chileno Jaime L. Frías propusieron el antropónimo *Angelman syndrome* para reemplazar tanto el término elegido en 1965 por Angelman, *puppet children syndrome*, como el utilizado en 1967 por Bower y Jeavons, *happy puppet syndrome*, ambos hoy en desuso por considerarse peyorativos y estigmatizantes.

Sí se utiliza, en cambio, incluso entre los propios familiares de afectados, el término coloquial *angels* (ángeles) para referirse a los niños que padecen este síndrome. Por apócope del nombre Angelman, desde luego, pero también por el aspecto juvenil, risueño y feliz de estos niños de perpetua sonrisa. Como puede comprobarse en la imagen que reproduzco a continuación, el logotipo oficial de la Angelman Syndrome Foundation, con sede en Aurora (Illinois, EE. UU.), incorpora incluso las dos alas y la aureola de un esquemático angelote.



Nota

* H. Angelman (1965): «"Puppet" children: a report on three cases», *Dev Med Child Neurol*, 7: 681-688.

Las competencias profesionales integradas en el aula de traducción*

Laura Otero**

Resumen: La carrera de traductor técnico-científico, tanto de nivel superior como de nivel universitario, tiene como objetivo general la formación de traductores especializados en esas dos áreas específicas. Si bien existe un consenso generalizado sobre el contenido que se debe incluir y el método que se debe seguir en el primer tramo del plan de estudios, a la hora de abordar los tramos especializados, es decir, la traducción técnica y la científica propiamente dichas, surgen otros interrogantes que dificultan la toma de decisiones de quienes tienen a su cargo el proceso de enseñanza-aprendizaje. En este trabajo nos proponemos, en primer lugar, presentar algunos de los ejes esenciales que suelen tomarse en consideración en el diseño de una propuesta pedagógica. De cada uno de ellos se desprenden ciertas preguntas relacionadas con el tema que nos ocupa, cuyas respuestas incluyen diversas reflexiones en la línea de lograr el objetivo general inicialmente planteado. En segundo objetivo de este trabajo es difundir la propuesta pedagógica-didáctica que ya hemos utilizado en el aula de traducción técnica científica; la dualidad de su enfoque es su característica principal, ya que se entiende como un conjunto de estrategias educativas que aporten al alumno una formación teórico-práctica que le facilite una adecuada inserción laboral por medio del acercamiento cooperativo entre la institución educativa y los profesionales de otras áreas.

Palabras clave: traducción técnico-científica, propuesta pedagógica, competencias integradas, enfoque dual.

Professional core competencies integrated into the translation classroom

Abstract: At a tertiary or university level, formal courses in technical and scientific translation aim at instructing translators specialized in both particular areas. There exists a widespread agreement regarding contents and methodology during the lower levels; however, when it comes to approaching specialized subjects, in particular technical and scientific, those in charge of the teaching-learning process are faced with different questions that make teaching decisions difficult. In the first place, this work will introduce some of the key issues to reflect upon at the time of designing a teaching proposal. Several and specific questions will arise therefrom; resulting answers show a line of thought which is focused on achieving the initial objective. In the second place, we'll put forward a pedagogic and teaching proposal already put into practice in translating classrooms. Its outstanding characteristic is its dual approach: a set of teaching strategies to enrich students' theoretical and practical knowledge to facilitate their integration into the professional market by a cooperative mediation of both the educational institution and other professionals from different areas.

Key words: technical and scientific translation, teaching proposal, integrated competences, dual approach.

Panace@ 2009; 10 (30): 169-171

1. Introducción

La carrera de traductor técnico-científico, tanto de nivel superior como universitario, tiene como objetivo fundamental la formación de traductores especializados en esas dos áreas específicas. Aun con algunas diferencias entre las distintas instituciones que ofrecen esta carrera, podríamos decir que su plan de estudios está diseñado de manera tal que pueda brindar primero una formación básica y luego una formación más específica.

La primera intenta ofrecer los saberes básicos y fundamentales para comenzar a construir la competencia traductora. Así es que se incluyen, entre otros, temas relacionados con procedimientos y estrategias de traducción, identificación de distintos tipos de textos, diferencias morfológicas entre ambos idiomas, etc.; además, en los últimos años, se ha reconocido la importancia de lograr que el alumno se familiarice

rápida y eficientemente con los recursos que nos aportan las ciencias de la información y la tecnología, por lo cual se han incluido otros espacios curriculares, en forma de seminarios, cursos o directamente asignaturas, para brindar al alumno los conocimientos que le permitan facilitar su labor como estudiante y como futuro traductor.

Si bien existe un consenso generalizado sobre los contenidos que se deben incluir y la metodología que se ha de seguir en el primer tramo del plan de estudios, a la hora de abordar los tramos especializados, es decir, la traducción técnica y la científica propiamente dichas, surgen otros interrogantes que problematizan la toma de decisiones de quienes están a cargo del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Con el fin de analizar este asunto con mayor claridad, proponemos a continuación algunos de los ejes esenciales

* Trabajo presentado en las XII Jornadas de Enseñanza de Lenguas Extranjeras en el Nivel Superior (Paraná [Entre Ríos, Argentina], julio del 2009).

** Traductora pública de inglés, Universidad CAECE Mar del Plata, Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires (Argentina). Dirección para correspondencia: otero_laura@hotmail.com.

que normalmente se consideran en el momento de planificar y diseñar un propuesta pedagógica. De cada uno de ellos se desprenden ciertas preguntas que son específicas del tema que nos ocupa; las respuestas a ellas incluyen un número de reflexiones que apuntan a lograr la consecución del objetivo general inicialmente planteado y que no es otro que la formación de traductores técnico-científicos.

2. El contexto

¿Cuáles son las necesidades del mercado?

En términos generales, la traducción técnico-científica ocupa los primeros puestos del mercado al que accederán los estudiantes, ya que las comunicaciones escritas y orales en estos campos específicos han aumentado considerablemente en los últimos años. Hoy en día se calcula que el 90 % de dichas publicaciones están en inglés, por lo que podríamos agregar que este tipo de traducciones asumen un papel preponderante en la difusión y el intercambio de conocimientos, que además se ven continuamente actualizados por el incesante avance de la tecnología y los medios de comunicación.

En la práctica, difícilmente se encuentra un traductor especializado en una sola área, salvo el caso no tan frecuente de aquellos que, por ejemplo, trabajan exclusivamente para el departamento de investigaciones de un laboratorio. Así es que la situación más habitual es la de un cliente que necesita una traducción técnica o científica y que el traductor a cargo de ese trabajo sea un profesional con buena competencia traductora pero que desconoce el tema. ¿Cuál sería, entonces, la mejor estrategia para lograr un texto meta que reúna los requisitos lingüísticos y específicos esperados? La respuesta inmediata es que habría que trabajar interdisciplinariamente con el cliente, en el caso que fuera un especialista, y si no lo fuera, que el traductor debería asesorarse con un especialista en el tema.

De lo expuesto se puede inferir con facilidad que el alumno futuro traductor debería estar preparado para insertarse en el mercado de manera eficaz, para lo cual se requiere estar estratégicamente concientizado sobre la necesidad e importancia del trabajo colaborativo e interdisciplinario. Para satisfacer estas y otras expectativas, es de esperar que la metodología utilizada dentro del aula de traducción, en especial en el último año de la carrera, prevea e integre este aspecto de la formación académica en el proceso de enseñanza-aprendizaje. En consecuencia, uno de los objetivos que plantea la propuesta metodológica que luego se describirá es que el alumno desarrolle las estrategias cognitivas y afectivas que le permitan desenvolverse de igual a igual con el profesional-asesor.

3. El aprendizaje

3.1. ¿Cuáles son las dificultades propias de esta especialidad?

Los argumentos anteriores se relacionan aquí nuevamente con la amplia gama de temas que un traductor técnico científico puede tener que abordar durante el ejercicio de su profesión. Si consideramos una clasificación básica, que de ninguna manera pretende ser exhaustiva ni entrar en discusión

con otras clasificaciones distintas pero similares, se podrían enumerar las siguientes áreas:

- Traducción técnica: ciencias políticas, ciencias de la educación, psicología, filosofía, arte y diseño, ingeniería mecánica, agronomía, lingüística.
- Traducción científica: medicina y veterinaria, odontología, física, química, matemáticas.

Más aún: si seleccionáramos, por ejemplo, medicina humana, también deberíamos incluir sus distintas especialidades, es decir, gastroenterología, otorrinolaringología y ginecología y obstetricia, entre otras.

Una segunda dificultad propia de la especialidad radica en los problemas terminológicos, razón por la cual se predica con insistencia que los glosarios y vocabularios que se encuentran *online* no son absolutamente confiables y que no siempre solucionan los problemas. Puede ocurrir que no aparezca el término que buscamos o que, si en efecto aparece, no se encuentra acompañado de una definición, por lo que, ante varias alternativas, el alumno no puede determinar cuál es la que se adapta a su contexto. Puede darse asimismo el caso en el que el equivalente no resulte del todo adecuado y que el alumno o el traductor no posean conocimiento suficiente sobre el tema como para discernir si les es útil o no.

De manera que, siguiendo la línea de pensamiento expresada anteriormente, será el especialista quien mejor y más rápidamente asesorará al traductor sobre terminología específica, dado que ha adquirido el lenguaje especializado de forma natural durante su formación.

Así, se reitera la necesidad de comprender claramente la complejidad de la especialización y de su proceso de enseñanza-aprendizaje para poder definir qué contenidos, actividades y metodología se utilizarán para brindarle al alumno un conocimiento previo especializado lo suficientemente sólido como para poder abordar rápida y eficazmente un texto origen sin limitarlo a una sola disciplina, y de esta manera evitar que sus probabilidades laborales se vean restringidas.

3.2. ¿Qué objetivos se desean cubrir?

3.2.1. Objetivos generales

Trasladar textos de una lengua de partida a una de llegada, conservando en todo lo posible la forma, el contenido y el estilo.

Trasladar textos de una lengua de partida a una de llegada de tal manera que, tanto en la forma como en el contenido y el estilo, se adapten específicamente al grupo al que van dirigidos.

Afianzar la comprensión lectora de textos especializados en ambos idiomas.

Revisar textos originales y traducciones, es decir, reelaborarlos desde el punto de vista lingüístico.

3.2.2. Objetivos específicos

Fomentar el espíritu crítico de forma reflexiva.

Desarrollar la capacidad de aplicación de los contenidos del programa a situaciones concretas.

Acercar al alumno a la realidad profesional.

Afianzar su perfil para que pueda trabajar cooperativamente con otros profesionales.

Elaborar «terminología» específica, a través de lo cual se pretende:

- clasificar y preparar expresiones y formulaciones especializadas;
- asesorar a especialistas en la implantación de nuevos términos especializados.

Elaborar «lexicografía»; a través de esta actividad se procura la elaboración y reelaboración de léxicos, índices, glosarios.

4. El docente

4.1 ¿Qué condiciones debería reunir?

En la actualidad se considera que el formador de traductores debe cumplir con dos requisitos esenciales: el primero se refiere a su titulación habilitante y a su experiencia comprobada en actividades de traducción de los temas que incluye su materia; el segundo se relaciona con la formación docente propiamente dicha, ya que los saberes específicos de la profesión no son suficientes en términos del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Si el docente posee estas dos cualidades, estará capacitado para diseñar metodologías apropiadas para dirigir y monitorear el proceso de aprendizaje, que incluirán diferentes comportamientos didácticos, estrategias para la solución de problemas, formas de enriquecer la formación de sus alumnos y una administración tal que le permita aprovechar de forma óptima el tiempo de clase disponible.

A estos dos requisitos podríamos agregarle un tercero, que reflejaría indudablemente una situación ideal, aunque no muy frecuente: tener una sólida formación académica (científica o técnica) en el área que ha de abordar; a manera de ejemplo, que sea un profesional y traductor de ciencias biológicas.

5. Metodología docente

A continuación queremos difundir la propuesta pedagógico-didáctica que ya hemos utilizado en el aula de traducción; una propuesta que ha intentado aportar respuestas y soluciones al análisis presentado anteriormente. Su enfoque es dual, ya que se entiende como un conjunto de estrategias educativas que le aporten al alumno una formación teórica y práctica con el fin de facilitarle una adecuada inserción laboral por medio del acercamiento cooperativo entre la institución educativa y los profesionales de otras áreas. Se lo concibe como un proceso de alternancia sistemática y organizada en el que el futuro traductor desarrollará las llamadas competencias formativas: valores y actitudes profesionales, sociales y filosóficas que contribuyen a aprender a ser y convivir.

El proceso comprende las siguientes etapas:

1. Un grupo reducido de alumnos o una pareja de alumnos, los alumnos tutores, eligen el tema de su interés y al especialista en esa área. El asesor-especialista reco-

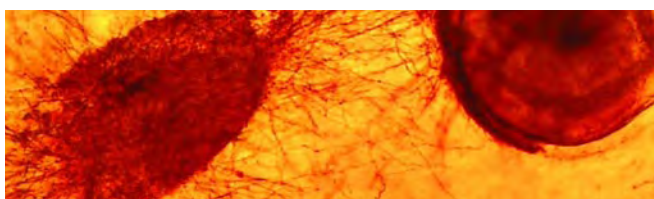
mienda y facilita la bibliografía de su preferencia y se seleccionan los posibles textos a traducir, en castellano y en inglés.

2. El docente revisa los textos seleccionados para verificar si presentan las complejidades lingüísticas y léxicas propias del nivel.
3. Se invita al asesor-especialista a dar una charla (en castellano) con objeto de comenzar a construir el conocimiento previo necesario para abordar la traducción de los textos.
4. Los alumnos tutores realizan las traducciones directas e inversas, que serán monitoreadas por el docente.
5. Los alumnos tutores corrigen las traducciones hechas por sus pares. Esta práctica favorece la transición aprendizaje-ejercicio profesional, ya que permite que el alumno desarrolle estrategias de revisión y crítica objetiva.
6. Junto con el docente, se comparan versiones, se analizan los errores y se procede a la edición final.
7. Se devuelven los textos traducidos al especialista-asesor.

Destacamos que la metodología aquí descrita fue analizada y evaluada por los alumnos al terminar el ciclo lectivo; sus devoluciones escritas también incluyeron una autoevaluación de su proceso de aprendizaje. A pesar de la importancia que revisten estos aportes, las conclusiones no pueden incluirse en el presente artículo por motivos de espacio y tiempo, pero serán el objeto de un nuevo trabajo, que ya se encuentra en elaboración.

Bibliografía

- APETI, AICE, ATG, EIZIE: Proyecto de Estatuto Profesional de la Traducción y la Interpretación en España, artículo segundo.
- Delors, J., et él (1996): *La educación encierra un tesoro: compendio. Informe a la Unesco de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*. París: Unesco.
- Elena García, P. (1996-1997): Metodología de la enseñanza de la traducción, *Hieronymus Complutensis*, 4-5: 65-70. <http://cvc.cervantes.es/lengua/hieronymus/pdf/04_05/04_05_065.pdf>.
- Gentile, A. M. (2007): «La enseñanza de la traducción científica en el contexto universitario argentino», *Panace@*, 8 (26): 188-192. <http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n26_tribuna-Gentile.pdf>.
- Parra Galiano, S. (2001): «La revisión de traducciones en la didáctica de la traducción: cara y cruz de una misma moneda», *Sendebarr: Revista de la Facultad de Traducción e Interpretación*, 12: 373-386.
- Robinson, D. (1997): *Becoming a translator*. Londres: Routledge.
- Velásquez Montoya, H. (2007): «Diseño curricular por competencias integrales para la educación superior». Congreso Internacional de Investigación Educativa, INIE, Costa Rica.



Reintroducción de un término antiguo para un concepto nuevo: *apoptosis*

Francisco Cortés Gabaudan

En pocos casos se puede reconstruir con el detalle que nos gustaría el proceso por el que un término antiguo vuelve a ponerse en uso y cambia de significado para adaptarse a las necesidades actuales de la ciencia. Sin embargo, de *apoptosis* lo sabemos casi todo. Podemos suponer que un proceso similar ha ocurrido en otras muchas palabras de las que no tenemos tanta información.

Pero empecemos por el principio, es decir, por el significado de la palabra *apóptōsis* ἀποπτῶσις en griego. Es un término compuesto con un elemento preposicional *apó apo* con el significado de ‘a partir de’ y un sustantivo *ptōsis* πτώσις que significa ‘caída’. Primera dificultad, ¿qué añade el elemento preposicional?, ¿qué diferencia existía en griego entre *ptōsis* y *apóptōsis*, si ambas palabras significaban ‘caída’? Del estudio de lo que nos dicen los diccionarios parece deducirse que, mientras que *ptōsis* es ‘caída’ sin más, con *apóptōsis* se matiza y se señala que el proceso es gradual, durativo. Hipócrates usaba *apóptōsis* para referirse al proceso lento, en casos de gangrena, en que se van desprendiendo elementos de hueso (*Vectarius* 35). De la misma forma, Galeno (s. II d. C.) lo aplica a procesos de escarificación y progresivo desprendimiento de las partes gangrenadas (*De methodo medendi* K. 10.324). Sin embargo, el uso que más interesó a los científicos que reintrodujeron el término en el año 1972 fue el de un texto de Dioscórides (s. I d. C.) en el que habla de la *apóptōsis* de las flores, es decir, del proceso gradual por el que caen las flores de una planta (*Materia Medica* Pról. 8).

Damos un salto de más de veinte siglos y nos situamos en el año 1972. Los anatomopatólogos J. F. Kerr, A. H. Wyllie y A. R. Currie, que a la sazón estaban trabajando en Escocia, se pusieron en contacto con un profesor de Filología Griega de la Universidad de Aberdeen, James Cormack, y le pidieron que buscara un término griego para el concepto de la muerte celular programada, aquella en la que van desapareciendo los elementos que componen la célula de forma progresiva sin dejar restos; se contraponen a *necrosis*, en la que quedan restos que van degenerando y dañando el organismo. Era un concepto que ya existía; Virchow, en 1858, había hablado de *necrobiosis*, el alemán W. Flemming, en 1887, había usado *cromatolisis*. En ese contexto, Kerr, Wyllie y Currie publicaron un artículo que tuvo una gran repercusión e introdujo un término nuevo en la comunidad científica con gran éxito; su título es «Apoptosis: a basic biological phenomenon with wideranging implications in tissue kinetics», *Br. J. Cancer*, 26 (1972): 239-257. En él se puede leer lo siguiente:

«Estamos muy agradecidos al profesor James Cormack del Departamento de Griego de la Universidad de Aberdeen por sugerir este término. La palabra *apoptosis* ἀπόπτωσις se usa en griego para describir la ‘caída’, el ‘desprendimiento’ de los pétalos de las flores o las hojas de los árboles.»

Hoy día, gracias a la investigación desarrollada a partir de los años 1980, se conocen mucho mejor los mecanismos que regulan este proceso. Sobre el éxito de la palabra, basta decir que, según datos de PubMed, aparece en el título de más de 50.000 artículos científicos, y si se teclea en Google, se comprueba que existen varias páginas dedicadas monográficamente a ella.

Para acabar, una curiosidad: en *The Lancet*, 359 (2002): 1072, los anatomopatólogos españoles Ángel Fernández-Flores, Beatriz Aguilera, Paula Yau y Horacio Oliva publicaban una nota en la que señalaban que, en 1878, en un vocabulario español de medicina de J. Cuesta Ckerner aparecía *apoptosis* como el ‘acto de aflojar un vendaje’. En realidad, este extraño significado de la palabra se debe a una mala interpretación del siguiente texto de Hipócrates (*Vectarius* 35, traducción de M.^a Dolores Lara [1993]: *Tratados hipocráticos*, vol. VII. Madrid: Gredos):

La gangrena de las carnes se debe a la constricción en heridas con hemorragia, la comprensión en fracturas de huesos y la necrosis debida a los vendajes. Incluso en aquellos casos en que se desprende una parte del muslo o del brazo, tanto sean huesos como carne, muchos sobreviven; también en otros aspectos la cosa no es demasiado grave. En los casos de huesos fracturados, el contorno de la quiebra se observa rápidamente y el desprendimiento (*apóptōsis*) de los huesos se efectúa en aquel punto en el que está el borde de demudación, pero es más lento.

Una reflexión final: todavía en 1970, como ocurría en los siglos XVIII, XIX y primera mitad del siglo XX, los investigadores médicos acudían al griego (y a sus profesores) para encontrar palabras apropiadas a los conceptos que querían nombrar; como hemos visto, con muy buenos resultados, porque Cormack encontró un término griego muy apropiado y la comunidad científica lo recibió con entusiasmo.

© Francisco Cortés Gabaudan. <www.dicciomed.es>
Universidad de Salamanca

Teaching English to the medical profession Developing communication skills and bringing humanities to medicine

Jonathan McFarland*

Abstract: This is a personal account of teaching English for medical purposes (EMP), explaining my interest in helping health professionals in Majorca improve their English. My main aim has been to enable them to communicate both orally at medical conferences and in written form for journals. The article explains how the teaching has been a twofold experience, with the professionals explaining their different specialities, while I have provided them with the necessary linguistic tools. Presentations have been integral to this, with humanities in medicine being a theme underlying the entire approach. The article concludes with a small section on the future of English in a medical context.

Key words: communication, English for medical purposes (EMP), medical humanities, presentations, patient-centred approach.

Enseñar inglés a los médicos: desarrollo de las habilidades de comunicación y acercamiento de las humanidades a la medicina

Resumen: Este es un relato personal de mi experiencia en la enseñanza de inglés con fines médicos (IFM), en el que explico mi interés en ayudar a los profesionales sanitarios de Mallorca a mejorar su nivel de inglés. Mi objetivo principal ha sido capacitarlos para que pudieran comunicarse verbalmente en conferencias médicas y por escrito en las publicaciones correspondientes. Doy cuenta en él de la dualidad de la experiencia adquirida durante la enseñanza, en la que los profesionales explicaban sus distintas especializaciones mientras yo les proporcionaba las herramientas lingüísticas necesarias. Las presentaciones han sido un elemento crítico del proceso, y las humanidades médicas un tema subyacente al enfoque integral del proyecto. El artículo finaliza con una pequeña sección acerca del futuro del inglés en el contexto médico.

Palabras clave: comunicación, inglés con fines médicos (IFM), humanidades médicas, presentaciones, enfoque orientado hacia el paciente.

Panace@ 2009; 10 (30): 173-175

The scientific importance of English is such that, whenever I have a meeting with my residents – and I have many, both residents and meetings – I find myself emphasizing, over and over again, the need for them to learn English.

Dr JAVIER LUCAYA,
Chairman of Radiology,
Vall d'Hebron, Barcelona (Spain)¹

Five years ago when visiting an English family member in the reference hospital for the Balearic Islands, Son Dureta Hospital, I recognised the enormous necessity for English for medical purposes, as stated above by Dr Javier Lucaya. Dr Lucaya later says, “I may be exaggerating...” He is not; he is understating. English is essential at all levels of the health system in Spain for communication with the enormous influx of foreign visitors taking their vacations in the country in the summer. Doctors must also write articles in English for international journals and take part in conferences held in English to advance their careers. The needs were there, but were not being addressed. Seeing an opportunity to merge my interests in teaching and medicine, I began to fill this gap.

Jim Scrivener² notes that there are three kinds of teachers: the explainer, the involver, and the enabler; I have al-

ways seen myself as the last of these three. Scrivener states, “This kind of teacher is confident enough to share control with the learners, or to hand it over to them completely.” Carl Rogers (1902-1987) considered authenticity to be the most important characteristic for a teacher (Scrivener, 1994). It is vital to be yourself and not the “teacher,” and to build up a rapport with the students. I agree with both. I try to share control and be myself. When I start a course, the first thing I say is, “I am the teacher and the student, and you are the students and the teachers. My aim is to teach you English and I hope to learn about your different specialties.”

I started teaching at Hospital Son Llàtzer on Majorca in 2003. It is a provincial hospital, within the region of 400 beds, not all the specialties. I had the great luck to begin working there about six months after its inauguration and therefore was there from the beginning. I taught groups of 25, and very often, especially with the low levels, I needed to give them grammar lessons. But, even at the low levels, I made them give “presentations.” The groups were very mixed. There were doctors, nurses, auxiliary nurses, pharmacists, porters, lab technicians, computer staff, receptionists, and administrative staff. This enormous variety of people all working in the same hospital was a great advantage both for me and for them. The classes were a way of

* Freelance teacher in English for medical purposes, Soller (Spain). Address for correspondence: mcfarland.jonathan@gmail.com.

allowing hospital staff to interact, who in the normal course of events would not do so. Hospitals are very cliquey places, and porters do not often have the possibility to speak to the head of the Psychiatric Department.

You can never “learn” a language, but you can develop your knowledge to a sufficient level to be able to achieve different things such as speak to patients, give an explanation of an illness to the mother of a sick boy, give directions to a lost relative, or give a presentation to the American Society of Nephrology.

I have since focused on teaching in particular departments, such as ENT, Gynaecologists, Paediatrics, or Dermatology. I have continued to use presentations, as they are integral to the life of a doctor. My students give “talks” in the classes, later to be criticised by me for the linguistic content and by their peers for the scientific. They learn from me about the use of the definite article, and I learn from them about “dermoscopy of pigmented facial lesions.”

In 2005, the ENT department of Son Llàtzer Hospital gave a symposium about the importance of image-guided surgery. Originally the meeting was going to be conducted in Spanish with me interpreting, but I suggested that they should give their talks in English. It seemed the ideal situation and it worked well. I sat at the front of the lecture hall and took notes on my students. The following day I went into class and explained where they had slipped up with their use of language and pronunciation.

As readers of this article, you might begin to think that I have misled you with the title. I have talked about my experiences as a teacher of English to members of the medical profession, but where does the subtitle come in?

Isn't bringing the humanities to medicine seemingly an oxymoron?

I have no medical training, but the medical world fascinates me. I am drawn to it, but my training is in the arts; therefore, medicine is a field I find difficult. Many people are interested in both arts and sciences, but there is a crucial difference. If you study the sciences, you can delve into the arts, while the opposite is not really true. This is why I have been drawn to a specialty called the “Medical Humanities.”

This specialty was given two formulations by the then editors of the journal of the same name:³

The first is concerned with complementing medical science and technology through the contrasting perspective of the arts and humanities, but without either side impinging on the other. The second aims to refocus the whole of medicine in relation to an understanding of what it is to be fully human; the reuniting of technical and humanistic knowledge and practice is central to this enterprise. We have described these two approaches to medical humanities as “additive” and “integrate,” respectively.

This field is little known in Spain, even amongst doctors. It has been around for a lot longer in the USA and the UK, and is part of the medical training in many universities, such

as New York University, University of Texas, and University College, London. It is not an easy discipline to integrate into the courses in the hospitals, but since the beginning, it has infiltrated into my teaching, both in content and in style.

I have tried to instil it into my courses in more concrete ways, especially since 2005 when I began to teach at Son Du-reta Hospital, where the groups have been smaller and more focused on the clinical side of medicine. In relation to the above quotation, I have made literature prominent in tackling the first “additive” point, by using texts with a direct interest to medical professionals, such as Jean-Dominique Bauby's poignant description of the “locked-in syndrome,” or Raymond Carver's honest poem “What the Doctor said,” which is an account of the writer's doctors telling him he has lung cancer,⁴ or Chekhov, himself a physician, who treats medical topics with cool precision.

I have used the second “integrated” point — “an understanding of what it is to be fully human” — as a kind of foil to the ever-growing trend in medicine to specialisation or maybe over-specialisation. In the medical profession, it is essential never to lose sight of the overall picture because if you do, sometimes grave errors will arise. I have worked on the “patient-centred approach,” with texts, video work, and role-playing. We spent a few weeks working on the “art of dying,” and looked at this from many angles — the medical, the ethical, the religious, and the philosophical. Here, I was indebted to an interesting website put together by King's College, London⁵ based on a year-long symposium addressing a range of questions associated with death and dying.

This term, we have begun to work on the question of the role of the doctor, what they can do apart from curing and caring, and how conversation can help them to be better doctors. As a source text I used an article entitled “How work can be made less frustrating and conversation less boring”⁶ by Dr Theodore Zeldin, in which he writes, “The healthcare profession contains a vast reservoir of potential going to waste, of talents which are not properly appreciated, and of conversations which never take place.”

The article is directed toward doctors and written for a medical journal. It led to essays by my students, with those essays being sent to the author and commented on by him, which in turn led to further debate amongst the students. This was a very vital experience of opening out the enclosed “classroom,” and only became possible with modern technology, e-mails, and web-links. Technology plays its part, but human interaction is the core. This on-line conversation between students and Dr. Zeldin is a thread for this year's course, and perhaps epitomises my ideas about how to try and use the humanities in a classroom full of scientists.

Good communication skills are integral to medical and other healthcare practice. Communication is important not only to professional-patient interaction, but also within the healthcare team.⁷

This is integral to what I have been trying to install in both hospitals in Majorca — good communication skills in

the English language, both oral and written. I have paid a lot of attention to the writing of abstracts, articles, presentations, and posters. I have also set writing assignments, the latest being a term project concentrating on an idea picked up from the BMJ. At the beginning of this year, the BMJ chose the 15 most important medical milestones since the first publication of the journal in the 1840s. The topics ranged from immunology to the Pill, sanitation to chlorpromazine, and smoking to vaccines. First, my students had to choose the topic they thought had made the biggest impact, write an essay on it, and then give an oral presentation with PowerPoint slides on the same theme. In this way, they practised both oral and written communication skills.

As I explained earlier, I have always seen presentations or “talks” by the students as a way of furthering their ability to use the language and, at the same time, impart information of interest to the rest of us. In June of 2006, to conclude the first year of the English course at Son Dureta Hospital, accredited by the Local Health Ministry for the Balears Islands, I set my students the task of giving presentations in the lecture hall of the hospital. There was a mixture of medical and non-medical topics: “The Eating Disorders Unit” alongside “Photography: A technique to relive a magic instance,” and “News from the lab” next to “Dreams,” with “Popular architecture” combining with “Team building.” It was a fitting culmination to a year’s work, but only the beginning of what will hopefully become an annual event in this teaching hospital.

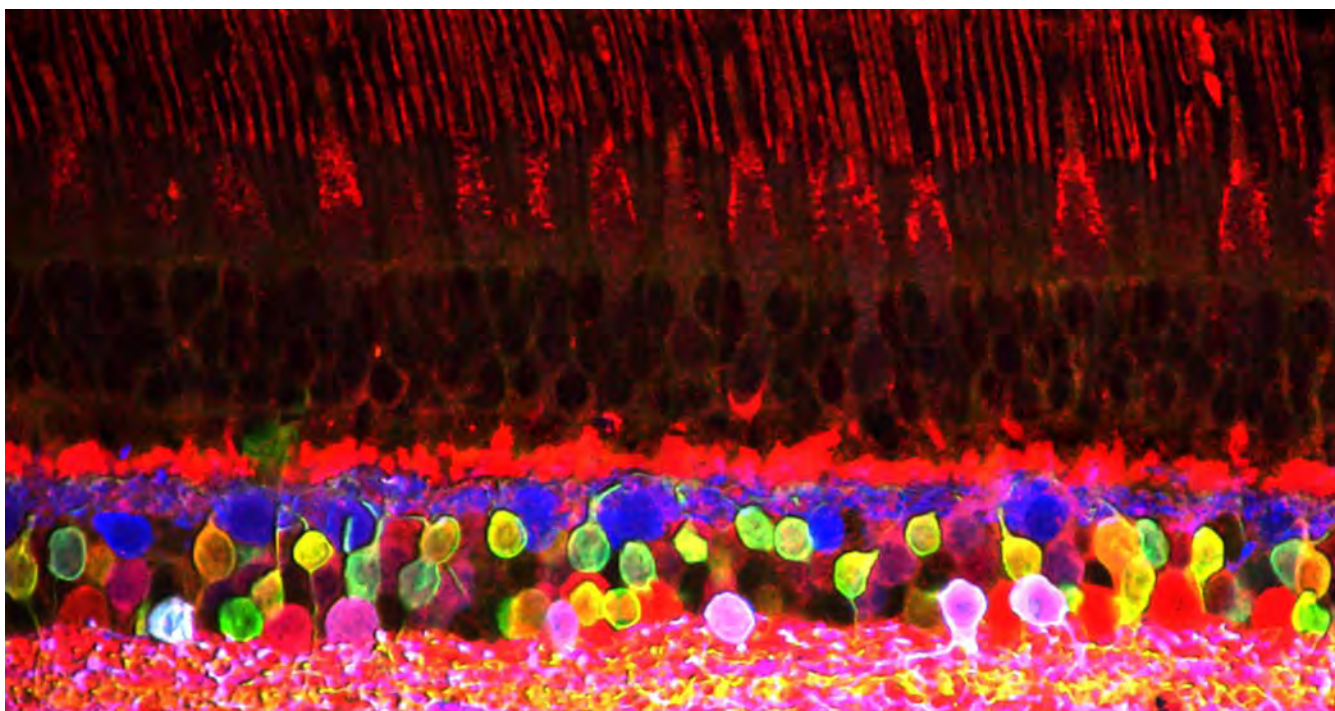
There are many plans for the future, but two are already realities. First, a small translation unit is working in Son Dureta Hospital, which is essential for a hospital looking to be an important contributor in the field of research and investigation. Second, the ENT and the Paediatric Departments

of Son Dureta Hospital are carrying out clinical sessions in English, with doctors giving presentations and commenting on the day-to-day running of the unit. This is a big step forward, with other units already showing an interest in the idea. Another plan is to set up a blog for professionals from different hospitals to communicate with each other in English. I am beginning to do this with my students from both hospitals, but I think it can be carried further as a means of inter-hospital communication. My hope is that English will become an integral part of hospital training and life — a big hope, but attainable.

I wish to dedicate this article to Dr. Antoni Obrador (the late Head of the Digestive Unit, Son Dureta University Hospital – 1951-2006), who was a great support when setting up the English course.

Notes

1. Ramón Ribes and Pablo Ros (2006): *Medical English*. Springer: Berlin.
2. Jim Scrivener and Macmillan Heinemann (1994): *Learning Teaching*.
3. *Medical Humanities*: <<http://mh.bmj.com/>>.
4. Raymond Carver (1989): “What The Doctor Said”, *The Atlantic Monthly*: <http://judithpordon.tripod.com/poetry/raymond_carver_doctor.html>.
5. King’s College (London): *Art of Dying*: <<http://www.kcl.ac.uk/phpnews/wmview.php?ArtID=247>>.
6. Theodore Zelding: “How can Work be Made Less Frustrating and Conversations Less Boring”, *BMJ*: <www.bmj.com/cgi/content/full/319/7225/1633>.
7. <[www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFcommunicationskillsupdate/\\$FILE/communication.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFcommunicationskillsupdate/$FILE/communication.pdf)>.



Cinco síndromes muuuuuy raros, cinco*

Nelson Verástegui**

La mano de Claudio

Cuando preguntó al médico lo que le pasaba, la respuesta fue: «Usted sufre del síndrome de la mano extranjera. Es seguramente una desconexión pasajera de los hemisferios cerebrales. No creo que dure mucho ni que sea un caso grave». Claudio se tranquilizó, a pesar de que era su mano izquierda la que lo contrariaba. A veces, sin poder controlarla, le desabotonaba la camisa que la mano derecha acababa de abotonar o se ponía a escribir cosas raras sin motivo aparente en idiomas que él desconocía o acariciaba la mano de sus amigos impulsivamente. Al cabo de unas semanas comenzó a perder el control de todo el brazo izquierdo, después fue el pie izquierdo y la pierna también. Era difícil ir directo caminando a cualquier lugar, pues una pierna tomaba una dirección y la otra iba hacia otro lado. La gente, en la calle, pensaba que estaba bailando un chachachá o una rumba cubana. Creyó que era su imaginación o el cansancio o el estrés y se convenció de que con voluntad lograría volver a tomar las riendas de sus miembros. Lamentablemente para él, en pocas semanas solo le quedaba el control del tronco y la cabeza. Cuando dejó de sentir su corazón y en su lugar empezó a latir el mío, empecé a enamorarme, independientemente de los sentimientos de Claudio, pude escribir los poemas de amor que antes había esbozado torpemente con su mano izquierda, ahora mía. Un calor subía poco a poco por mi nuevo cuerpo hacia la cabeza. El día que empecé a tomar el control de su lengua y pude hablar con mi voz de soprano y pude decir que mi nombre era Claudia, sentí que él se estaba arrinconando y pertrechando en un escondrijo de su cerebro que pronto también sería mío. En menos de un año, su cerebro sucumbió a mis ataques y ya solo le quedaba una capa primitiva de su corteza cerebral con la presencia y los sentimientos masculinos del antiguo Claudio que una vez habitó mi nuevo cuerpo. Detuve mi lucha y lo dejé acorralado como una vaga reminiscencia del pasado. Ahora para ser completamente feliz solo me falta que la operación de cambio de sexo que me van a efectuar esta semana termine la transformación que siempre he querido.

Los pasos de Stendhal

El trabajo de *call girl* de lujo en Florencia, Italia, me gustaba. Yo era muy exigente; solo trabajaba con agencias refinadas que no me iban a conseguir clientes abusivos y sin suficiente dinero para mis caprichos. Era bonita, cultivada y políglota. En el fondo de mí, esperaba encontrar de ese modo el príncipe azul millonario que siempre había soñado.

Llevaba como tres años trabajando así cuando apareció Vincenzo, un hombre maduro, muy apuesto y extraño que vino en viaje de negocios y turismo a la ciudad toscana. Venía

del sur, de un pueblo cercano a Nápoles. Tenía como mínimo veinte años más que yo y mucha plata en el banco. Cuando lo vi, algo me dijo que era diferente y sería mío. Su cabello negro liso, sus ojos grises, su sonrisa blanca y su traje impecable me conquistaron a primera vista. Creí que era correspondida, mas para no desilusionarme me dije que no había prisa, que era mejor dejar pasar el fin de semana al ritmo previsto y que el destino decidiría.

Claro que lo primero que hice fue llevarlo a pasear por el Ponte Vecchio para que me comprara, como todos mis clientes, unas joyas de oro. Le encantaban los museos; en eso estuvimos todo el resto del día. El Palazzo Medici-Riccardi, la Casa Buonarrotti y por supuesto la Galería Uffizi, que es uno de los museos más famosos de Italia y del mundo. Contiene obras maestras de artistas italianos y extranjeros del siglo decimotercero y decimotercero, tales como Cimabue, Masaccio, Giotto, Beato Angélico, Leonardo da Vinci, Botticelli, Miguel Ángel, Piero della Francesca (mi preferido), Rafael, Caravaggio, como también Rubens, Rembrandt, Durero y Goya, entre otros.

Ahí fue donde empecé a notar una cierta emoción en mi corazón, tomada del brazo de Vincenzo. Le iba explicando las principales obras y él sudaba y se secaba la frente con un pañuelo. Parecía cansado. Me dijo que sentía vértigo y palpitations en el corazón, pero que no me preocupara, que le iba a pasar. Decía cosas raras. Cuando vimos el *Nacimiento de Venus* de Botticelli dijo que la cara de la diosa era igual a la mía, y luego me vio de nuevo en varios cuadros. Cuando llegamos a la sala donde estaba la *Venus de Urbino* del Tiziano, se puso muy pálido y me pidió sentarse. Me dijo que le leyerá y le explicara de quién era ese cuadro. Estaba yo leyendo el año 1538 de su creación cuando mi amigo se desmayó y desgonzó como un bulto de papa. Apenas tuve tiempo de evitar que se golpeará la cabeza contra el suelo.

La ambulancia llegó rápido. En el hospital el médico trató de calmarme explicando que era el típico síndrome de Stendhal y que cientos de turistas lo padecían en esa ciudad. Al cabo de una o dos horas de espera me dejaron entrar a su cuarto. Estaba mejor. Me contó que no había tal síndrome, que lo que pasaba era que había reconocido el cuadro que le habían vendido por millones recientemente, que se dio cuenta entonces de que el que tenía en casa era un falso, que menos mal tenía una fortuna suficientemente grande para pagarse cuadros muy caros, que eso le pasaba por no seguir los consejos de sus expertos en arte, que estaba enamorado de mí, que me pedía que me casara con él, que me fuera a vivir a Nápoles, que yo sería su experta en arte, que me parecía a las mujeres de esos cuadros que a él tanto le gustaban y que

* Publicados el 2 de junio de 2009 en el blog del autor: <<http://nv-impresiones.blogspot.com/>>.

** Ingeniero informático especializado en tratamiento automático de lenguas naturales, funcionario internacional y escritor, Ginebra (Suiza).
Dirección para correspondencia: NV--impresiones@orange.fr.

no tenía derecho a rechazarlo. Desde entonces ya no trabajo más de *call girl*, vivo en este palacete napolitano junto a mi Vincenzo, que me pinta desnuda todo el tiempo. No es buen pintor, pero no importa. Mientras nos queramos y no nos dé más el síndrome de Stendhal, todo está bien.

Poeta involuntario

Doctor otorrino, hágame el favor, estoy casi loco, muerto de pavor. Desde hace algún tiempo solo puedo hablar si me expreso en verso o voy a cantar. La gente se ríe, me dicen así: «No seas tan pesado, deja de rimar. Tú no eres un vate, date cuenta ya. Cierra pronto el pico o vete a remar». A mí no me importa. Unos tontos son. Usted sí es un as, que de esto sí sabe y me va a curar, que hace mil milagros, que habla hasta en inglés, que sin más amagos, como una lorita, pronto hablaré.

El galo lo mira de cabeza a pies, le examina el pulso, la boca, el oído y la misma tez. No dice ni pio, diga treinta y tres, una ecografía, el estetoscopio lo ausculta al revés.

Sea muy paciente, sufro como usted, de la misma rima del síndrome aquel. Disfonía espasmódica me ataca años ha. Recite poemas, cante sin parar, diga trabalenguas, hasta desmayar, que nuestras faringes son tan perezosas que si no le exigés son poco virtuosas. Unas inyecciones le tengo que dar para que las cuerdas vuelvan a sonar. Son como guitarras destempladas ya. Si no tiene cura, venga usted aquí, que con mis pacientes me divierto yo hablando entre dientes como quien cantó. Damos espectáculos, concursos bucólicos, la toxina botúlica nos calienta bien.

El pobre fulano muy quedo allá va, con cabeza baja, mascullando ya. Si este no me cura, loco he de morir, pues de tanta rima me voy a podrir.

Monólogo de la criada Nicereta

¿A qué horas llegará Terencio? Estoy que no me aguanto pa' contarle lo que le dio a madama Alienore de Monmorency. Es que me tiene tirria. Desde que llegué a su casa hace tres años, no me deja tranquila. Se burla de mi francés, como si yo fuera estudiada como ella. También y todo. Me muerdo los labios pa' no contestarle, pero a veces no me puedo aguantar y me pongo a rezongar bajito en español pa' que no m'entienda. ¡Pero la madama vivió en Bogotá y sabe más de la cuenta! Comu'era funcionaria de la embajada y la moza de no sé qué ministro, se las daba de mucho. Le tocó venirse de allá para evitar escándalos cuando se supo de sus relaciones y la esposa del ministro se enfureció de celos. Fu'ella la que me convenció de venirme pu'aquí a París p'acompañarla. Claro. Cuando me dijo en pesos los euros que m'iba a pagá, me dije: «¡Pa' mañana es tarde! Los juimos, madama». Me puso en clases de francés allá en l'Alianza pero noooooooo, eso era muuuuy complicado. Aquí sí aprendí mucho más fácil. El que sí se ocupó más de mí ju'el chofer, Terencio, que también se lu'había trajido de allá. Mi Terencio es de Socorro y yo de Chiquinquirá. No, mijita. De poquitos me fui aprendiendo muchas cosas que pa' eso una no es tonta. ¡Qué va! Ya sé qué es la pubela, la poste, la baguete, digo sivuplé, güi madama, güi musiú, como no. Ya monto en metro y no

me pierdo. No señó. Eso nu'es tan difícil. Qué va. Pero claro la madama no hace sino burlarse de mí: «Que usted es muy brrrrrutá, mijá. ¡Oh, la, la! Así no se dicé. ¡Puuuuuffff! Cuandó aprrrrrrenderá usted a hablarrrrr cómo se debé. ¡Cenepaposib! Me da vergüenzá que le habló así a mis amigos los La Tour d'Auverñ, los Rochechuar». Y patatín y patatán. La cantaleta y lo cansoooooona que se pone. ¡No! Y yo aguante que aguante y sonrisitas pu'aquí y pu'allá y ¡Sumercé sí que es güena con nosotros, madama Alienore!, pues lo que quiero es ahorrar pa' irme con mi Terencio pa'l pueblo pa' vivir la buena vida y bailar con Los Carrangueros todo el día y tomar polas con mis primas y vivir junto a los viejos antes de que se mueran. ¡Ja, ja, ja! Pero Dios sí es muuuuy grande. ¡Ave María purísima! Sin darse cuenta empezó a imitar mi acento. Se le pegó de tanto oírme y criticarme. Me reía al comienzo creyendo que s'estaba burlando de mí, la muy mugre. El misiú Robert sí s'extrañó muuuchó. Le decía: «Macherrrrí, no imite más a la Nicereta. No se burle más d'ella. Silteplé». Yo feliz que la regañara a su manera. ¿Pa' qué se metía conmigo la hijuemíchica? ¿Ah? ¡También y to'!, ¿no? Pero el castigo de Dios si es muy grande. ¡Qué dicha! La llevaron a exámenes médicos y le descubrieron una enfermedadá muuuuuuy rara. Sí, señor.

¿Cuándo llegará Terencio pa' contarle? ¡Caramba! Nada menos que l'encontraron una cosa rara que llaman síndrome o síndrome o sin no sé que del acento extranjero. ¡Qué cosa taaaan rara! Dizqu'eso es una lesión del centro de la palabra. ¿Qué será el centro de la palabra? Hay palabras largas y palabras cortas. ¿Será como un centro comercial? Que su cabeza no respeta la velocidad de locución y se le lengua la traba. Eso es como un trabalenguas en el cerebro. ¡Eso le pasa por burlarse de una! ¿No? Es que sí es el colmo, madama. Bueno, espero que no sea grave y que se mejore pronto, ca'mem. Seguro que ya no va'burlarse más de mí. ¿Será contagioso? ¿Y si a mi me diera lo mismo? ¡Qué susto! ¿Será como la gripa mejicana? ¡Qué tal que a mi se me pegue su acento francés y aprend'hablar con la nariz respingá y el de'o meñique p'arriba como cuando toma su té a las cuatro o me pong'hablar inglés como cuando se encuentra con su comadre inglesa la Misis Smith y ahí sí no les entiendo na' de na'? ¡Ja, ja, ja! Es que cuando Terencio llegue no se lo va a creer. No se lo va a creer. No se lo va a creer. ¡No, no y no!

Jerusalén y sus jerosolimitanos

«Señor Vargas, como usted sabe, estamos en el hospital Yechilov de Tel Aviv, a unos 60 km de Jerusalén. Me alegra mucho que se encuentre usted mejor y podamos darlo de alta hoy mismo. Todos los exámenes son normales y ya usted se encuentra perfectamente bien. Ya sabe lo que le aconsejamos hacer, ¿no?», le dijo el doctor Ben Jacob. Vargas lo miraba con mucha atención tratando de asociar mentalmente lo que le contaba de su caso y lo que le quedaba medio borroso en la memoria. Supo que lo habían encontrado en la ciudad vieja de Jerusalén diciendo que era descendiente de Judas Iscariote, que su misión era salvar al mundo de la destrucción, que había un complot internacional de sectas milenarias que querían lanzar una bomba atómica sobre el muro de lamentaciones,

que se presentaba como un enviado de Dios, que tenían que ayudarlo y pronunciaba todo un discurso extraño, oscuro y alarmante. Al final la policía lo trajo a ese hospital especializado donde lo tuvieron interno durante varias semanas tratando de descubrir por un lado quién era realmente y por otro si estaba loco o no.

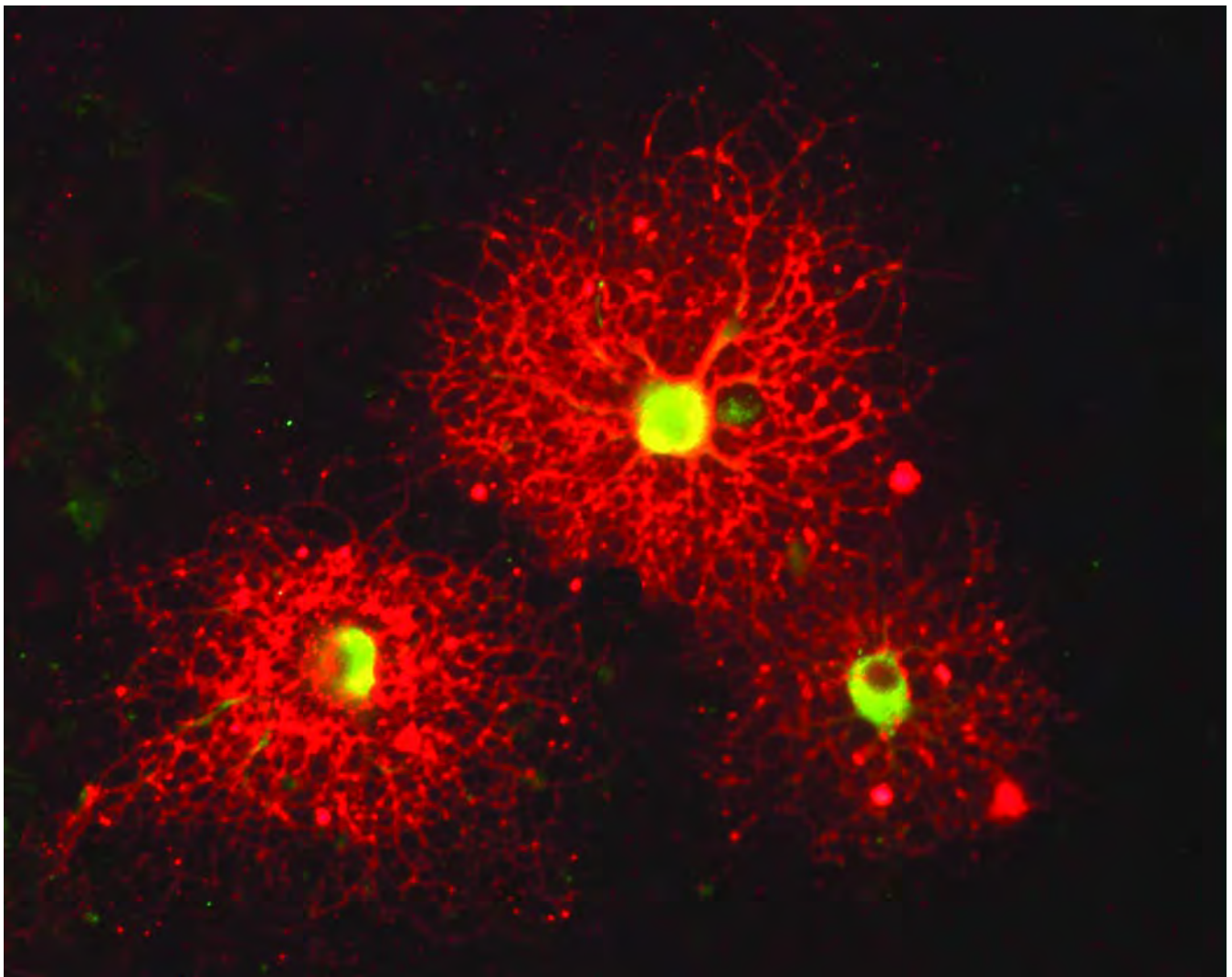
Vargas se acordaba como en un sueño o pesadilla de lo que había pasado. Recordaba haber salido de viaje por el Medio Oriente con un grupo de turistas mexicanos. Habían visitado Siria, el Líbano, Jordania y parte de Israel. El viaje debía continuar y terminar en Egipto. Vargas era un comerciante que se había hecho solo, sin estudios, de una familia humilde. Un trabajador incasable que logró volverse rico en el espacio de treinta años de sacrificio y labor.

«Doctor, eso me parece increíble, pues soy el hombre más ateo y racionalista del mundo. Todos esos cuentos de dioses, paraísos, pecados, misterios y sumisión me parece un invento del ser humano. Será muy bueno para dominar a los ignorantes y mantenerlos tranquilos, pero a mí no me hacen comer esas fábulas. ¿Cómo me pudo haber pasado eso a mí? Mis recuerdos de esos días de delirio son muy borrosos. Sin embargo, no me queda una sensación dolorosa o de terror.

Fueron unos días de desprendimiento y olvido involuntario. Nunca me imaginé que me fuera a pasar. Menos mal que estoy viajando solo, pues soy soltero. Pensaba viajar con un viejo amigo que al final no pudo liberarse de su trabajo. Me vine en ese grupo donde no conocía a nadie. ¡Qué locura!», explicó Vargas.

El médico trató de tranquilizarlo diciendo que lo que le había sucedido era un síndrome muy antiguo que afectaba relativamente a muchos turistas en la Ciudad Santa, más de mil por década. Para algunos era fatal, pues nunca salían de su chifladura; para otros las cosas volvían a lo normal alejándose de la ciudad y siguiendo un tratamiento como el que le habían dado. Le aconsejó insistentemente que regresara de inmediato a México o que fuera a unirse al grupo que ya estaba en Egipto, pero que no se le ocurriera regresar a Jerusalén.

Vargas quedó muy agradecido por el tratamiento que le dieron. Pagó la cuenta gracias al seguro de viaje que consiguió siguiendo los consejos de la agencia de viajes y muy feliz salió a tomar un taxi. Se subió, miró por última vez el edificio del centro hospitalario donde lo habían curado y le dijo en inglés al chofer: «Por favor, lléveme a la ciudad vieja de Jerusalén».



Sobre las traducciones de Darwin al español

Elisa Paoletti*

Estimados lectores:

Estaba leyendo el índice del último número (n.º 29) de *Panace@* cuando un título atrajo enseguida mi atención: «Darwin y el español», un entremés de Fernando A. Navarro. Ese es un tema que me interesa sobremanera, ya que fue el de mi tesina de maestría y de un artículo que publiqué después sobre la construcción de la imagen de Darwin en español.

Mi análisis se centra en tres traducciones al español del primer libro de Darwin, *El viaje del Beagle*, y en su imagen de joven naturalista, que dista de aquella de científico consagrado que asociamos, en general, con él después de la publicación de *El origen de las especies*.

El viaje del Beagle se publicó en inglés en 1839 y fue un éxito de ventas como crónica de viaje. Darwin se ayudó con su diario personal para la narración. *El diario de un naturalista alrededor del mundo*, como también se lo conoce en nuestro idioma, es un libro que ha sido traducido y reimpresso en español muchas veces, incluso recientemente. Contiene un aspecto clave del desarrollo de la teoría de la evolución (aún más evidente en la segunda edición de 1845), ya que Darwin narra, entre otros varios hechos determinantes, la visita a Galápagos, donde observó que algunas características de los pinzones diferían dependiendo de la isla que habitaban.

En el artículo menciono el desfase de la llegada de Darwin al mundo hispanohablante: 13 años para *El origen de las especies* (18 para la primera traducción autorizada), 51 para *El viaje del Beagle*, y aventuro algunas razones para tal retraso.

En función de estos datos, es necesario destacar que Darwin no apareció para el público hispanohablante en general, como en el mundo de habla inglesa, por medio de su crónica de viajes, sino que entró con toda la polémica desatada por *El origen de las especies*. Quienes leyeron *El viaje del Beagle* tenían una idea ya formada de quién era Darwin, y dependía de si estaban de acuerdo o no con su postulado sobre la evolución.

Las traducciones al español de *El viaje del Beagle* tienen para mí una importancia que no debería desdeñarse, porque una gran parte del viaje sucede en países de habla hispana de América del Sur. Resulta lógico que esos pueblos se interesen por lo que se dijo de ellos y, sin embargo, en mi investigación descubrí que las primeras traducciones y la mayoría de las posteriores se realizaron en España.

El lugar de traducción fue, por ello, uno de los aspectos principales del artículo. Observé que, según dónde se traducía, las decisiones que se tomen en el proyecto de traducción tendrán una postura de «testigo» (el que observa, que visita, como es el caso de España) o de «protagonista» (el que es observado, visitado, ejemplificado en las traducciones de Argentina y Uruguay analizadas).

La traducción con postura de «testigo» que utilicé fue una española, realizada por Juan Mateos en 1921 y reimpressa varias veces. Es una traducción muy esmerada, que contó con la colaboración de un geógrafo y naturalista español reconocido: Juan Dantín Cereceda.

Para contrastar, utilicé dos traducciones que ejemplifican la postura de «protagonista». La primera es argentina, data de 1998 y es una reimpresión parcial de la traducción de Juan Mateos, con modificaciones, algunas hechas adrede (como opciones léxicas más familiares para el público sudamericano), otras aleatoriamente (como la supresión de algunas notas a pie de página).

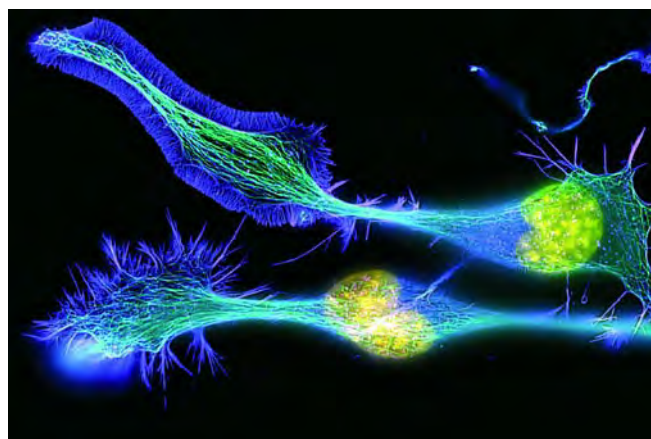
La segunda es una traducción realizada en Uruguay en 1968. Es una oferta editorial opuesta a la argentina, puesto que se trata de un libro de bolsillo, con la mayoría de las partes científicas suprimidas para hacer el libro más atractivo al público en general. Esta edición pone el enfoque en el Cono Sur, ya que rescata los capítulos dedicados a Uruguay y a algunas partes de Argentina. Vale la pena mencionar que también indica el nombre del traductor, en este caso Rafael Lasala.

Se puede concluir, a partir de esta pequeña muestra de traducciones, que la imagen de Darwin en español como joven naturalista es importante y sigue vigente, además de estar marcada en gran parte por el lugar en que se realizaron dichas traducciones.

Si he picado la curiosidad de los lectores, los invito a leer el artículo completo, titulado en inglés «Translations as Shapers of Image: Don Carlos Darwin and his Voyage into Spanish on H.M.S. *Beagle*» y que se puede consultar en <www.erudit.org/revue/TTR/2005/v18/n1/014367ar.html>.

Atentamente,

Elisa Paoletti



* Terminóloga, Oficina de Traducciones del Gobierno de Canadá. Maestría en Traducción, Universidad de Ottawa (Canadá). Dirección para correspondencia: elisa@elisapaoletti.net.

Los profesionales españoles y el inglés

Ramón Ribes*

La falta de dominio del idioma inglés condiciona negativamente a los profesionales españoles y, consiguientemente, a nuestro país. Un porcentaje muy elevado de los profesionales españoles de cualquier ámbito no es capaz de mantener una conversación telefónica en inglés con fluidez, y un porcentaje muy elevado de la población es incapaz de deletrear su apellido en inglés.

Ninguno de los presidentes de Gobierno de la democracia ha hablado inglés durante su mandato, y este hecho les ha dificultado el establecimiento de relaciones personales con los mandatarios de los países más importantes del mundo. Es precisamente en los encuentros informales, sin intérpretes, donde se labran las relaciones entre presidentes de Gobierno. El aislamiento al que nuestros presidentes se han visto sometidos en los momentos no oficiales de los encuentros oficiales ha supuesto para España un extraordinario retroceso.

En un partido de fútbol internacional recientemente disputado, un delantero de nuestra selección nacional (que no hablaba inglés) le decía a nuestro portero (que sí lo hablaba por jugar en Inglaterra) que le pidiera el balón al árbitro porque le correspondía al haber marcado tres goles, un *hat-trick*, durante el partido. El árbitro, cuando entendió las explicaciones —en inglés— del canchero, le dio el balón para que este se lo entregase a su compañero. El ejemplo no es anecdótico y refleja las limitaciones a las que profesionales de cualquier ámbito se ven sometidos cuando tienen que relacionarse con sus homólogos de otros países.

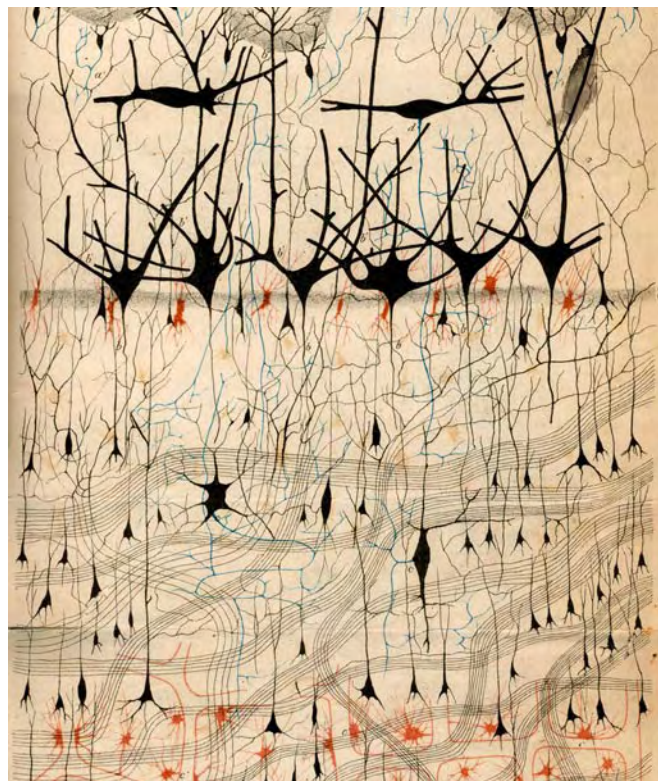
En el primer mundo se da por sabido que cualquier universitario habla inglés y tiene conocimientos de informática a nivel de usuario, al igual que sabe comer y vestir correctamente. La falta de conocimiento de la lengua inglesa tiene efectos devastadores sobre el comercio exterior. Uno de los factores que influyen en que el aceite español sea vendido en Estados Unidos con marcas italianas no es otro que la falta de conocimiento del inglés de nuestros olivereros, que no pueden competir con sus homólogos transalpinos, sin ser estos ningún ejemplo de dominio del inglés.

En el mundo de la medicina la incapacidad para mantener correspondencia y conversaciones en inglés con colegas extranjeros ha supuesto que España esté muy por debajo del lugar que le correspondería demográficamente en lo que se refiere a artículos y libros publicados. La presencia activa de médicos españoles en congresos internacionales es en algunas especialidades anecdótica, y muchos de nuestros galenos acuden a los congresos internacionales como meros espectadores. El porcentaje de médicos españoles en las juntas directivas de las sociedades científicas internacionales está muy por debajo de lo que nos correspondería teniendo en cuenta nuestro número de facultativos en relación con el de otros países.

El número de pósters presentados por médicos españoles en los congresos internacionales es muy alto. Sin embargo, el número de comunicaciones orales es muy bajo. En el Congreso Europeo de Radiología de 2008, España fue el país con más pósters aceptados y uno de los que menos comunicaciones orales presentó. La razón de esta bipolaridad no es otra que la falta de dominio del inglés, que impide a una mayoría de radiólogos españoles defender sus comunicaciones en inglés.

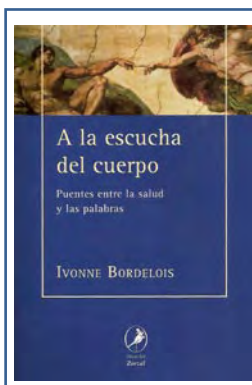
La mayor parte de los funcionarios de élite de la Administración española no hablan inglés. Los años dedicados a preparar las oposiciones a notaría, registro, abogacía del Estado, etc., impidieron a estos profesionales altamente cualificados mantener un contacto con el inglés, y es difícil encontrar en España a notarios o registradores bilingües.

La mayor parte de los miembros del Gobierno de España no habla inglés. Este hecho no tiene parangón en los países de nuestro entorno. Solo podremos entrar por méritos propios no ya en el G-20, sino en cualquier grupo de élite internacional, cuando nuestros profesionales hablen inglés con la misma naturalidad y soltura que hablan español. Todo lo que sea demorar el bilingüismo de la población supondrá retrasar la incorporación de nuestro país a los foros donde se decide nuestro futuro.



* Radiólogo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba (España). Dirección para correspondencia: ribesb@gmail.com.

¿Cómo curar las palabras que nos curan? *A la escucha del cuerpo, de Ivonne Bordelois**



Ivonne BORDELOIS:
A la escucha del cuerpo:
puentes entre la salud y las palabras.

Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2009; 240 páginas.
ISBN10: 9875991252;
ISBN13: 9789875991255.
Precio aprox.: 49 pesos argentinos; 16,33 dólares.

Entre la ciencia y la humanidad

Guillermo Jaim Etcheverry**

El nuevo libro de Ivonne Bordelois, *A la escucha del cuerpo: puentes entre la salud y las palabras*, constituye un aporte original y trascendente a una cuestión central de nuestro tiempo. La importancia de la apasionante exploración de la medicina que relata el libro reside en el hecho de que, en una época en que la tecnología parece querer ocupar el centro del quehacer médico, su autora nos advierte que, en realidad, es la palabra la que está siendo desplazada de ese lugar. Nos muestra que deberíamos volver a considerarla lo que en realidad es: el medio más sensible y específico para diagnosticar las enfermedades. También resulta esencial para el tratamiento de los pacientes, porque la palabra del médico constituye una de las más poderosas herramientas que éste puede poner al servicio de la curación.

La autora, reconocida lingüista y poeta, invita al lector a acompañarla en un recorrido por el origen y el significado de muchas de las palabras que protagonizan el encuentro del médico con su paciente. Pero el libro no se limita al análisis etimológico, que por supuesto desarrolla, sino que, por medio de él, explora la evolución histórica de los conceptos relacionados con la salud y con la enfermedad, con las sensaciones del paciente y con el saber del médico. Este cuidadoso rescate del origen y la mutación de la palabra, que descubre sus riquezas y matices pero también sus carencias, discriminaciones y parcialidades —como lo señala la autora—, ayuda a comprender la actividad del médico y, en no pocos casos, a advertir las distorsiones que está experimentando en nuestra época. Volver al origen de las palabras, reconocer en ellas la historia oculta de lo que nombran, se convierte en un pretexto para regresar a las fuentes mismas de la medicina.

En 1861, en sus *Lecciones sobre Clínica Médica*, el gran médico francés Armand Trousseau señalaba:

En algún momento, cada ciencia se vincula al arte y, a su vez, cada arte posee su aspecto científico; el peor hombre de ciencia es aquel que nunca actúa como un artista y el peor artista es quien nunca lo hace como un científico. En las épocas primitivas la medicina nació como un arte que tenía su lugar junto a la poesía y a la pintura; hoy tratan de convertirla en una ciencia, ubicándola en compañía de la matemática, la astronomía y la física.

Efectivamente, el péndulo de la medicina se ha ido desplazando del extremo artístico hacia el científico. Los avances de la ciencia y el desarrollo de las nuevas tecnologías a las que ésta da origen modificaron radicalmente la práctica de la medicina. Su efectividad es crecientemente juzgada sobre la base de estándares científicos.

Sin embargo, la medicina parece estar engañándose a sí misma con esta obsesión por ser sólo ciencia. Resulta evidente que nuestra profesión nunca seguirá excluyentemente ese camino ya que permanecerá firmemente enraizada en el terreno de los asuntos humanos, con todos los matices nebulosos, subjetivos e irracionales que esto inevitablemente supone y que la vinculan con la esencia profunda de lo humano. Como lo sugiere Trousseau, la medicina parece destinada a quedar definitivamente ubicada entre la ciencia y la humanidad.

Nadie discutiría hoy que la ciencia resulta esencial para la medicina, pero no queda tan claro que ésta no puede ser simplemente identificada con la ciencia pura, ni siquiera con la aplicada. Tampoco lo está el hecho de que esta concepción conduce, inevitablemente, a la pérdida de la comprensión del papel central que desempeña la palabra. Como bien lo destaca Bordelois, el arte de la medicina está centrado, esencialmente, en la capacidad de escucha y en la interacción humana. Es decir, que la ciencia sólo puede cumplir su misión si los médicos practican con efectividad el arte de la medicina, para lo que deben haber comprendido la trascendencia de su misión humana, que se ejerce con conocimiento técnico, con equipos, con medicamentos y, sobre todo, mediante palabras.

La visión excluyente de la medicina como ciencia ha llevado a que quienes la practican estén crecientemente entrenados en esos aspectos de su quehacer pero poco capacitados en las habilidades personales y sociales necesarias para relacionarse como seres humanos con sus pacientes. En ese vínculo con el otro que busca ayuda, la palabra ocupa una posición central. Paradigma de comunicación, la relación entre el médico y su paciente está mediada por palabras, las que se dicen, las que se escuchan, hasta las que se callan.

* Artículos publicados originalmente en el periódico *La Nación* de Buenos Aires (Argentina) el 11.4.2009. Reproducidos con autorización de los autores.

** Médico, científico, ex rector de la Universidad de Buenos Aires (Argentina).

Efectivamente, toda la información, independientemente de cuán completa y exacta sea, debe ser interpretada por el médico, quien le da sentido y la aplica a su tarea. Además de los parámetros «científicos», los expertos toman en cuenta detalles imprecisos, tales como el contexto, el costo, la conveniencia y el sistema de valores de cada paciente. También influyen el juicio clínico factores que dependen del médico: emociones, prejuicios, temor al riesgo, tolerancia de la incertidumbre y conocimiento personal del paciente. Por eso, la práctica de la medicina clínica, con la complejidad y sofisticación de los juicios cotidianos a los que obliga, es el arte de utilizar la ciencia para auxiliar al paciente. Mientras que la ciencia busca conocer, la medicina intenta ayudar a quien sufre.

Por eso, al recurrir a la ciencia y la tecnología, el médico debe ubicarlas en su contexto apropiado, guiado por la estructura filosófica subyacente de su arte. Debe reconocer que las quejas acerca de lo somático son en realidad parte de un complejo más abarcador y que, para ser útil, la medicina debe actuar de manera efectiva en ese estrato fundamental. En síntesis, la medicina debería reencontrarse con su razón de ser. El análisis de las palabras relacionadas con la actividad médica al que nos invita Bordelois constituye un aporte esencial para alcanzar ese objetivo, porque, como lo sugiere, el médico corre hoy el grave peligro de perder «la conexión válida y profunda con la palabra, tanto en el plano del monólogo interior [...] como en el del diálogo auténtico con los pacientes».

En la introducción del famoso *Tratado de medicina interna* de Harrison figura esta frase sugestiva: «El verdadero médico tiene una amplitud shakesperiana de intereses: se interesa en el sabio y en el simple, en el orgulloso y en el humilde, en el héroe estoico y en el villano doliente».

Cuando es capaz de demostrar todos esos intereses, el médico se involucra en historias humanas particulares. Eso no es materia de la ciencia, sino de lo poético. Se manifiesta en el ámbito de la particularidad, la paradoja y las pasiones. Al médico se le descubre el drama de las vidas individuales, uno de los privilegios de su actividad. Ve a las personas en sus mejores aspectos y también en sus peores circunstancias. Las ve estoicas y vulnerables, devastadas y entusiasmadas. Y, si presta atención, en el proceso aprende algo de lo que significa ser humano. En especial, adquiere la oportunidad de participar en el drama del ser humano mortal en búsqueda de sentido. De este modo, si el médico está atento a la palabra de su paciente y si comprende lo que significa, puede trascender la profesión médica, incorporándose así a sus tradiciones más antiguas.

A pesar de que la medicina depende de la ciencia en lo que respecta a muchas de sus herramientas, como ya se ha señalado, sus fines suponen más que un triunfo sobre la enfermedad, ya que también incluyen las batallas espirituales y morales que libran los pacientes viviendo con la incertidumbre y el sufrimiento. Incluso las destinadas a ser perdidas. Es en esas situaciones cuando el médico puede demostrar su virtud en la medida en que sea capaz de comprender eso que distingue la medicina de la ciencia, una distinción que, no pocas veces, reside en las palabras. Puede advertir que concebir

a su paciente como pura materialidad es una suerte de degradación, inclusive si es eso lo que el propio enfermo desea. De maneras sutiles, o no tanto, el joven médico científico actual aprende que sus interrogantes más naturales son considerados ingenuos o, en el mejor de los casos, lo aproximan a un tembladeral de subjetividad que tiende a evitar.

Sin embargo, nuestras propias limitaciones como médicos, en lugar de ser sólo ocasiones para la desilusión, ofrecen una oportunidad para reflexionar sobre el destino del ser humano. Para ello, necesitamos incorporar a nuestra visión las obvias limitaciones de la ciencia natural cuando se trata de develar los interrogantes humanos fundamentales.

Los médicos de hoy son sin duda más poderosos que los de antaño, pero también más sordos. Están mucho menos inermes ante el sufrimiento, pero, a menudo, no pueden comprender el sentido profundo de las palabras mediante las que se lamentan quienes lo padecen. Una formación más integral, más preocupada por su «humanización», que les proporcione una comprensión más clara de la naturaleza de su labor, puede atenuar esa sordera de los médicos. Seguramente no les facilitará evitar lo irremediable, pero, al menos, los dejará menos desvalidos en su tarea cotidiana.

Al concluir su libro, Ivonne Bordelois evoca un diálogo que mantiene un médico, Daniel Flichtentrei, con una paciente correntina internada en un hospital, quien, además de recurrir a su ayuda profesional, yace rodeada de objetos y talismanes en los que confía para sanarse. A la pregunta del médico «¿Por qué no se internan en sus templos?», la mujer responde: «No se enoje, pero lo que pasa, doctorcito, es que estamos enfermos de más cosas de las que ustedes pueden curarnos y confiamos en la medicina menos de lo que ustedes pueden tolerar».

No resulta sencillo para la medicina contemporánea admitir estas otras dimensiones, porque escapan al rumbo pretendidamente exacto y científico al que, ante la incertidumbre de su quehacer, busca aferrarse con desesperación. Edmund Pellegrino, uno de los padres de la bioética en los EE. UU., define la medicina como «la más humana de las ciencias, la más científica de las humanidades». Esa caracterización, mencionada por la autora en su libro, plantea el dilema central de la profesión médica: el mantenimiento del delicado equilibrio entre el arte y la ciencia de la medicina.

Ivonne Bordelois realiza un aporte trascendental y fundante para restablecer ese equilibrio cuando, mediante el análisis de las palabras que se emplean en el diálogo médico, estimula la reflexión profunda acerca de esa actividad. Es un preocupado y preocupante llamado de atención ante la pérdida de sentido que amenaza a la medicina actual. Sin la comprensión de lo que las palabras denotan, no se puede pensar lo que la medicina es. Junto con nosotros, los lectores, «lava las palabras» —bella expresión que escuché a la autora— y esa tarea vuelve la lectura de su texto imprescindible para los médicos, porque los ayuda a descubrir aspectos esenciales y poco enseñados de su propia actividad. Al recorrer sus páginas, resulta evidente que la palabra constituye la principal tecnología que tienen a su disposición. A los pacientes, es decir, a todos, porque lo somos o lo

seremos en algún momento de nuestras existencias, el libro nos muestra los límites que enfrentan quienes se dedican a acompañarnos cuando sufrimos, nos sugiere los peligros de la extrema «medicalización» de la vida en la que estamos embarcados, nos descubre los intereses a los que esto responde y, sobre todo, reivindica la palabra —que es lo que nos define como humanos— como el elemento central de la comunicación de aquello que somos y de lo que nos sucede en el devenir de nuestras vidas.

■ Médicos y pacientes: un diálogo con mucho ruido

Ivonne Bordelois*

La palabra es el eje fundamental de nuestra vida de relación. De palabras están hechos nuestros compromisos afectivos, políticos, vitales. Pero la palabra que se intercambia en la entrevista médica aparece rodeada de ansiedades y dudas: existe una situación de riesgo físico a la que se agrega el riesgo del malentendido entre médico y paciente, que pueden compartir el mismo lenguaje, pero no necesariamente un mismo código que los comunique plenamente.

Los ejemplos de los malentendidos que circulan en el lenguaje de la salud acuden en cantidad. La palabra *cáncer* se encuentra tan expuesta a un ominoso tabú que un cáncer de colon resulta difícil de anunciar, cuando la glucemia, en porcentajes, tiene un riesgo de muerte más alto. Se trata de representaciones atávicas, productos de la mala información, que es urgente despejar.

Hablamos constantemente de nutrición: nutrir significa dar un porcentaje de hidrocarburos, proteínas y otras sustancias debidamente proporcionadas a un objeto animado, planta o animal o persona. Pero nosotros no nos nutrimos solamente: somos co-mensales, porque el comer alrededor de una mesa es un acto eminentemente social. El *sym-posio* griego celebra el acto de la bebida conjunta. No es que los anoréxicos o los bulímicos fallen en su nutrición: fallan en su comensalidad, en su simposio: eso es lo que hay que considerar, lo que conviene transmitir.

Los estudiantes de medicina aprenden en el primer año cinco mil palabras nuevas, cuyo origen y significado en su mayoría desconocen. Y este vocabulario masivo, en vez de fortalecer y ampliar su conciencia profesional, actúa muchas veces como una muralla abrumadora, una pantalla opaca o un sistema de pasaje que los convierte en hablantes y habitantes de un dialecto hermético, separados del resto de la sociedad, poseedores de un secreto que les confiere a la vez poder y lejanía; en suma, los conduce a la alienación.

A la jerga del oficio se une una tecnología muchas veces intimidante: un lenguaje de rayos, tubos, neones y metales se propaga entre la herida y el que la sufre. El hospital —etimológicamente— es sitio de hospedaje, pero también, muchas veces, un recinto de alienación y hostilidad.

Un factor crucial y agravante en el incremento de la incomunicación entre médicos y pacientes es la perentoria exigencia de las prepagas y mutuales, en cuanto a pautas de atención a los pacientes cada vez más breves. Éste es un rasgo evidente de la proletarización de los médicos, obligados por este sistema a trabajar a destajo. Le Breton señala que nuestra medicina no toma en cuenta el tiempo del hombre, como la oriental, porque es una medicina de urgencias. El apuro al que se ve compelido el médico, la ansiedad del paciente que exige el antibiótico o la pastillita conspiran contra la palabra, esa palabra que es a la vez diagnóstico y terapia. Cuando llega a la guardia alguien que se queja de un dolor de pecho, el electrocardiograma no arroja siempre el resultado en su debido tiempo; vale más entonces que se pregunte quién es el enfermo: un diabético, un esquizofrénico, un cirrótico, etcétera, noticias fundamentales para orientar y decidir el tratamiento. Una simple información verbal establecida oportunamente puede en estos casos salvar una vida. Las pocas palabras que puede intercambiar un cirujano sagaz con su paciente, deducidas de su historia clínica, sus datos personales y su presentación verbal ante el médico, son acaso más fecundas en la vida de éste que la operación más admirable.

El psicoanálisis hace de la palabra y de su escucha el resorte fundamental del tratamiento. Los antiguos supieron que la palabra cura. Desde los shamanes y los magos de Oriente, que practicaban y practican sus fórmulas mágicas, hasta el centurión del Evangelio («No soy digno de que entres en mi propia morada, mas di tan solo una palabra»), existe una conciencia del poder benéfico del verbo sobre la penuria humana. Pero en el camino del tiempo, en atención al progreso y a la ciencia, el ojo clínico desplaza y sustituye a la voz, a la intimidad del tacto que establece la confianza entre médico y enfermo.

«En los hospitales la gente se muere de hambre de piel», dice Walter Benjamin. Al pasarse de la mano al ojo se pierde la sensación de la piel sobre la piel, algo que ya, en sí, es terapéutico. Tan perdida está esa costumbre que, en la actualidad, quienes todavía la aprecian en el ámbito médico han ordenado efectuar, y preservan, un moldeo de manos de médicos viejos que acostumbraban a palpar a sus enfermos.

Se trata de un sistema difícil de cambiar. Pero, en el estado actual de la medicina, es imperioso preguntarnos qué pierde el médico y qué pierde el paciente cuando pierde la palabra. Los costos de la profesión médica, que muchos consideran todavía una esfera de privilegio social y económico, se van volviendo excesivamente elevados en el presente sistema. El grupo médico no es precisamente un modelo de armonía psíquica ni de comunicación social exitosa: entre nosotros, los médicos se infartan cinco años antes que el resto de la población, se divorcian nueve veces más y tienen una tasa mucho más alta de suicidios.

No parece extravagante suponer que, entre los factores que han convertido la medicina en una profesión de alto riesgo, se encuentre en un lugar destacado la pérdida de una

* Poeta y lingüista.

conexión válida y profunda con la palabra, tanto la del monólogo interior que acompaña los vaivenes de la sensibilidad del médico, expuesto cotidianamente al sufrimiento o a la esperanza, como la del diálogo auténtico con los pacientes. No cabe soslayar la intensidad de frustraciones y sentimientos de impotencia y de culpa —conscientes o inconscientes— que esta carencia básica genera.

Es importante entonces para todos nosotros que los médicos se pregunten acerca del lugar desde donde hablan, y puedan averiguar qué efectos pueden tener sus palabras en la vida de sus pacientes; es importante para los pacientes sentir que pueden compartir el lenguaje de los médicos, transmitir con fuerza y claridad el suyo propio y medir el alcance de sus palabras entrando en un diálogo personal con ellos que se ajuste a las reglas de un juego leal y estimulante. Y es necesario para todos nosotros reflexionar acerca de cómo términos tales como *prevención*, *prepagas*, *estado terapéutico*, etcétera, se han ido instalando de un modo tan paulatino como poderoso en el vocabulario colectivo, sin que se examinen muchas veces los supuestos beneficios y progresos que estas nociones, no siempre saludables, implican.

Sin pretensiones de exhaustividad, quisiéramos orientarnos hacia una reflexión acerca de las dificultades, riquezas y enigmas del lenguaje en la medicina. Nuestro destino se ha ido formando al calor, al color, al sabor de palabras que nos llegaron en momentos cruciales de nuestra existencia, y el encuentro médico es ciertamente uno de estos momentos cruciales. Ahondar la relación entre médico y paciente a través de una conciencia más plena del lenguaje, de modo que su contacto no se restrinja exclusivamente a la enfermedad ni a la salud, sino también a un conocimiento y crecimiento mutuo, algo que nos vaya llevando a todos a una transformación vital: ¡ojalá que este intento no sea totalmente ilusorio.

El cuerpo, el sufrimiento, el sexo, las magias reparadoras, la ciencia avasallante, el mundo admirable y aterrador de los hospitales, el poder y el dinero en el camino de la salud: todo ese universo se ha ido plasmando inconscientemente en palabras que atestiguan la lucha permanente del ser humano por afirmar verbalmente su voluntad de supervivencia. Y hay un lugar en el lenguaje donde la muerte y la vida se miran a los ojos y pretenden dominarse. Sabemos que la vida y la muerte son indecibles; pero también sabemos que el lenguaje es invencible en su esfuerzo en ir empujando los límites de lo que podemos llegar a expresar.

Existe una historia que da cuenta de las huellas que deja esa lucha en la memoria del lenguaje. Podemos advertir la ternura del lenguaje que puebla al cuerpo de diminutivos —*pupila* es muñequita, *rodilla* es ruedita— como si desde alguna perspectiva misericordiosa y maternal fuéramos eternamente niños. Hay brutalidad y rencor en el lenguaje que llama *matasanos* al médico; hay ingenuidad en el lenguaje que aclama a los médicos como *doctores* —doctores sin tesis ni magistratura—. Observemos el retorcimiento del lenguaje que llama *embarazada* a la mujer que se ha liberado de su cinto para dar lugar a su gestación; la sabiduría del lenguaje que sabe que en la palabra *hospital* se esconde a la vez el huésped atento y el enemigo infame. Escuchemos el lenguaje misterioso que en la

palabra *autopsia* afirma los poderes omnímodos de la mirada médica. Admiramos el instinto del lenguaje cuando habla de *matarse en un accidente*. El lenguaje trenza la enfermedad con la exclusión y la culpa, y la salud con la salvación; y estalla en obscenidad impiadosa cuando la muerte se aproxima.

De las muchas enfermedades que pueden aquejarnos, no hay nombre para una de las más corrosivas y traidoras, la que nos aleja de esa fuente de sabiduría, placer y libertad inconmensurable que es el lenguaje que todos compartimos. Los antiguos hablaban de la curación por la palabra, una noción que es urgente recuperar, transformada, claro está, por lo que hemos aprendido a través de los siglos acerca de los poderes y los repliegues de las palabras. Pero del mismo modo que se cuidan los instrumentos antes de una operación quirúrgica, debemos estar dispuestos a cuidar y a curar las palabras del intercambio médico, para preservar sus poderes terapéuticos.

Nada sustituye ni supera el alcance de la palabra y la voz humana cuando nos encontramos al borde del sufrimiento y de la muerte. Pero una cultura tan negadora del sufrimiento y de la muerte como la nuestra también niega, necesariamente, ese alcance y esa relevancia, situados más allá de las fronteras del imperio tecnológico. Sin embargo, es posible avanzar en ese territorio, disputándolo a las tinieblas del avasallamiento brutal al que estamos expuestos. La medicina es ciencia y arte, así como el lenguaje es poesía y conocimiento. Que medicina y lenguaje se sienten juntos en el banquete del entendimiento es una de esas ignoradas pero necesarias prioridades que necesitamos hoy por hoy establecer.

Persuadir e imaginar

Son muchos los textos que a lo largo del tiempo se han acumulado acerca de la relación médico-paciente, explorando la calidad de las palabras que implica su diálogo; tantos, que se hace difícil elegir los más relevantes en el conjunto. Impresionan en particular, sin embargo, ciertas consonancias complementarias que se establecen a través de los siglos con respecto a este tema. En una época tan escéptica como la nuestra, en la que se evaporan nociones tales como sustancia, historia, sujeto o verdad, conmueve a veces, cualquiera sea el credo o la filosofía a que suscribimos, comprobar ciertas persistencias, cierta tenacidad, ciertas coincidencias centrales en la tarea de descubrir de qué modo específico, a través del diálogo cara a cara, las heridas del ser humano pueden ser ocasiones de encuentro, sabiduría y reparación.

Lo que convence en estos escritos es su textura misma, la manera en que en ellos la palabra se recorta sin retórica, en un simple ademán de pureza, para avanzar hacia el centro mismo del corazón humano. Veintiséis siglos separan los textos de Platón de los de John Berger, y sin embargo resplandece en ellos una misma y profunda certeza. Lo que Platón mira desde el lugar del médico, Berger lo contempla desde el lado del paciente, pero ambos insisten en lo fundamentalmente necesario de la comprensión verbal mutua entre unos y otros.

En el diálogo socrático *Cármides* o *De la templanza*, Cármides se queja de una fuerte jaqueca, y Critias intercede ante Sócrates para que éste intente curarlo. Sócrates dice conocer

un remedio que le había sido transmitido, mientras servía en el ejército, por uno de los médicos del rey de Tracia, Zamo-lixis. Platón muestra a Sócrates persuadido de los valores curativos de la palabra, como lo indican los siguientes ejemplos: «Le respondí que mi remedio consistía en cierta hierba, pero que era preciso añadir ciertas palabras mágicas; que pronunciando las palabras y tomando el remedio al mismo tiempo, se recobraba enteramente la salud; pero que, por el contrario, las hierbas sin las palabras no tenían ningún efecto».

No sólo las palabras ejercen un efecto curativo; todo acercamiento a la enfermedad fracasará si no se tiene en cuenta la personalidad toda del paciente, y si no se establece un lazo de persuasión y confianza previa con él:

No debe emprenderse la cura de los ojos sin la de la cabeza, ni la de la cabeza sin la del cuerpo; tampoco debe tratarse el cuerpo sin el alma; y si muchas enfermedades se resisten a los esfuerzos de los médicos helenos, procede de que desconocen el todo, del que por el contrario debe tenerse el mayor cuidado, porque yendo mal el todo, es imposible que la parte vaya bien.

Del alma parten todos los males y todos los bienes del cuerpo y del hombre en general, e influye sobre todo lo demás, como la cabeza sobre los ojos. El alma es la que debe ocupar nuestros primeros cuidados, y los más asiduos, si queremos que la cabeza y el cuerpo estén en buen estado. Acuérdate de no dejarte sorprender para no curarle a nadie la cabeza con este remedio si antes él no te ha entregado el alma para que la cures con estas palabras.

Del mismo modo se expresa Platón en *Leyes*, IV:

El médico libre, el que no atiende a esclavos, comunica sus impresiones al enfermo y a los amigos de éste, y mientras se informa acerca del paciente, al mismo tiempo, en cuanto puede, le instruye; no le prescribe nada sin haberlo persuadido de antemano, y así, con la ayuda de la persuasión, le suaviza y dispone para tratar de conducirlo poco a poco a la salud [...]. *Las hermosas palabras persuaden al paciente de que el remedio ofrecido es el mejor disponible, y éste acrecienta así su poder curativo, y sutilmente se individualiza el tratamiento.* [Destacados nuestros.]

Con el transcurso de los siglos y el desarrollo de la psicología, la situación anímica del paciente y el arte de la persuasión van cobrando mayor relieve y profundidad. Esto nos dice John Berger en *El verdadero arte de curar* :

Un paciente desdichado va al médico y le ofrece una enfermedad con la esperanza de que al menos esa parte de él (la enfermedad) pueda ser reconocible. Cree que su ser es imposible de conocer. No es nadie para el mundo, y el mundo es nada para él. La tarea del médico ahí —a no ser que se limite a aceptar que existe una enfermedad y sencillamente se tranquilice a

sí mismo diciéndose que es un paciente «difícil»— es reconocer al hombre. Si el hombre empieza a sentir que es reconocido —y ese reconocimiento podría incluir rasgos de su carácter que él todavía no ha reconocido en sí mismo— habrá cambiado la naturaleza desesperada de su desdicha: incluso podría tener una oportunidad de ser feliz [...].

El reconocimiento tiene que ser oblicuo. El desdichado espera que se lo trate como una persona insignificante con ciertos síntomas pegados a él. Hay que romper ese círculo. Y eso se puede lograr si el médico se presenta ante el paciente como un hombre igual que él, lo que exige por su parte un gran esfuerzo de imaginación y un conocimiento muy preciso de sí mismo. Hay que darle al paciente la oportunidad de que reconozca, pese a que su identidad está dañada, aspectos suyos en el médico, pero de tal modo que parezca que éste es cualquier hombre. *Esta oportunidad nunca es el resultado de un solo encuentro con el médico y muchas veces la provoca más cierta atmósfera general que las palabras que puedan decirse.*

A medida que aumenta la confianza del paciente, el proceso de reconocimiento se hace más sutil. En una fase posterior del tratamiento, el hecho de que el médico acepta lo que le cuenta y la precisión con que aprecia sus insinuaciones sobre cómo podrían encajar las diferentes partes de su vida terminarán convenciendo al paciente de que él y el médico y el resto de los hombres son semejantes; le parecerá que el médico conoce tan bien como él cualquier cosa que le cuente sobre sus miedos y sus fantasías. Ha dejado de ser una excepción. Puede ser reconocido. Y esto constituye el requisito básico para la cura o la adaptación. [Destacados nuestros.]

Aunque la explicación del texto puede resultar obvia aquí, cabría señalar las notas comunes entre estas citas. Platón y John Berger hablan ambos de un ofrecimiento que el paciente hace al médico al presentarle su enfermedad. Y esta palabra sola, acaso inesperada en este contexto, indica la dignidad que ambos confieren al paciente, advirtiendo que su enfermedad no es exclusivamente un obstáculo, disminución, amenaza o anomalía, sino que bien puede consistir en un don, en un bien a determinado nivel. Platón habla de un ofrecimiento del alma y Berger de un ofrecimiento de la enfermedad, pero en ambos casos hay una ofrenda, una confianza que enaltece al médico, le confiere un poder, en la esperanza de que éste no sea oportunidad de abuso, sino de beneficencia mutua.

Platón va lejos en el requerimiento de la actitud de entrega por parte del paciente: «Acuérdate de no dejarte sorprender para no curarle a nadie la cabeza con este remedio si antes él no te ha entregado el alma para que la cures con estas palabras». La desconfianza o la reticencia del paciente, si ignorados, serían motivos de una mala praxis para él: «no te dejes sorprender», advierte.

Y con la entrega no basta: «entra en conversación con el paciente y con sus amigos, y reúne de una vez toda la información relativa al enfermo, y lo instruye en la medida de

su capacidad; y no recetará remedios hasta tanto no le haya convencido». El tema de la persuasión es capital en Platón, como lo prueba otra afirmación suya en el *Gorgias*, donde contraponen la fuerza de la persuasión de la palabra humana (*peithô*) a *bía*, la fuerza o violencia de los hombres. Platón es respetuoso, cuidadoso, pero también contundente, de acuerdo con su estilo mental autoritario: no debe actuarse de otra manera que la que él prescribe.

Por su parte, el estilo calmado y lento de Berger, su obvia intención de ser claro antes que brillante, las palabras y expresiones que elige —desdicha, reconocimiento, semejanza, imaginación, identidad dañada, persona insignificante, atmósfera antes que palabras—: todo muestra que aquí hay alguien que ha reflexionado profunda, auténticamente, desde el lado del enfermo, acerca de la muy difícil y compleja cualidad del lazo médico-paciente.

El reconocimiento del médico es la primera pauta del alivio de la desdicha del enfermo. «El desdichado espera que se lo trate como una persona insignificante con ciertos síntomas pegados a él. Hay que romper ese círculo». Aquí conviene recordar las sabias palabras de Laín Entralgo, gran conocedor de este arduo tema, sobre la intención de abandono del enfermo:

El médico a la vez debe resolver inicialmente, en el sentido de la ayuda, la tensión ambivalente que dos tendencias espontáneas y antagonistas, una hacia la ayuda y otra hacia el abandono, suscitan siempre en el alma de quien contempla el espectáculo de la enfermedad. Ser médico implica hallarse habitual y profesionalmente dispuesto a una resolución favorable de la tensión ayuda-abandono.

Si el médico puede verse tentado a abandonar al enfermo, no es menos cierto que el enfermo también experimenta la tentación de abandonarse a sí mismo, como señala Berger. Pero hay dos puntos fundamentales que condicionan la ruptura del círculo mencionado por él. Una es que en el reconocimiento al enfermo, del enfermo, el médico se ofrezca en garantía de semejanza: está reconociendo en el enfermo rasgos de sí mismo, porque ambos —y ésta es la segunda condición— son en el fondo semejantes. «Hay que darle al paciente la oportunidad de que reconozca, pese a que su identidad está dañada, aspectos suyos en el médico, pero de tal modo que parezca que éste es cualquier hombre». Como bien lo dice Berger, esto requiere «un gran esfuerzo de imaginación». En la adivinación del médico con respecto al punto en que se anudan su humanidad y la de su paciente, hay un trayecto lleno de obstáculos, vanidades, temores, autodefensa y prejuicios. Pero, como lo sabían poetas tan distintos como Wilde y Unamuno, la clave del amor es precisamente la imaginación. Imaginar al otro en su totalidad, en ese lugar misterioso en que hace parte necesaria del universo, del universo que nos incluye a todos: eso es el amor.

Y aquí se abre una cautela muy importante. Dice Berger: «Esta oportunidad nunca es el resultado de un solo encuentro con el médico y muchas veces la provoca más cierta atmósfera

general que las palabras que puedan decirse». Limitación de la palabra, acentuación de la mirada, del tacto, del silencio: ese sistema de comunicación cada vez más sutil va embarcando de confianza y fortaleza el ánimo del paciente. Ahora ha sido plenamente reconocido. «Y esto constituye el requisito básico para la cura o la adaptación», concluye Berger.

Dentro del ámbito no verbal de la comunicación médico-paciente es fundamental el acto de palpar, un arte en gran medida olvidado. Según Laín Entralgo, la persona enferma, al sentirse explorada suavemente y reconocida de esta manera, reflexiona: «Si alguien me toca de modo acariciante, quiere decir que existo; existo y no soy totalmente indigno». Y cita a Nacht: «El adulto, que tanto se esfuerza inconscientemente por acallar al niño que llora dentro de él, se toma una vacación». Éste es también el sentido de la imposición de manos.

A lo largo de los siglos, como vemos, la praxis y la psicología han ido profundizando aquellos aspectos que Platón ha intuido sólo en los bordes de su experiencia. Platón subraya la necesidad de una competencia específica del médico para persuadir al paciente antes de administrarle los remedios; Berger señala uno a uno los pasos que vuelven verdadera y eficaz esta persuasión. Ambos están hablando de uno de los más difíciles encuentros humanos, y ninguno de ellos rehúye lo específico de esta dificultad, lo delicado de su enfrentamiento y su solución. Y ambos textos nos persuaden a la vez de lo dicho por Platón, porque lo transparentan; y con él nos atrevemos a decir que, en verdad, desde esta perspectiva, «el amor preside a la medicina».



Por fin una publicación sobre la redacción médica como profesión

M.^a Blanca Mayor Serrano*

Fernando RICO-VILLADEMOROS y Vicente ALFARO (coords.) (2009): *La redacción médica como profesión: Qué es y qué hace el redactor de textos médicos*. Barcelona: Esteve, Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, n.º 17; 104 páginas. Distribución gratuita (<www.esteve.org/portal/publicaciones/dvcNavEngine?viewResource=dvcFESvSearchResults&esText=&pubDate=&keywords=&type=cu>).



Existen numerosas publicaciones sobre el lenguaje en la medicina y las ciencias de la salud, acerca de la terminología médica, las normas de la escritura científica o médica o la redacción de textos médicos que sin duda son de utilidad para cualquier redactor, traductor o médico interesado en el uso de nuestro lenguaje especializado. Hay también diversas asociaciones que acogen a

profesionales de la redacción de textos médicos, como la Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias Afines (Tremédica) (<www.tremedica.org>), la European Medical Writers Association (EMWA) (<www.emwa.org/>), su hermana transoceánica la AMWA o American Medical Writers Association (<www.amwa.org>) y, de ámbito nacional, la Asociación Española de Redactores de Textos Médicos (AERTeM) (<www.redactoresmedicos.com/>).¹ Sin embargo, hasta la fecha, y por extraño que resulte, no existía ninguna publicación sobre la redacción médica como profesión.

Los lectores interesados en saber, por ejemplo, en qué consiste la redacción médica, qué tipo de formación se necesita para trabajar como redactor de textos médicos o cuáles son sus principales funciones y dónde desempeñarlas teníamos que conformarnos con la lectura del folleto —de tan solo nueve páginas— editado por la Asociación Europea de Redactores Médicos (EMWA).²

Por fin, gracias al entusiasmo y al esfuerzo de cuantos han colaborado en *La redacción médica como profesión*, todas esas cuestiones y muchas más encuentran respuesta en esta monografía, de contenido sumamente interesante.

Tras una descripción de la evolución de la redacción médica en España, la primera parte de la obra presenta con todo lujo de detalles la profesión de redactor de textos médicos en sus cuatro ámbitos principales de actividad: las empresas

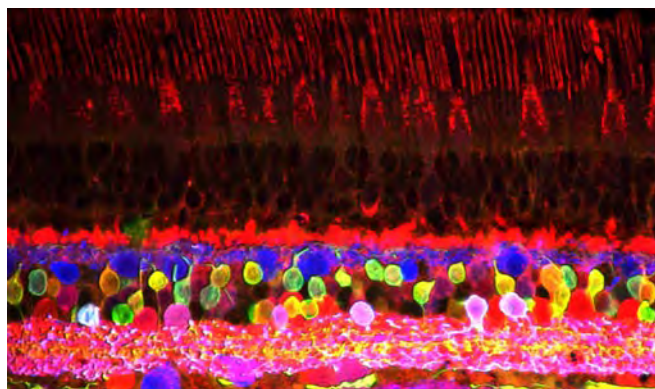
farmacéuticas, las empresas que investigan por contrato, las agencias de información y el redactor autónomo. En las colaboraciones que conforman la primera parte, sus autores explican, entre otros asuntos, los requisitos que se han de reunir para poder dedicarse profesionalmente a la redacción médica, qué clase de documentos se redactan o cómo se estructuran los equipos de redactores de textos médicos. La segunda parte abarca aspectos de interés para el ejercicio de la profesión como son la formación continuada (además de qué tipo de formación, competencias y habilidades se necesitan para ser redactor de textos médicos); las fuentes de información disponibles y los modos de acceso; el comportamiento ético en el trabajo, y la importancia para la redacción médica de la precisión, uno de los rasgos esenciales del lenguaje médico y contra el que, por diversos motivos, se atenta tanto en los textos especializados como en los divulgativos con imprecisiones del lenguaje que el autor ilustra a través de numerosos ejemplos tomados de textos reales.

Se trata, en definitiva, de una monografía muy oportuna por cuanto muestra un panorama completo de esta profesión, de este colectivo de profesionales de la redacción médica, cuya labor aún no es suficientemente conocida ni reconocida.

Enhorabuena a todos los que han hecho posible tan interesante proyecto, esperado por muchos.

Notas

1. Para acceder a un resumen de las actividades de estas asociaciones, remito al lector interesado a Mayor Serrano, M.^a B. (2009): «Los otros asesores de los traductores y redactores médicos: Asociaciones, foros y blogs», *Translation Journal*, 13 (4). Disponible en <<http://accurapid.com/journal/50asesores.htm>> [consulta 1.10.2009].
2. European Medical Writers Association (2002): *La redacción médica*. Disponible en: <www.emwa.org/Mum/La_redaccion_medica.pdf> [consulta 1.10.2009].



Traductora. Madrid (España). Dirección para correspondencia: blancamayor@yahoo.es.

Alegría de vivir, en tres idiomas: entrevista a Christiane Dosne Pasqualini

Damián Vázquez*



La doctora Christiane Dosne Pasqualini, investigadora científica, nació en Francia, obtuvo su doctorado en Medicina Experimental (PhD) en Canadá y se radicó a los 22 años en la Argentina, adonde llegó por medio de una beca de la Federación Canadiense de Mujeres Universitarias. Trabajó con Hans Selye —famoso por sus investigaciones sobre el estrés— en Canadá y con Bernardo Houssay —premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1947— en Argentina, entre otras figuras destacadas, y cuenta con más de cuatrocientos trabajos científicos publicados en los campos de la oncogénesis y la función del sistema inmunitario durante el crecimiento tumoral. Desde hace cuarenta años es miembro del consejo de redacción de la revista *Medicina* (Buenos Aires) y fue la primera mujer académica en la Academia Nacional de Medicina de Argentina. Acompañó incansablemente a su esposo, Rodolfo Pasqualini, también destacado científico y fundador del Instituto Nacional de Endocrinología de Argentina. Su vida dedicada a la investigación es un ejemplo admirable de vitalidad, entrega a la ciencia y disciplina. La doctora Dosne Pasqualini recibió a *Panace@* en su casa del barrio de Belgrano, en Buenos Aires.

Panace@: *Su idioma materno es el francés, su idioma en el campo de la investigación fue el inglés, y el español es su lengua adoptiva. ¿Cree que dominar varios idiomas ayuda a pensar de un modo más creativo, o más diversificado, considerando que, junto con las palabras, uno incorpora rasgos de una cultura dada?*

Christiane Dosne Pasqualini: Creo que, en general, no. Por un lado está el concepto de Darwin, de los genes. Pero, por el otro, en el ámbito de los idiomas también es muy importante el ambiente, el lugar y el momento en que uno se encuentra. En mi casa, mi madre no dejaba hablar otra lengua que no fuera el francés, a pesar de que vivíamos en un ambiente bilingüe. Mi actividad científica se basó en el inglés, y ahora me siento más cómoda con el español.

P: *Usted ha trabajado con investigadores de la talla de Hans Selye o de Bernardo Houssay. ¿En qué idioma hablaba con ellos sobre ciencia, y en qué idioma —si acaso— le hubiera gustado hablar?*

CDP: Selye era austriaco, pero hablaba siete idiomas. Cuando en 1942 trabajé con él en la Universidad de McGill, en Montreal, todo se hacía en inglés. Pero, cuando en 1952, ya viviendo yo en Argentina, lo fui a visitar, se había pasado a la universidad francesa, y me pidió que diera una conferencia... en francés. Y en ese entorno, donde todo era en francés, no tuve dificultad para hacerlo. Houssay, en cambio, que era hijo de un profesor de francés, me habló siempre en esa lengua. Y mis estudios, incluso en Canadá, cuando llegué a los seis años, fueron en inglés.

P: *Con Houssay tiene una anécdota muy graciosa en relación con la lengua...*

CDP: (Risas.) Sí, en la pensión para estudiantes donde vivía cuando llegué a Buenos Aires, mis compañeros me enseñaban palabras del lunfardo, pero yo no sabía distinguirlas bien del lenguaje culto. Un día, cuando llegué al laboratorio, le dije a Houssay: «Tengo un ragú espantoso y quiero ir a chupar y morfar algo».** A lo que Houssay respondió, sorprendido: «¿Quién le enseñó eso, señorita?».

P: *En la actualidad el lenguaje de las ciencias es el inglés, aunque esto no siempre ha sido así. En otros momentos de la historia, la ciencia se escribía en latín, en francés o en alemán. ¿Cree que el inglés seguirá siendo el idioma de la ciencia?*

CDP: Creo que sí, porque ha alcanzado una difusión enorme. Incluso los investigadores franceses, en su momento muy defensores de su idioma, están publicando en inglés.

* Médico traductor y editor, Buenos Aires (Argentina). Dirección para correspondencia: damian_vazquez8430@hotmail.com.

** *N. de la R.:* *Ragú, chupar y morfar* son palabras consideradas vulgares que pertenecen al lunfardo rioplatense —un habla originariamente de clase baja— y se emplean en el lenguaje popular, aún en la actualidad, para denotar ‘hambre’, ‘beber’ y ‘comer’, respectivamente.

P: *Considerando que el español tiene una difusión y una importancia lingüística crecientes, y que existen en la actualidad más de cuatrocientos millones de hispanohablantes, más de cuarenta de ellos en Estados Unidos, ¿cree que los investigadores hispanohablantes deberían continuar transmitiendo sus ideas en inglés, o que deberían impulsar también el uso del español?*

CDP: Esa siempre ha sido una gran discusión con mis compañeros del comité editorial de la revista *Medicina*, de Buenos Aires. Ellos sostienen que la revista debe publicarse en español porque está dirigida a los residentes hispanohablantes, y yo pienso que los médicos deben saber leer muy bien inglés, porque la ciencia se escribe en inglés. Pero, claro, de algún modo, mi opinión es parcial porque yo provengo de un ambiente inglés. Yo impulsaba a mis discípulos a publicar en inglés para favorecer la difusión internacional de los trabajos. Y en la actualidad, con la medición del factor de impacto, es más importante aún que la publicación esté en inglés.

P: *A veces pareciera que un texto salpicado de anglicismos es más técnico o más actual, y que un mecanismo de «feedback» funciona mejor que uno de «retroalimentación». ¿Qué piensa de la gran difusión de anglicismos, muchas veces innecesarios, en el lenguaje científico?*

CDP: Con eso no estoy de acuerdo; creo que si uno trabaja en un ambiente hispanohablante, debe hablar y escribir español con corrección. Nuevamente surge el tema de los genes y el ambiente; Darwin y Lamarek.

P: *Usted ha escrito cientos de artículos, conoce muy bien el lenguaje científico.*

CDP: El lenguaje técnico inglés es especial: «short, concise, and precise». Es sintético, «to the point». El francés, en cambio, es más ornamentado, es «bordado».

P: *Se le atribuye a Albert Einstein una frase que dice «La mayor parte de las ideas esenciales en ciencia son fundamentalmente simples y por lo general se pueden expresar en un lenguaje comprensible por todo el mundo». ¿No cree que el lenguaje científico a veces es innecesariamente complicado debido no a la complejidad inherente al tema, sino a una redacción o traducción defectuosas?*

CDP: Cuando el conocimiento del tema es adecuado, la escritura es buena, y eso lo he observado en cualquier idioma. Los principales defectos en la redacción se deben a la falta de conocimiento del tema en profundidad.

P: *¿Cree que los científicos hispanohablantes manejan el inglés con la suficiente corrección como para transmitir adecuadamente sus ideas en inglés, sea en un artículo científico o en una reunión internacional?*

CDP: No, no lo creo. Pienso que no hacen el esfuerzo suficiente. En Suecia, por ejemplo, me tocó asistir a un seminario,

y allí todos ellos son en inglés. En un momento al orador le faltaron una o dos palabras en inglés y las dijo en sueco, pero después continuó hablando en inglés. Inclusive en los almuerzos se hablaba en inglés. Cuando regresé a la Argentina traté de impulsar ese hábito en mi laboratorio, pero duró sólo durante... ¡el primer almuerzo! «Doctora, esto no es nada divertido», me dijeron mis discípulos. Claro que, cuando esa persona después tiene que desenvolverse en inglés, no le va nada bien.

P: *¿Cree que debería enseñarse inglés científico en las universidades?*

CDP: Si se enseñara bien en la escuela, probablemente esto no sería necesario, porque el lenguaje científico se aprende sobre la marcha.

P: *¿Cree que el investigador que desea transmitir su conocimiento a un grupo de pares deberían formarse específicamente en temas relacionados con la comunicación, como redacción, o traducción?*

CDP: En este campo es muy importante la motivación. Recuerdo que, en mis comienzos, tenía tanto entusiasmo que podía convencer a cualquiera. Más que el idioma, es la motivación la que convence, cómo uno siente las cosas. Pero cuando corregía artículos de mis discípulos, les tachaba muchas palabras superfluas. Les decía que debían describir lo que observaban en sus experimentos, pero «sin bordados».

P: *Los traductores científicos somos profesionales de la comunicación científica. ¿Cree que el investigador valora esta capacidad de comunicación o que no le preocupa cómo se transmite un conocimiento, sino solamente qué se dice?*

CDP: Es importante; en particular las revistas norteamericanas insisten mucho en que el inglés usado sea «nativo». No suelen aceptar artículos mal escritos o con deficiencias en la redacción.

P: *¿Y cree que el consejo editorial de una revista o un editor de libros valoran esta capacidad?*

CDP: En *Medicina* hacemos mucho trabajo docente, corregimos los textos y se los enviamos nuevamente al autor. Cuando los autores hacen un esfuerzo, nosotros, desde el comité editorial, valoramos ese esfuerzo y los ayudamos en la corrección. Pero aproximadamente la tercera parte de los trabajos necesitan ser corregidos.

P: *¿Alguna vez le han criticado un artículo científico no por su contenido, sino por alguna cuestión lingüística, detalles de redacción, etcétera?*

CDP: No a mí, pero sí a varios de mis colaboradores, a quienes el consejo editorial de alguna revista les ha pedido que

corrigieran la redacción. En ciencia es importante entender lo que se está escribiendo; de otro modo, el resultado no es el adecuado.

P: *¿Cómo ve a la ciencia argentina en comparación con la de los países sajones?*

CDP: En Argentina hay mucha originalidad, pero falta disciplina. En Norteamérica, en cambio, hay disciplina pero no originalidad. Por eso los científicos argentinos son tan bien recibidos allá. Al encontrarse con una infraestructura bien montada y organizada con disciplina, pueden expresar su originalidad.

La disciplina es muy importante. Yo era conocida entre mis discípulos por mis «cartones», unas fichas donde llevaba anotada la evolución de un experimento y apuntaba los plazos de entrega. Esa costumbre empezó con Houssay, que dejaba «papelitos» a sus colaboradores: «Véame», «Consulte tal bibliografía», siempre con la firma «BAH». Esas siglas, además de sus iniciales, eran las del sapo *Bufo arenarum* Hensel, el animal de experimentación que prefería...

En cuanto a los trabajos científicos, en los países anglosajones se le da más importancia a la técnica. En los artículos argentinos a veces faltan datos, y necesitan ser más claros en la sección de material y métodos.

P: *Usted ha vivido la gran transformación que representó para la comunicación científica el advenimiento de Internet. ¿Qué ha representado para usted?*

CDP: Yo entré al mundo de la computación para reemplazar la máquina de escribir. Cuando escribí mi tesis doctoral, en 1942, tampoco había fotocopiadoras, de modo que escribía usando siete papeles carbónicos. Internet también representó un adelanto fantástico, aunque yo no entro tanto en la red. En general les pido a mis asistentes que me busquen los artículos. Uso mucho el correo electrónico; es una gran herramienta de comunicación.

P: *Durante su larga trayectoria como investigadora seguramente ha debido traducir textos de un idioma a otro. ¿Qué diferencias encuentra entre «comprender» a la perfección un texto y «traducirlo» a otro idioma con total corrección?*

CDP: Yo he traducido muchos artículos, pero en general eran para mí y no formalmente para otros. Y ahora que estoy traduciendo mi libro al inglés, noto que esa tarea me cuesta. Y me sorprende porque, hace cincuenta años, yo empecé con la traducción simultánea en la Academia Nacional de Medicina; yo inauguré la primera cabina. Pero esa actividad era tan automática que a veces no registraba lo que decía. En una oportunidad noté que el auditorio se reía a carcajadas, y lo que estaba sucediendo era que en un momento dado había empezado a «interpretar» del francés... al francés. (*Risas.*)

P: *¿Cuál son las principales diferencias entre las investigadoras y los investigadores?*

CDP: Las mujeres son más detallistas, los hombres son más expeditivos. Las primeras siempre querían agregar algún experimento al trabajo, mientras que los hombres procuraban publicarlo, aun cuando no estuviera completamente concluido. Además, la mujer, cuando es joven, tiene la doble prioridad de su casa y el trabajo, y recién cuando los hijos se independizan tiene más libertad para dedicarse a la investigación. Por eso, por cada artículo publicado por una mujer, los hombres publicaban tres.

P: *Usted fue investigadora en una época en que la presencia de la mujer era muy limitada en el ámbito científico. ¿Eso representó una dificultad especial?*

CDP: No, desde un comienzo me acostumbré. Cuando entré a la Universidad de McGill, éramos solo cuatro mujeres entre ochenta investigadores. En el siglo pasado la participación de la mujer ha crecido en forma exponencial; ha ganado un lugar importantísimo, que tenía postergado. Mi madre, por ejemplo, fue feliz dedicándose por completo a sus hijos, aunque podría haber hecho otras cosas importantes. Afortunadamente desoí el consejo de las monjas del colegio francés al que iba, que cuando les dije que quería ser como mi padre (era ingeniero químico) me dijeron que «la química no es para mujeres». Y entonces me pasé a la escuela inglesa, donde encontré profesores que me ayudaron.

P: *En su libro autobiográfico Quise lo que hice: autobiografía de una investigadora científica¹ relata con pasión detalles de sus investigaciones, sus viajes y sus seres queridos. En todas esas actividades ha desplegado una enorme energía. ¿Cuál diría que ha sido su «motor», su «alegría de vivir»?*

CDP: Creo que eso proviene de los genes; mis padres también eran así, tenían una gran vitalidad, y mis hermanos también.

P: *Volviendo al ambiente, ¿qué persona la ha motivado especialmente?*

CDP: En primer lugar, mi padre, que me apoyó siempre. Y Hans Selye, que directamente me enfrentó con la realidad cuando me dijo: «¿Para qué quiere ser médica si le gusta tanto la investigación?». Y no se equivocó...

P: *¿Y algún libro particularmente motivador?*

CDP: *Los miserables*, de Víctor Hugo.

P: *Me gustaría pedirle un mensaje final para los lectores de Panace@...*

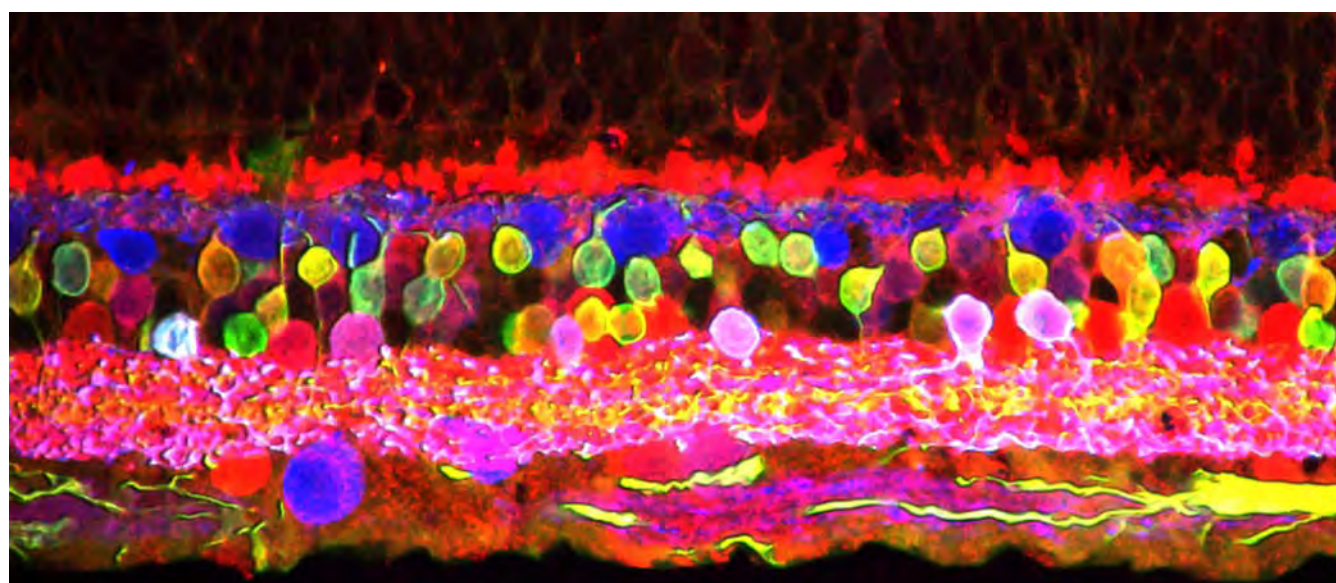
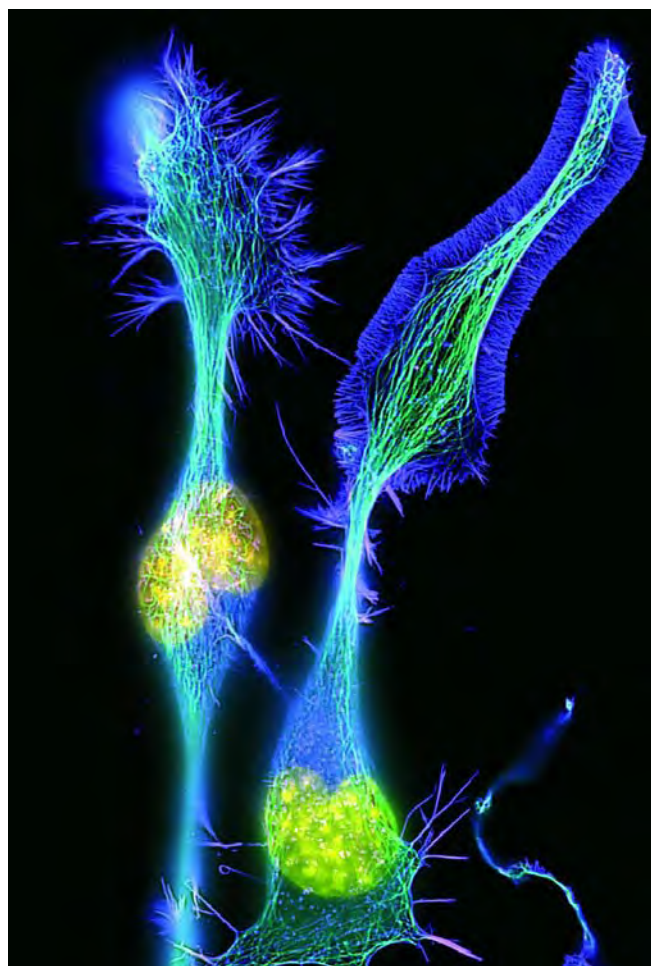
CDP: En la vida, lo principal es la motivación. Si uno tiene alegría de vivir y ganas de hacer cosas, todo es posible. Cuesta empezar, pero si uno comienza y se traza un plan, se alcanza la meta.

Y, ciertamente, los hechos le dan la razón. A los 89 años, esta investigadora prolífica en trabajos científicos y madre dedicada de cinco hijos, continúa concretando proyectos. Actualmente está dedicada a traducir su libro al inglés para publicarlo en el ámbito universitario canadiense o estadounidense. Quizá, en esta oportunidad, decida publicarlo con el

título que le hubiera gustado para su obra en español: *Joie de vivre*.

Nota

* Buenos Aires: Leviatán, 2007.



En homenaje a Iñaki Ugarteburu (1954-2009)

Xabier Alberdi Larizgoitia*

*Hay hombres que luchan un día y son buenos;
hay otros que luchan un año y son mejores;
hay quienes luchan muchos años y son muy buenos;
pero los hay que luchan toda la vida, esos son los imprescindibles.*

B. BRETCH



Iñaki Ugarteburu Gastañares, profesor del departamento de Filología Vasca de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y vocal del consejo editorial de *Panace@*, falleció el 20 de marzo de 2009 en la localidad de Guecho (Vizcaya).

El profesor Ugarteburu ha sido un referente en el País Vasco en la difusión y estudio del euskera, especialmente en el ámbito de la universidad y de la medicina. La labor que desarrolló durante su vida académica fue ardua, y su compromiso con la sociedad vasca, el euskera y la universidad han sido absolutamente ejemplares.

Ahora que han transcurrido casi seis meses desde su muerte, se han atemperado el dolor y la profunda tristeza que sentimos cuantos tuvimos la gran suerte de compartir con Iñaki Ugarteburu una gran parte de nuestra vida académica y una estrecha amistad. Así pues, como colega y amigo, es para mí una obligación que asumo con agrado el escribir para la revista *Panace@* una breve semblanza de Iñaki Ugarteburu.

Nacido en Vergara (Gipúzcoa), Iñaki Ugarteburu era una persona de amplia cultura y formación. Obtuvo la licenciatura en Medicina en la UPV/EHU en 1978, y ejerció como médico en el Servicio Vasco de Salud de 1978 a 1980. En 1987 se licenció en Filología Vasca por la misma universidad. Y durante el período 1981-1992 impartió clases de euskera y otras materias en la Universidad de Deusto.

A partir de 1992 se incorpora al Departamento de Filología Vasca de la UPV/EHU para impartir docencia en la Facultad de Medicina y Odontología, y, desde entonces, su vida académica y profesional está ligada, desde la docencia, la investigación o la gestión, a esta universidad.

Trabaja activamente en la creación del Instituto de Euskera de la UPV/EHU, y durante los años 2003-2005 desarrolla su labor a tiempo completo en el Instituto de Euskera y el Servicio de Euskera en tareas relacionadas con la normalización lingüística del euskera: corrección y edición de textos universitarios, cursos de formación lingüística para el profesorado, organización de jornadas de terminología y lenguajes de especialidad, etcétera.

Durante sus últimos años de vida (2005-2009) vuelve a la docencia y la investigación en la Facultad de Medicina, facultad en la que siempre ha contado con la estima y aprecio del alumnado y del profesorado.

Su labor docente e investigadora se centra en las lenguas de especialidad y, más concretamente, en el estudio y normalización del euskera en el ámbito de las ciencias de la salud: euskera y lenguaje técnico de la medicina, diccionario de enfermería, opciones lingüísticas y registros de lengua, didáctica del lenguaje técnico, lexicalización de acrónimos, textos del ámbito de la salud, colaboraciones en *Panace@* («Implantar e implante», «Traducción especializada», «Ortografía y traducción», «Préstamos léxicos y adecuación gráfica»...), traducción de términos de especialidad, inteligibilidad de los textos técnicos, adaptación gráfica de préstamos, lexicografía de especialidad en lengua vasca...

En lo que respecta a la terminología en euskera, en sus trabajos se insiste en la idea de buscar un equilibrio entre la vía patrimonial y el préstamo, teniendo en cuenta siempre el registro o grado de especialización.

A lo largo de su carrera colabora activamente en foros y organizaciones como la OEE (Osasungoa Euskalduntzeko Elkartea / Sociedad para la Euskaldunización de la Salud) organizando jornadas y congresos en el ámbito de la salud. Colabora también en revistas y publicaciones de diversos ámbitos (*Panace@*, *Euskera*, *Anuario del Semanario de Filología Vasca Julio Urquijo*, *Berba*, *Senetz*, congresos de la Academia de la Lengua Vasca, etc.). Y, además, también se implica en artículos de opinión y divulgación en foros de diversa índole (prensa escrita, *Administrazioa Euskaraz*, *Erabi.com...*).

Efectivamente, su labor se extiende a muchos ámbitos, pero, a mi entender, la huella que Iñaki Ugarteburu ha dejado en el mundo del euskera en la UPV/EHU es imborrable. Quiero resaltar especialmente su compromiso con la normalización del euskera (edición y revisión de textos especializados) y, sobre todo, su labor docente, que trasciende el ámbito de la Facultad de Medicina: Iñaki Ugarteburu era un profesor muy querido y estimado entre el profesorado euskaldun de la UPV/EHU por su implicación en los cursos de formación en euskera.

Desde el punto de vista académico, Iñaki Ugarteburu era una persona de una gran valía profesional, ya que se aunaban en él perfiles profesionales muy diversos: el médico, el filólogo, el traductor de especialidad, el cultivador de la creación y la traducción literaria. Fue, sin duda, un maestro para muchas generaciones de jóvenes médicos del País Vasco, y quizás sea esa condición de profesor brillante y entregado la que más me

* Profesor del Departamento de Filología Vasca, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Lejona (Vizcaya, España). Dirección para correspondencia: xabier.alberdi@ehu.es.

ha atraído siempre de él: tenía una gran curiosidad intelectual, un gran bagaje cultural y científico, una sorprendente claridad y habilidad comunicadora y, sobre todo, una gran humildad y un fino sentido del humor (tal y como se puede apreciar en el relato «De cómo tomé la decisión de utilizar el diccionario» [*Panacea*, 2 (4): 64-65; 2001. <www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n4_UtilizarDiccionario.pdf>]).

Iñaki fue un profesor brillante y entregado, pero, tras su pérdida, a mí personalmente me resulta quizás aún más relevante y ejemplar su faceta humana. Era una persona bondadosa como pocas y con una actitud de servicio y entrega a los demás fuera de lo común. Para Iñaki primaban las personas por encima de otros intereses: el no saber decir «no» era uno de sus pocos defectos, y ello le impidió, a mi juicio, desarrollar todo su potencial en su carrera académica.

Somos muchos los que en la UPV/EHU estamos en deuda con su labor y hemos sentido profundamente su pérdida: el Departamento de Filología Vasca, el Vicerrectorado de Euskera,¹ el Servicio de Euskera, la Facultad de Medicina y Odontología, el Instituto de Euskera y, por supuesto, todas las generaciones de jóvenes médicos que han recibido de Iñaki Ugarteburu una excelente formación lingüística.

Son muchos los momentos y experiencias que he vivido con Iñaki Ugarteburu, y, ahora que nos ha dejado, tengo un sentimiento de añoranza profundo que se mezcla con sentimientos de orgullo y agradecimiento. Pero por encima de todo quisiera resaltar el mensaje de esperanza que nos infunde la vida de personas ejemplares como Iñaki Ugarteburu. Personas como él son las imprescindibles. Se ha ido de entre nosotros, pero vivirá siempre en nuestra memoria y en nuestro corazón.

Nota

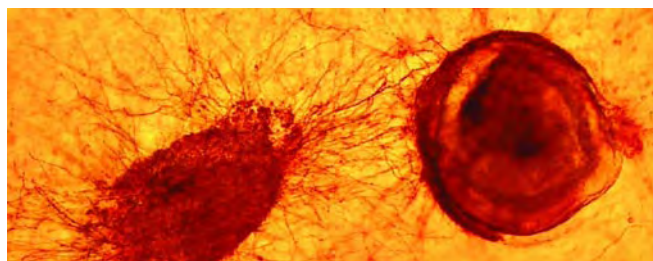
1. En la página Web del Instituto de Euskera se pueden ver los textos y vídeos del acto civil de despedida que se celebró en Getxo el 23 de marzo de 2009: <<http://ehu.es/ehg/ugarteburu>>.

Bibliografía escogida de Iñaki Ugarteburu

- Alberdi, X., e I. Ugarteburu (1999): *Euskaltzaindiaren araugintza berria: ikastaroa*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Alberdi, X., e I. Ugarteburu (eds.) (2003): *Espezialitate-hizkerak eta terminologia*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Igerabide, J. K., e I. Ugarteburu (eds.) (2006): *Erizaintzako hiztegia*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Navarro, F. A., e I. Ugarteburu (2002, 2003, 2004, 2005): «Biological English. ¿Cómo lo digo en español? Eta euskaraz?» (cinco entregas publicadas), en Colegio Oficial de Biólogos de Euskadi: *Biogaia*. <www.ehu.es/euskalosasuna/irakurgaiak/biogaia.pdf> [consulta: 11.9.2009].
- Ugarteburu, I. (1996, 1997): «Medikuntzako euskara ereduak I, II», *Berba*, 21 (UZEI), San Sebastián.
- Ugarteburu, I. (1997): «Akronimoen lexikalizazioa: HIESetik hiessera», *Nazioarteko Terminologia Biltzarra*, UZEI, IVAP, Donostia, 365-385.
- Ugarteburu, I. (2000): «Implantar e implante», *Panacea*, 1 (1): 14-15. <www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n1_Implante.pdf> [consulta: 11.9.2009].

- Ugarteburu, I. (2000): «Ortografía y traducción», *Panacea*, 1 (2): 56-58. <www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n2_OrtografiaUgarteburu.pdf> [consulta: 11.9.2009].
- Ugarteburu, I. (2000): «Traducción especializada», *Panacea*, 1 (1): 31-32. <www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n1_TradEspecializada.pdf> [consulta: 11.9.2009].
- Ugarteburu, I. (2001): «De cómo tomé la decisión de utilizar el diccionario», *Panacea*, 2 (4): 64-65. <www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n4_UtilizarDiccionario.pdf> [consulta: 11.9.2009].
- Ugarteburu, I. (2001): «Préstamos léxicos y adecuación gráfica», *Panacea*, 2 (3): 71-74. <www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n3_Ugarteburu.pdf> [consulta: 11.9.2009].
- Ugarteburu, I. (2002): «Google Glossary Search», *Panacea*, 3 (9-10): 71. <www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/Pana9_entremes_googleglossary.pdf> [consulta: 11.9.2009].
- Ugarteburu, I. (2002): «La traducción de términos de especialidad», en *Proceedings 1st International Conference on Specialized Translation*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra, pp. 110-113.
- Ugarteburu, I. (2002): «Medikuntza eta euskara gaurkotzeko lanak», *Administrazioa Euskaraz*, 37. <www.ivap.euskadi.net/t59aWar/revistaJSP/t59aVerEjemplar.do?R01HNoPortal=true&t59aTipoEjemplar=R&t59aNumEjemplar=37> [consulta: 11.9.2009].
- Ugarteburu, I. (2002): «Mi diario», *Panacea*, 3 (9-10): 96-97. <www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/Pana9_lapiz_ugarteburu.pdf> [consulta: 11.9.2009].
- Ugarteburu, I. (2003): «Lexicografía especializada en lengua vasca», en M. B. Gutiérrez (dir.): *Aproximaciones al lenguaje de la ciencia*. Burgos: Instituto de la Lengua Castellano y Leonés, pp. 465-497.
- Ugarteburu, I. (2004): «EHUko zuzenketak: mailak eta motak», *Senez*, 27. <www.eizie.org/Argitalpenak/Senez/20041031/zuzenehu> [consulta: 11.9.2009].
- Ugarteburu, I. (2004): «Hizkuntza zerbitzuak unibertsitatean», *BAT Soziolinguistika Aldizkaria*.
- Ugarteburu, I. (2005): «Euskara teknikoaren didaktika», en *Nerekin yaio nun. Txillardegiri omenaldia (Iker 17)*, *Euskaltzaindia*: 431-456.
- Ugarteburu, I. (2008): «Osasun arloko testuak eta lexikoa XXI. mendeari begira», en *Euskaltzaindia: Euskal Gramatika eta Literaturari buruzko Jardunaldiak XXI. mendearen atarian (I-II) Iker 19*: 235-254. <www.euskaltzaindia.net/dok/ikerbilduma/70480.pdf> [consulta: 11.9.2009].
- Ugarteburu, I., y P. Salaburu (eds.) (2007): *Espezialitate-hizkerak eta terminologia II*. Bilbao: Universidad del País Vasco,.

En la página Web que Iñaki Ugarteburu creó para la docencia en la Facultad de Medicina y Odontología (<www.ehu.es/euskalosasuna/artikuluak.htm>) se pueden consultar algunos de sus trabajos. Espero que dicha página no desaparezca como consecuencia de la reciente remodelación de la Web de la UPV/EHU.



Carlos Castilla del Pino (1922-2009): psiquiatra, ensayista y académico de la RAE

Una anécdota sobre la traducción médica en sus memorias

Juan Manuel Martín Arias*

El psiquiatra, ensayista y miembro de la Real Academia Española Carlos Castilla del Pino (San Roque [Cádiz], 1922-Córdoba, 2009) falleció el pasado 15 de mayo a la edad de 86 años. Además de una ingente obra psiquiátrica y ensayística sobre los más variados temas, nos ha dejado unas magníficas memorias en dos tomos (*Pretérito imperfecto*¹ y *La casa del olivo*²) que fueron reconocidas con el IX Premio Comillas de Historia, Biografía y Memorias. El primer tomo abarca desde el nacimiento del autor hasta su marcha a Córdoba para hacerse cargo del Dispensario de Salud Mental de esa ciudad a la edad de 27 años. Atrás quedan su traslado a Madrid desde su pueblo natal para estudiar Medicina y una soberbia descripción de la vida en la capital de España durante la posguerra.

La vocación científica de Castilla del Pino fue extraordinariamente precoz. En 1933, un año antes del fallecimiento de Ramón y Cajal, cuando tenía solo once años y cursaba segundo curso de bachillerato, montó en su habitación un laboratorio de histología, al que llamó L. B. A. (Laboratorio de Biología Animal). Allí se dedicaba a realizar los más variados experimentos, a diseccionar todo tipo de bichos a los que él mismo daba caza y a guardarlos en formol. Inventaba nuevos líquidos para conservar y fijar los tejidos para su posterior examen microscópico. Cuando vino a Madrid, trajo consigo algunos de estos líquidos y se los entregó para su uso a los profesores de Histología y Anatomía Patológica, quienes, como es lógico, quedaron asombrados. Ese mismo año, montó también en su habitación un observatorio astronómico. Fue Ramón y Cajal quien, sin saberlo, claro, empujó a Castilla del Pino hacia el agnosticismo. En sus memorias, refiere la impresión que le causó cuando a los doce años vio en los periódicos de la época las fotografías del entierro de Ramón y Cajal: no había «acompañamiento religioso», solo los familiares y un grupo de sus alumnos portando el féretro a hombros. Tampoco en el reciente entierro de Castilla del Pino hubo acompañamiento religioso, pero esto hoy ya no causa la impresión que hubo de causar todavía a muchos en 1934.

Fue también desde muy joven un voraz lector de todo tipo de libros, desde novelas (Pío Baroja era su favorito, y en sus memorias cuenta como lo encontró comprando sobres en una papelería de la Gran Vía y como, después de armarse de valor, inició una conversación con el escritor, que quedó sorprendido por el extenso conocimiento que de su obra tenía una persona tan joven —Castilla del Pino tenía entonces 19 años—) hasta libros científicos, especialmente de Ramón y Cajal, por quien nuestro autor sentía una gran devoción desde los diez años. Fue la lectura de las obras del gran científico español lo que le hizo decidirse por la medicina. Castilla del Pino fue proba-

blemente el lector más joven que tuvieron en España las obras completas de Freud (diecisiete tomos). Las leyó de cabo a rabo a la edad de 16 años, en una época en la que aún no había decidido estudiar Psiquiatría, aprovechando la circunstancia de que el español fuera una de las primeras lenguas a las que se tradujeron las obras del psiquiatra vienés, que falleció en 1936. En *Pretérito imperfecto* aparece el facsímil de una libreta escolar con anotaciones y esquemas en los que Castilla del Pino iba garabateando lo esencial de su lectura de Freud. Una vez en la capital de España, recorrió una y otra vez la cuesta de Moyano y las librerías de viejo del Madrid de la posguerra, en las que los libros, muchos de ellos prohibidos (no se trataba necesariamente de libros de política, también de literatura o filosofía: Ortega, Baroja, Valle Inclán, Thomas Mann, Marañón, Dostoyevski, Nietzsche, Stendhal, etc.) se vendían bajo cuerda. La pasión por los libros lleva a Castilla del Pino a citar en muchas ocasiones el nombre del traductor; no debe olvidarse que en aquella época el traductor figuraba no sólo en los libros de literatura, sino también en las obras científicas, incluidas las de medicina, que por entonces eran siempre de un solo autor, al contrario del carácter semianónimo que tiene hoy en día la autoría de los manuales médicos y, la mayoría de las veces, del absoluto anonimato de sus traductores³).

En Madrid, desde el primer momento, Castilla del Pino se siente atraído por los viejos cafés en los que se reunían en tertulia gran parte de los artistas, escritores e intelectuales de la época. En este recorrido aparecen nombres de establecimientos que ya no existen —algunos han sido sustituidos por una hamburguesería o por una sucursal bancaria—, por lo que el relato de este peregrinar que al caer la tarde realizaba Castilla del Pino por los cafés de Madrid posee un halo marcadamente nostálgico para quienes vivimos en la capital de España. Ni que decir tiene que, a sus 19 años, no osaba entablar conversación con los célebres personajes que acudían cada tarde a estos cafés. Todo lo más, se sentaba en una de las mesas de mármol, pedía un café e intentaba imaginar de qué se estaba hablando en las diferentes tertulias, soñando con el día en el cual él mismo sería admitido como un tertuliano más.

En el café Gijón, uno de los más bohemios de Madrid, situado en el Paseo de Recoletos y que aún hoy acoge a un buen número de escritores, artistas, actores e intelectuales, una tarde Castilla del Pino observó una curiosa escena relacionada con la traducción médica. Aunque excesivamente larga, merece la pena transcribirla tal y como la cuenta el autor:

Pero en el café Gijón había también personajes aislados, solitarios, mañaneros, que me atraían más, y a los

* Traductor médico, Madrid (España). Dirección para correspondencia jmtraductorma@yahoo.es.

que veía los días festivos por la mañana. Uno de ellos era un señor gordito, bien trajeado, que llegaba puntualmente a las nueve con una cartera de cuero; sacaba de ella un periódico, lo abría por la mitad; luego un puro, que iba cortando a tajaditas con un cortaplumas hasta convertirlo en un montón de picadura; a continuación lo convertía en cigarrillos que guardaba en una petaca de cuero (reservándose uno para acompañar el café y el suizo que ya le habían llevado sin necesidad de pedirlo); finalmente, sacaba sus escrituras —debía de ser notario o registrador— y trabajaba en ellas escribiendo en pliegos de papel de barba con una pluma estilográfica de un grueso descomunal. No hablaba con nadie ni saludaba a nadie. Otro era alto, de buena planta, de cabello más bien rubio, al que oí que el camarero le llamaba don Luis. Era cordial y, hasta ponerse a trabajar, mientras se tomaba el primero de los cafés, charlaba con Pedro, el camarero que lo atendía. Luego, don Luis abría una gran carpeta y sacaba un libro, generalmente grueso y un atrilto en el que lo colocaba, y ante él un gran mazo de cuartillas, en las que de inmediato se ponía a escribir como copiando de un libro. No precisé mucho tiempo para averiguar lo que hacía: traducía del inglés. Como yo me ponía en la mesa de al lado pude precisar más: traducía obras inglesas de oftalmología. Un día mostró una actitud de amable curiosidad por lo que yo hacía allí con mis libros y mis apuntes e inició su charla conmigo. Se llamaba Luis Mier. Era oftalmólogo, profesor auxiliar de cátedra; no le interesaba la consulta privada e incrementaba su sueldo con la traducción. Era solterón. Me dijo que iba a trabajar al café porque le molestaban los pasos de los inquilinos del piso de arriba y el ruido de la cisterna.⁴

Esta escena tuvo lugar en 1940, cuando Castilla del Pino estudiaba primero de Medicina. En una nota a pie de página, señala que una de las obras que tradujo Luis Mier, que años más tarde fue profesor suyo en la Facultad de Medicina de San Carlos, fue el famoso Duke-Elder, «un tratado de oftalmología imprescindible en la época».

El autor al que se refiere Castilla del Pino es sir William Stewart Duke-Elder (1898-1978). Nacido en Escocia, es uno de los más grandes oftalmólogos de todos los tiempos. Fue el oftalmólogo particular de Eduardo VIII, Jorge VI e Isabel II, la actual reina de Inglaterra. Su obra es incommensurable, y en ella destacan el *Textbook of Ophthalmology* (siete volúmenes) y el *System of Ophthalmology* (quince volúmenes). Fue fundador del Institute of Ophthalmology de Londres y director de las revistas *British Journal of Ophthalmology* y *Ophthalmic Literature*. En Internet pueden adquirirse ediciones antiguas de Duke-Elder, tanto en inglés como en español. Entre ellas, figuran *Recientes adquisiciones en oftalmología* (Madrid: J. Morata, 1930. Traducción al español de Vte. [sic] Celada) y *Recent Advances in Ophthalmology* (Mosby, 1951. No consta ciudad de edición). En el caso de esta última obra, se trata obviamente de una reedición, porque la primera edición apareció en inglés en una fecha que no hemos podido precisar; en todo

caso antes de 1930, ya que Vicente Celada tradujo esta obra al español en ese año, con el título de *Recientes adquisiciones en oftalmología*). La traducción más antigua de Duke-Elder al español parece ser la de Vicente Celada, que data de 1930. Nada hemos podido averiguar sobre este traductor. En 1931, año de la proclamación en España de la Segunda República, la *Revista Sudamericana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia* (se editaba en Buenos Aires) publicó una pequeña reseña sobre la traducción de Vicente Celada del libro de Duke-Elder *Recent Advances in Ophthalmology*.⁵ Nada se dice sobre la traducción, aunque el autor de la reseña, cuyo nombre no consta (firma sólo con la inicial D.), comenta lo siguiente: «La versión castellana muy cuidada y la presentación impecable de Morata dan realce a la obra». Llama la atención que el título de la versión original, *Recent Advances in Ophthalmology*, se tradujera como *Recientes adquisiciones en oftalmología*. Hoy en día el vocablo inglés *advances* no se traduce al español como *adquisiciones* para referirse a la mejora del conocimiento en una especialidad médica, pero quizás en aquella época era algo habitual.

No es fácil especular acerca de qué obra de Duke-Elder estaba traduciendo el doctor Luis Mier cuando Castilla del Pino lo conoció en el café Gijón de Madrid. Nos atrevemos a suponer que se trataba del segundo volumen del *Textbook of Ophthalmology*, que en la versión original en inglés se compone de un total de seis volúmenes. El primer volumen de esta obra apareció en inglés en 1932. No sabemos si se tradujo al español. El intento de hacer una historia de la traducción médica en España se ve confrontado con un obstáculo prácticamente insalvable, a saber: muchas editoriales médicas española e hispanoamericanas cambian el título del original en inglés, bien porque lo consideran más apropiado o simplemente para conseguir un mayor impacto en los posibles compradores de la versión española,⁶ por lo que muchas veces no es posible saber si un libro se ha traducido o no al español. Probablemente la traducción del primer volumen del *Textbook of Ophthalmology* apareció en España con otro título. El segundo volumen se publicó en inglés en 1937, y de él apareció una reseña en el número de marzo de 1938 de la *British Medical Journal*.⁷ Dado que en 1937 España estaba en plena guerra civil, no cabe pensar que el segundo volumen se tradujera de inmediato. Desde luego, si se tradujo, el autor de la traducción no pudo ser Luis Mier, que en esa época se encontraba en Burgos trabajando como oftalmólogo en un hospital de guerra. Una vez terminada la guerra civil (abril de 1939), es lógico pensar que se reanudó la edición y, por tanto, la traducción de libros extranjeros de medicina. En consecuencia, pensamos que Luis Mier podría estar enfrascado en la traducción del segundo tomo del *Textbook of Ophthalmology* cuando Castilla del Pino entabló conversación con él en el café Gijón en 1940.

Del Dr. Mier tenemos noticias a través del libro *Exilio y depuración política en la Facultad de Medicina de San Carlos*, del doctor Pérez Peña.⁸

Luis Mier Jadraque era desde el uno de octubre de 1934 Ayudante de Clases Prácticas de la Cátedra de Of-

talmología del Prof. Márquez. En Septiembre de 1935, marcha a Inglaterra pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios donde permanecería 10 meses. Allí le sorprendería el 18 de julio e inmediatamente abandona Inglaterra para trasladarse a la España Nacional, fijando su residencia en San Sebastián desde donde se trasladaría a Valladolid para prestar gratuitamente (¡No faltaría más!) sus servicios en la Clínica de Oftalmología del Hospital Militar.

El 19 de marzo de 1937, se incorpora al Hospital de San Francisco Javier de Oña (Burgos), creado por la Cruz Roja Nacional (cuyo Jefe de Servicios era Manuel Bermejillo) donde permanecería hasta julio de 1939.

Toda la Guerra civil sería «Encargado temporal-Jefe del Servicio de Oftalmología», adscrito a la Cátedra del Prof. Buenaventura Carreras, cesando el 31 de octubre de 1940. Antes, el 14 de agosto de 1940, el Ministerio de Educación le había rehabilitado en su cargo sin sanción alguna.

Por O. M. [Orden Ministerial] del 21 de mayo de 1949, sería nombrado Prof. Adjunto.⁹

Las leyes franquistas dictadas al terminar la guerra exigían que los profesores universitarios, para ser rehabilitados en sus cargos sin ser sancionados, demostraran entre otras cosas que, en caso de encontrarse en el extranjero al sobrevenir la guerra civil, habían regresado a España (a la «España Nacional») en el plazo máximo de cinco meses y se habían puesto al servicio del gobierno franquista. Así lo hizo Luis Mier, por lo que, una vez terminada la contienda, no tuvo ningún problema para incorporarse a la docencia, que venía ejerciendo como profesor de Oftalmología desde 1934 en la Facultad de San Carlos. No sabemos si el doctor Mier conoció durante su estancia en Inglaterra a Duke-Elder. Probablemente no aprendió inglés en Inglaterra, ya que estuvo sólo diez meses, y lo más seguro es que dominara este idioma con anterioridad, razón esta que influiría en la decisión de la Junta de Ampliación de Estudios de la República de concederle una beca para ampliar sus conocimientos de oftalmología en Gran Bretaña.

También Castilla del Pino nos vuelve a dar noticias de Luis Mier. Durante su estancia en Inglaterra, Mier se encontró con el doctor Jiménez Díaz, quien a la sazón se encontraba en Inglaterra exiliado del «Madrid rojo». Conociendo Luis Mier las dificultades económicas por las que atravesaban Jiménez Díaz y su familia, tuvo el gesto solidario de ofrecerse a vender una joya de la mujer de Jiménez y entregarle luego el dinero. En esta ocasión, Castilla del Pino se refiere a Mier como «ese profesor de oftalmología excéntrico y solitario que conocí en el café Gijón».¹⁰ Cuando Castilla del Pino, una vez terminada la carrera, pasa a prestar sus servicios en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Madrid, dirigido por López Ibor, colabora ocasionalmente con Luis Mier en la exploración de algunos enfermos neurooftalmológicos (en realidad se trataba más bien de un servicio hospitalario de neuropsiquiatría, no de psiquiatría). En general, Castilla del Pino se refiere siempre a Mier como una persona amable, leal y profesionalmente competente, a pesar de que

las opiniones políticas de uno y otro eran totalmente dispares (Mier, franquista, aunque seguramente moderado, y Castilla del Pino, ya por entonces, de izquierdas). Nada más sabemos del doctor Mier. Los intentos que hemos realizado de seguir su trayectoria humana y profesional (¿continuó traduciendo textos de oftalmología del inglés?) han sido infructuosos. Al teclear en Google «Luis Mier oftalmología» aparecen varios oftalmólogos con este apellido, poco frecuente en España, pero ninguno con el nombre de Luis. ¿Sus hijos? ¿Sus nietos? Recordemos que Castilla del Pino nos lo presenta como un «solterón», que era el término, mitad cariñoso, mitad despreciativo, cuando no admirativo, que se usaba en la época.

Para quienes hoy trabajamos en el campo de la traducción médica sentados durante interminables horas ante el ordenador, con todo tipo de diccionarios y recursos *online*, amén de programas de asistencia a la traducción tales como TagEditor, SDLX 2007 y Wordfast Classic, conscientes de que nuestro nombre jamás aparecerá en el libro cuando finalmente se edite, resulta sorprendente saber de un médico que traduce del inglés obras de oftalmología en la mesa de mármol de un café bohemio de Madrid, con un cafetito al lado, mientras intercambia afablemente saludos con los parroquianos. Conviene recordar que en esa época la mayoría de los libros de medicina no se traducían del inglés, sino del francés y del alemán, incluso del italiano. Recordemos a este respecto lo que decía Ramón y Cajal sobre las «lenguas sabias»: «No se crea, empero, que el investigador debe hablar y escribir todas las lenguas de Europa: al español le bastará traducir las cuatro siguientes, que se ha convenido en llamar lenguas sabias y en las cuales aparecen publicados casi todos los trabajos científicos: el francés, el inglés, el italiano y el alemán».¹¹ De hecho, la mayor parte de los libros que Castilla del Pino utilizó para sus estudios de Medicina (1940-1945) eran de autores alemanes, y el alemán era el idioma que mejor conocían las grandes figuras de la medicina española de la época (Gregorio Marañón, Jiménez Díaz, López Ibor, Rodríguez Lafora, Agustín del Cañizo, Laureano Olivares, León Cardenal, Gay Prieto, García Tapia, Enríquez de Salamanca etc.), muchos de ellos profesores de la Facultad de Medicina de San Carlos en la posguerra, otros exiliados o «depurados».

Sirvan estas líneas como homenaje a nuestro admirado Castilla del Pino y también al doctor Luis Mier, ilustre predecesor en la época heroica de la traducción médica de quienes en España, con mejor o peor fortuna y acierto, nos dedicamos hoy a este menester. Siempre es bueno recordar —se olvida a menudo— que no partimos de cero y que somos los continuadores de una apasionante tarea que otros comenzaron cuando nosotros, traductores del siglo XXI, aún ni siquiera habíamos nacido.

Notas

1. C. Castilla del Pino (1997): *Préterito imperfecto*. Barcelona: Tusquets.
2. C. Castilla del Pino (2004): *La Casa del Olivo*. Barcelona: Tusquets.
3. Entre otras muchas, Castilla del Pino cita en sus memorias las traducciones de libros de medicina de la época realizadas por López

- Ibor (*La encefalitis letárgica*, de Von Economo) y Rof Carballo (*Fisiología patológica*, de Becher). La traducción de López Ibor se publicó en la editorial Calpe.
4. C. Castilla del Pino, o. cit., p. 305.
 5. *Revista Sudamericana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia*, XIV (3): 188. Marzo de 1931, Buenos Aires.
 6. Hace unos años traduje en su totalidad un libro norteamericano titulado *A Pocket Reference for Psychiatrists*. El título era muy apropiado, porque el libro tenía exactamente las dimensiones del bolsillo de la bata que usan los médicos. Apareció en español con el sorprendente título de *Manual de psiquiatría*. No es inusual que traduzcamos libros titulados, por ejemplo, *Essentials of Immunology*, que después vemos en las librerías con el pomposo título de *Manual clínico de inmunología: diagnóstico y terapéutica*.
 7. *British Medical Journal*, marzo de 1938, p. 516.
 8. 2005. El doctor Pérez Peña es en la actualidad catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y pertenece a la última promoción de médicos que se licenciaron en el «viejo caserón» de San Carlos, antes de que la facultad fuese trasladada definitivamente a la Ciudad Universitaria. Es autor también de una obra excelente sobre la historia de la enseñanza de la medicina en España (F. Pérez Peña [2005]: *Los últimos clínicos de San Carlos*. Madrid: Visión Net). Entusiasta defensor del franquismo, no tiene nada de extraño que las descripciones y valoraciones que Pérez Peña nos ofrece del Madrid de la posguerra en general y de los estudios de Medicina en particular sean, en la mayor parte de los casos, totalmente discordantes de las de Castilla del Pino.
 9. F. Pérez Peña (2005): *Exilio y depuración política en la Facultad de Medicina de San Carlos*. Madrid: Visión Net, p. 99.
 10. C. Castilla del Pino, o. cit., p. 386
 11. S. Ramón y Cajal (1971): *Los tónicos de la voluntad: reglas y consejos sobre investigación científica*, 9.ª ed. [texto de la tercera edición, de 1912]. Madrid: Austral, p. 70.

Cuando los traductores yerran y nadie los enmienda: *duramadre* y *piamadre* Francisco Cortés Gabaudan

J. Hyrtl, en su *Onomatologia anatomica*, de 1880, pp. 194-195, expone con toda claridad la historia de la extraña denominación *pia māter* (*piamadre*) en su capítulo «Dura und pia mater». Su explicación se sigue considerando hoy día válida y, en general, es aceptada sin discusión; así en Marcovecchio o en el artículo de G. Stromhaier «Constantine's Pseudo-classical Terminology», en Ch. Burnett y D. Jacquart (eds.) (1994): *Constantine the African and Ali ibn al-Abbas al Magusi* (Brill), pp. 95-96.

Una vez más, hay que partir de los médicos griegos. Reconocían la existencia de dos membranas que envolvían el cerebro; la más externa, dura y gruesa recibía el nombre de *pakheía mēninx* παχέα μήνιγξ 'membrana gruesa' o *sklēra mēninx* σκληρὰ μήνιγξ 'membrana dura', mientras que la más interna y fina recibía el nombre de *leptē mēninx* λεπτή μήνιγξ 'membrana fina'. No supieron que hay una tercera membrana intermedia, la que hoy llamamos aracnoides. Estas denominaciones están ya en Hipócrates, quien afirma en uno de los tratados que nos han llegado bajo su nombre (*De locis in homine* 2.19, considerado, si no de Hipócrates, sí de su época, siglos. V-IV a. C.): «Son dos las membranas (*mēninges* en griego) del cerebro, la que está más arriba es más gruesa, mientras que la que toca el cerebro es fina».

Fue el médico persa Alí Abas (Ali ibn Abbas), en su *Kitab al-Maliki*, publicado hacia el 980, quien tradujo la palabra griega *mēninx* μήνιγξ, referida a las membranas del cerebro, en la expresión árabe *umm al-dimāgh*, literalmente 'madre del cerebro', porque, en efecto, en árabe se usa la palabra *umm*, 'madre', en forma metafórica, en multitud de expresiones para todo aquello que se supone que engendra o nutre. Constantino el Africano, de la escuela médica de Salerno, tradujo en 1087 parcialmente la obra de Alí Abas al latín en el famoso *Liber pantegni*, y lo hizo en su totalidad Estéfano de Pisa unos años más tarde, en 1127, con el título *Liber regalis dispositionis*. Pues bien, estos traductores del árabe al latín fueron los responsables de las denominaciones *dura mater* (en árabe, *al-umm al-gāfiya*) y *piamater* (en árabe, *al-umm ar-raqīqa*). Mientras que en árabe la metáfora de aplicar *umm* 'madre' a 'membrana' se entiende sin mayor problema, en latín, como después en las lenguas modernas que siguen el latín, resulta muy chocante. El citado Stromhaier considera que podemos estar o ante el traslado poco afortunado de un calco de una lengua a otra o, si Constantino el Africano era bilingüe en árabe y latín, ante una traducción válida para quien asociaba en su conciencia lingüística al latino *māter* los significados de *umm* en árabe, pero no para quien solo sabía latín. El desaguisado, que afecta tanto a *duramadre* como a *piamadre*, se mantuvo y se oficializó en la nomenclatura anatómica.

En el caso de *piamadre* la cosa resultó todavía peor, porque la mala traducción afectó tanto al sustantivo como al adjetivo, ya que el árabe *raqīq* 'tierno', 'suave' (*leptē* λεπτή en griego) debería haberse vertido a latín con *tenuis* y no con *pia*; se escogió el valor moral del término árabe en un contexto anatómico que se refería al sentido propio. Hyrtl piensa que fue cosa de monjes, pues esa era la condición de los traductores citados.

El resultado, en cualquier caso, no podía haber desfigurado más el original griego *leptē mēninx* λεπτή μήνιγξ que sencillamente significaba 'membrana fina'.

© Francisco Cortés Gabaudan. <www.dicciomed.es>. Universidad de Salamanca

■ En recuerdo de Álvaro García Meseguer (1934-2009)

El 27 de junio fallecía en Madrid Álvaro García Meseguer. Aunque con retraso, no queremos dejar pasar la ocasión de recordar desde *Panace@* a quien, a lo largo de varios números, compartió con nosotros sus reflexiones sobre el sexismo lingüístico, uno de los temas que más interesaron en los últimos años a este ingeniero de caminos, profesor de investigación y especialista de fama internacional en el campo de las estructuras de hormigón, traductor de textos teatrales (suyas son las versiones españolas de *Barroco*, de Darko Lukić y Tomaž Pandur, y de la adaptación teatral de *1984*, de George Orwell, recientemente estrenada en Madrid). Mucho ha tenido que ver, sin duda, en esta pasión escénica su mujer, Pilar de Yzaguirre, agente y programadora teatral, fundadora y primera directora del Festival de Otoño de Madrid.

Álvaro era un excelente comunicador, de trato muy directo y afable, de mentalidad abierta y exenta de prejuicios. Reivindicaba y ejercía su libertad para pensar y para expresarse tanto en privado como en público. Aunque sus afirmaciones fueran vehementes y a veces pudieran parecer provocativas, nunca eran gratuitas: no tenía ningún empeño en nadar contra corriente, pero tampoco en dejarse arrastrar por convencionalismos intelectuales. Álvaro era un «razonador» nato e incansable, pero también un pragmático, enemigo de circunloquios innecesarios, aunque eso le llevara, en alguna ocasión, a corregir o matizar sus propias opiniones: por ejemplo, en su primera obra sobre el sexismo lingüístico, publicada en 1977, afirmaba que la lengua española era sexista, pero en posteriores y más exhaustivos trabajos sobre el tema, de los que dio cuenta en estas páginas, su conclusión fue más bien exculpatoria para la lengua: Álvaro desmenuzó el sexismo del hablante y el sexismo del oyente, desplazando el debate sobre el sexismo desde el ámbito lingüístico al terreno, mucho más relevante, del sexismo cultural o sociológico.

¿Por qué se interesó tanto por la lengua este excepcional ingeniero? Está claro que su interés no se debía exclusivamente a una preocupación por el *rigor* formal de la expresión, sino también por el *valor* de lo que decimos. En todas sus reflexiones lingüísticas hay un importante componente

ético, una preocupación por la calidad de la comunicación. Sin salirnos de sus trabajos dedicados a la ingeniería, esta preocupación queda bien patente en el artículo «La patología y el lenguaje. Informes de patología»,¹ con el que Álvaro se propuso ayudar a hacer su trabajo a los (jóvenes) ingenieros que han de elaborar informes de patología de estructuras. Una página del mencionado artículo está dedicada a la «ética del patólogo», que solo puede basarse, según el autor, en un manejo fino de todas las sutilezas del lenguaje. Los consejos del artículo son prácticos y vienen acompañados de ejemplos y salpicados con notas de humor.² La conclusión es toda una declaración de intenciones:

Por eso, la prevención de errores en construcción pasa hoy (y pasará más cada día) por una zambullida de los ingenieros en el campos de las humanidades. La frontera entre ciencias aplicadas y ciencias sociales ha perdido ya su sentido.

En la base de este nuevo mundo unitario se coloca el lenguaje. Reflexionar sobre él y mirar la realidad cotidiana con ojos nuevos son actualmente dos necesidades en cualquier actividad científica.

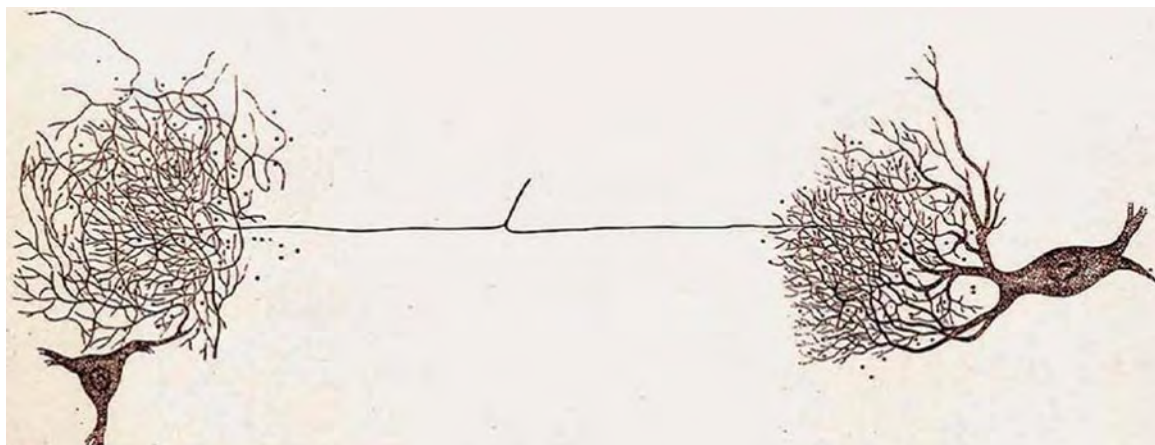
No puede decirse que no fuera consecuente con esas afirmaciones.

Querido Álvaro: echaremos de menos tu personalidad arrolladora y cálida, tu energía, simpatía, generosidad e inteligencia. Que la tierra te sea leve.

La redacción de *Panace@*

Notas

1. Publicado en 1985 en la revista *Informes de la construcción*
2. «Por cierto, y ya que hablamos de grietas y fisuras, quizá interese que yo revele cuál es la diferencia entre ambos conceptos. Según un colega boliviano que me instruyó en ello, fisura es lo que surge en una estructura calculada o construida por nosotros y grieta lo que surge en una estructura calculada o construida por un colega.»



Cuestiones prácticas de la traducción médica

Emilio Ortega Arjonilla*

IV Jornadas Científicas y Profesionales de Tremédica. Málaga (España), 22-24 de octubre del 2009



Del 22 al 24 de octubre de 2009 se celebraron en la Facultad de Filosofía y Letras (día 22) y en la Facultad de Ciencias (días 23 y 24) de la Universidad de Málaga las IV Jornadas Científicas y Profesionales de Tremédica (<www.tremedica.org/jornadas-conferencias/malaga2009.html>), que reunieron a un buen número de profesionales de la traducción médica y científica, profesores universitarios de traducción especializada y alumnos (de licenciatura y de posgrado) de traducción e interpretación.

En esta ocasión, los asistentes y participantes —más de un centenar— procedían de Estados Unidos, Francia, Alemania, Bélgica y España. Entre las universidades que se vieron representadas por profesores o alumnos en estas jornadas destacamos las de Granada, Autónoma de Madrid, Jaime I de Castellón, Valencia, Córdoba, Pablo de Olavide de Sevilla y la anfitriona, la de Málaga. Los profesionales, autónomos o empleados de empresas con servicios propios de traducción o agencias, procedían de varios países y de todos los rincones del territorio español: Andalucía, Galicia, Valencia, Madrid, Cataluña, Cantabria, etcétera.

Si el éxito en cuanto al número de asistentes podemos considerarlo como bastante satisfactorio —más de un centenar entre profesionales de la traducción médica o científica (más de 40), profesores de traducción y becarios de investigación (más de 10) y alumnos de traducción e interpretación (más de 40)—, lo realmente interesante y digno de mención en estas jornadas ha sido el alto grado de participación de los profesionales, profesores y alumnos en los debates que se entablaron en torno al apasionante mundo de la traducción médica y científica.

Entre los debates más animados destacan los que versaron sobre los nuevos mercados de traducción, sobre los efectos de la globalización en la práctica profesional de la traducción, sobre la calidad y la ética profesionales y sobre los modos de formación que pueden resultar más efectivos para conseguir que el aula universitaria sea una plataforma de preparación de profesionales competentes en este complejo y variado mercado de la traducción médica y científica. También se trató la importancia de la formación continua y del reciclaje de los profesionales, sobre todo en los ámbitos relacionados con la evolución de las nuevas tecnologías informáticas aplicadas a la traducción y las demandas de los clientes, que, en muchas ocasiones, condicionan la concesión de un encargo al dominio de determinadas herramientas informáticas.

Siguiendo por orden cronológico la sucesión de ponencias y talleres previstos para estas jornadas, destacamos los aspectos más relevantes de cada una de las actividades. Habría que señalar, como novedad este año, la agradable sorpresa de que la mayoría de los ponentes fueran presentados por distintos socios de Tremédica que acudieron a las jornadas, lo que dejó patente el potencial humano y profesional de la asociación.

El día 22, jueves, dieron comienzo las jornadas con una ponencia de Vicent Montalt, profesor titular de traducción e interpretación de la Universidad Jaime I de Castellón y director del Máster en Traducción Medicosanitaria de esta Universidad. El profesor Montalt disertó sobre los «Aspectos retóricos de la traducción y redacción médicas», incidiendo en la falta de investigación que caracteriza al estudio de la traducción y la redacción médicas desde una perspectiva retórica, más allá del estudio de la terminología, algo que se constituye en seña de identidad de la investigación traductológica en traducción médica. Hizo algunas propuestas interesantes en las que apuntaba hacia la eliminación de barreras en la consideración de la traducción y la redacción en el ámbito biosanitario. El estudio de la redacción científica, a la par que el de la traducción, se puede llevar a cabo de forma unitaria si se parte de un enfoque «retórico», superando así la adopción de un enfoque exclusivamente «terminológico».

A continuación, Yves Champollion, creador de WordFast, experimentado traductor y profesor de traductología del ESIT de París, presentó su ponencia, que versaba sobre la percepción de los aspectos profesionales de la traducción en la denominada «era de la globalización». Hizo un recorrido histórico por los momentos en los que hemos asistido a un trabajo «internacional» y «globalizado» de la traducción, haciendo calas en algunos, como la redacción de la versión de los Setenta de la Biblia, la traducción en la Edad Media

* Traductor de textos médicos y jurídicos y profesor titular de Traducción e Interpretación de la Universidad de Málaga (España). Dirección para correspondencia: eortega@uma.es.

y en diversos otros momentos de la historia, hasta llegar a la época contemporánea, con hitos como la creación de la FIT y la AIIC para regular el ejercicio profesional y la formación de traductores e intérpretes. Entre los aspectos más destacados de su ponencia cabe señalar su apuesta por el asociacionismo a escala internacional, e incluso planetaria, como instrumento para garantizar la presencia de representantes de la traducción en instituciones internacionales y en los foros de decisión que permitan su reconocimiento social y la regulación del ejercicio profesional.

Finalizó este primer día de jornadas con un taller impartido por M. Gonzalo Claros Díaz, presidente de Tremédica, profesor titular de Biología Molecular de la Universidad de Málaga y traductor y revisor de textos científicos y médicos. Este primer taller tenía por objeto la presentación de recursos para la traducción médica, atendiendo a los recursos de los que dispone Tremédica. También se hizo una somera presentación de la asociación y de la revista *Panace@* para informar a aquellos de los presentes que no eran miembros de esta asociación sobre los objetivos y la filosofía de esta asociación internacional de traductores y redactores científicos.

El día 23 fue la jornada central de este encuentro académico y profesional. En ella se impartieron cinco talleres, tres por la mañana y dos por la tarde, y finalizó con una ponencia de Esperanza Alarcón y la presentación de novedades editoriales por parte de Emilio Ortega.

El taller n.º 2, «Revisión y corrección de textos médicos destinados a los pacientes... y algo más», corrió a cargo de Blanca Mayor Serrano (doctora en traducción e interpretación, investigadora en terminología y miembro de Tremédica) y versó sobre las dificultades que conlleva la redacción y revisión de textos médicos de carácter divulgativo. Aun siendo el primero del día, consiguió que los asistentes intervinieran en la resolución de los desaguisados que la ponente encuentra en folletos de organismos públicos (nacionales a internacionales) y sociedades médicas.

En el taller n.º 3, «Traducir un ensayo clínico: cuestión de protocolo», el segundo de este día 23, Pablo Muguerza Pecker (médico-traductor y miembro de Tremédica) abordó de forma magistral las dificultades que aparecen en la traducción de este tipo de texto especializado y las estrategias más adecuadas que se han de aplicar para conseguir un producto de calidad. La ponencia, además de formativa, también resultó muy entretenida y tuvo un elevado grado de participación.

El taller n.º 4, «La traducción audiovisual de series de temática sanitaria: el caso de la serie *House*», con el que se cerraban las sesiones de la mañana, corrió a cargo de Ana Belén Martínez López (doctora en traducción e interpretación, profesora de traducción de la Universidad de Córdoba y profesional de la traducción médica), que hizo un recorrido por los errores terminológicos de traducción detectados en el análisis de cuatro capítulos de la primera temporada de las versiones doblada y subtitulada (al español) de dicha serie. Los ejemplos se centraban en los errores en el uso de la terminología —en español— en aquellos pasajes en los que se entablaba un diálogo entre especialistas (comunicación médico-médico).

Hubo una gran participación de los asistentes y se debatieron las distintas propuestas de mejora en cada caso.

La sesión de tarde comenzó con el taller n.º 5, «Biología, química, farmacia y medicina: toda la ciencia en una patente», impartido por M. Gonzalo Claros Díaz, quien abordó la complejidad formal que conlleva la traducción de patentes científicas y las estrategias de traducción que se han de aplicar en la difícil tarea de conjugar en un mismo texto precisión terminológica, literalidad y conocimientos científicos de disciplinas diversas.

A continuación, Isabel Jiménez Gutiérrez (profesora de traducción especializada de la Universidad de Málaga) presentó el taller titulado «La terminología anatómica en inglés, francés y español», en el que se hizo un recorrido por los resultados de investigación a que las llevó el estudio pormenorizado de la Nómina Anatómica Internacional (más recientemente denominada Terminología Anatómica Internacional) en comparación con las terminologías anatómicas nacionales en inglés, francés y español. En el taller se puso de manifiesto el eterno debate, siempre inconcluso, entre la norma y el uso, entre los esfuerzos de normalización de la terminología y la variedad existente en el uso habitual de los médicos y científicos de las comunidades estudiadas. Esperemos que la base de datos con los resultados presentados se publique lo antes posible.

A continuación tuvo lugar la intervención de Esperanza Alarcón Navío (profesora titular de traducción e interpretación de la Universidad de Granada). En su ponencia, «La consulta a oftalmólogos en el marco de la traducción médica (francés-español): una experiencia didáctica», presentó los resultados de un proyecto de innovación docente llevado a cabo en la Universidad de Granada y con el que se pretende incorporar la «consulta» a expertos como una parte del proceso de formación en el aula de alumnos de traducción científica. Las conclusiones a las que llegó la profesora Alarcón dieron pie a un extenso debate con los asistentes en el que se abordaron cuestiones relacionadas con la formación de traductores científicos y con los programas (de licenciatura y de posgrado) que intentan garantizar la formación y la cualificación de estos futuros traductores profesionales.

Se cerró la jornada con la intervención de Emilio Ortega Arjonilla (profesor titular de traducción e interpretación de la Universidad de Málaga y traductor de textos médicos y jurídicos). En ella se presentaron algunas novedades editoriales que pueden resultar de utilidad para traductores profesionales, profesores y alumnos de traducción e interpretación. A este respecto, se habló de la pertinencia de recurrir a revistas especializadas para documentarse. Se habló brevemente las tres revistas de traducción e interpretación que se publican en la Universidad de Málaga: *Trans*, del Departamento de Traducción e Interpretación (de periodicidad anual), *Entreculturas*, de un grupo de investigación del departamento (de periodicidad semestral: <www.entreculturas.uma.es>), y *Redit*, de otro grupo de investigación del mismo departamento (de periodicidad semestral: <www.redit.uma.es>). Finalizó la presentación de novedades con los libros recientemente publicados de Gonzalo Claros (sobre traducción y revisión cien-

tíficas) y Blanca Mayor Serrano (sobre redacción científica) y se hizo una breve alusión a dos colecciones monográficas representativas del ámbito de la traducción y la interpretación (la colección Interlingua, de la Editorial Comares, de Granada, y la colección Traducción en el Atrio, de la Editorial Atrio, también de Granada).

El propio Emilio Ortega inició el día 24 con una ponencia sobre los «Límites y dificultades de la traducción editorial de textos especializados de medicina del francés al español». En ella expuso las dificultades a las que se enfrenta un profesional de la traducción cuando tiene que trabajar con esta combinación lingüística. Entre las más características resaltadas por el profesor Ortega está la influencia desigual del inglés en las comunidades científicas de referencia (francófona e hispanohablante), lo que el ponente resumía como un «mènage à trois» en la práctica de la traducción médica.

Se cerraron las intervenciones con una mesa redonda sobre «Formación y práctica profesional de la traducción médica», en la que participaron los organizadores de las jornadas, Gonzalo Claros y Emilio Ortega, y Luisa Fernández Sierra (traductora autónoma y miembro de Tremédica). Esta mesa redonda sirvió de colofón a las jornadas, y en ella salieron a colación los diversos aspectos que caracte-

rizan tanto la práctica profesional como la formación de especialistas en este campo. Se abrió un amplio debate con los asistentes en el que se abordaron cuestiones tan diversas como la deontología profesional, la ética del traductor, los cambios presentes y futuros del mercado de traducción, la idoneidad o no de los programas de formación de traductores y el divorcio existente, en opinión de algunos de los ponentes y asistentes, entre el mundo académico y el mundo profesional de la traducción. Si hubiera que resumir en pocas palabras los resultados de este debate habría que hablar de la explicitación de posiciones encontradas pero, al mismo tiempo, del deseo y la voluntad de llegar a un mayor entendimiento y colaboración entre profesionales y académicos de la traducción médica.

El sorteo de los libros y revistas presentados el día 23 por Emilio Ortega puso fin al encuentro.

En suma, se puede decir, que estas IV Jornadas de Tremédica han permitido, una vez más, hacer un intercambio intensivo de conocimientos entre profesionales, profesores y alumnos que redundará, sin duda alguna, en la mejora de la práctica de la traducción y en el conocimiento de los aspectos más representativos de este apasionante mundo de la traducción y la redacción de textos científicos.

El lápiz de Esculapio

Seisdedos

Joaquín Valls Arnau*

Nicanor tenía seis dedos en cada pie como consecuencia de un desdoblamiento congénito y casi completo del dedo medio que recordaba vagamente los que trazan los railes del tren. Esa circunstancia le tenía muy acomplejado pese a ser, por lo demás, un muchacho agradable y bien plantado. Para colmo, resultaba que los compañeros de la escuela se mofaban de él con frecuentes comentarios que aludían con ironía a su inmensa suerte por no tener igualmente afectadas las manos, o por apellidarse Expósito y no Seisdedos (como le sucedía a otro chico del mismo curso). Tan avergonzado se sentía que, al finalizar la clase de gimnasia, mientras todos se duchaban descalzos en el vestuario, él se protegía los pies con unas chancletas de plástico opaco de tiras entrelazadas. Cuando se decidía a ir a la playa, tampoco se desprendía de ellas, ni siquiera para introducirse en el agua.

Nicanor solía repetir a los más allegados, sin que viniese a cuento, que su bendita madre, al verle siempre atribulado, y temiendo por su salud mental, había indagado en el entorno familiar y consultado también a eminentes especialistas acerca del origen de tal anomalía. Hasta que en una ocasión, mientras cenaban, le explicó, muy solemne, que según había podido averiguar, esta se debía a un factor hereditario de carácter recesivo que se transmitía únicamente entre varones, de modo inexorable, cada cinco generaciones. Su padre, que se hallaba también presente, esa noche parecía prestar más atención al televisor.

En casa nunca más se volvió a hablar del tema. Fue, pues, el tatarabuelo Adolfo —pensaba Nicanor—, aunque su padre no tuviese constancia de ello, quien padeció su misma desdicha. Nadie lo diría, al contemplar lo risueño que se mostraba en esa vieja fotografía que colgaba en la sala de estar, la única que conservaban de él.

Nicanor obtuvo trabajo en un banco. Un día, durante un examen médico rutinario de la empresa, la doctora descubrió con alborozo la presencia del sexto dedo en ambos pies. Le preguntó si su padre tenía, como él, la bifurcación en el dedo medio o bien en otro distinto, puesto que —según aseveró— aquel tipo de malformación, que se daba sólo entre varones, se transmitía sin excepción alguna de padres a hijos. Lo había verificado tras el centenar largo de casos que había tenido oportunidad de estudiar en su tesis doctoral, traducida ya a cinco idiomas, ampliamente difundida en las facultades de medicina de todo el mundo y de referencia obligada en los círculos científicos más acreditados.

* Funcionario y gerente de un organismo público, Barcelona (España). Dirección para correspondencia: vallsaj@diba.cat.

Agenda

■ Congresos y reuniones

Second International Intercultural Competence Conference

Organizado por: CERCLL (Center for Educational Resources in Culture, Language and Literacy).

Lugar: Tucson (Ariz., Estados Unidos)

Fecha: 29-31 de enero del 2010.

Información: <www.cercll.arizona.edu/icc_2010.php>.

V Congreso Internacional de la Lengua Española: «América en la lengua española»

Organizado por: Asociación de Academias de la Lengua Española e Instituto Cervantes.

Lugar: Valparaíso (Chile).

Fecha: 2-5 de marzo del 2010.

Información: <www.congresodelalengua.cl/>.

V Congreso Latinoamericano de Traducción e Interpretación

Organizado por: Colegio de Traductores Públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

Lugar: Buenos Aires (Argentina).

Fecha: 12-16 de marzo del 2010.

Información: <http://traductores.org.ar/nuevo_org/home/default/?id_ruta=0&nivel2=2&nivel3=501&id_nota=801>.

XIII Colóquio da Lusofonia

Organizado por: Colóquios da Lusofonia

Lugar: Florianópolis (Santa Catarina, Brasil)

Fecha: 5-9 de abril del 2010.

Información: <www.lusofonias.net/encontros%202010/paginaprincipal.html>.

Traduire la diversité (domaines littéraire, juridique et des sciences de la vie)

Organizado por: Université de Liège-HEL.

Lugar: Lieja (Bélgica).

Fecha: 6-8 de mayo del 2010.

Información: <www.l3.ulg.ac.be/colloquetraduction2010/>.

EMWA's 30th Conference: "Medical writing in an electronic era"

Organizado por: European Medical Writers Association.

Lugar: Lisboa (Portugal).

Fecha: 11-15 de mayo del 2010.

Información: <www.emwa.org/Lisbon-2010.html>.

V Congreso Latinoamericano de Traducción e Interpretación: «Traducir culturas: un desafío bicentenario»

Organizado por: Colegio de Traductores Públicos de la Ciudad de Buenos Aires (CTPCBA).

Lugar: Buenos Aires (Argentina).

Fecha: 12-16 de mayo del 2010.

Información: <www.traductores.org.ar>.

GLAT Lisboa 2010: «Le multiculturalisme et le rôle des langues spécialisées»

Organizado por: GLAT-ILTEC.

Lugar: Lisboa (Portugal).

Fecha: 17-19 de mayo del 2010.

Información: <<http://conferences.telecom-bretagne.eu/glat-lisboa2010/>>.

Mediaciones Transculturales en Espacios Iberoamericanos: Lenguas, Literaturas y Traducción

Organizado por: Departamento de Literaturas y de Lenguas Modernas de la Universidad de Montreal.

Lugar: Montreal (Canadá).

Fecha: 20-22 de mayo del 2010.

Información: <www.littlm.umontreal.ca/medtrans2010>.

V Coloquio Internacional Comunicación y Transmisión del Saber entre Lenguas y Culturas

Organizado por: Institut für Angewandte Linguistik und Translatologie.

Lugar: Leipzig (Alemania).

Fecha: 27-30 de mayo del 2010.

Información: <www.uni-leipzig.de/~ialt/JOOMLA/content/view/293/189/>.

International Technical Translation Conference / Conferência Internacional de Tradução Técnica

Organizado por: Tradulínguas.

Lugar: Lisboa (Portugal).

Fecha: 28-29 de mayo del 2010.

Información: <www.tradulinguas.com/conf-tech/index.htm>.

51st ATA Annual Conference

Organizado por: American Translators Association (ATA).

Lugar: Denver (Colo., EE. UU.)

Fecha: 27-30 de octubre del 2010.

Información: <www.atanet.org/conferencesandseminars/annual_conference.php>.

AMWA's 70th Annual Conference

Organizado por: American Medical Writers Association.

Lugar: Milwaukee (Wis., EE. UU.)

Fecha: 11-13 de noviembre de 2010.

Información: <<http://congresosdelalengua.es/>>.

■ Cursos

Introduction to Medical Writing

Organizado por: AAG Medical Writing.

Lugar: Londres (Reino Unido).

Fecha: 26 de febrero del 2010.

Información: <[www.aagmedicalwriting.co.uk/medical_writing_training_course.html](http://aagmedicalwriting.co.uk/medical_writing_training_course.html)>.

EMWA Professional Development Programme

Organizado por: European Medical Writers Association.

Información: <www.emwa.org/EPDP/EPDP_Brochure_October_2009.pdf>.

Seminario de traducción médica

Organizado por: Société Française des Traducteurs (SFT).

Lugar: Lion (Francia).

Fecha: del 28 de junio al 2 de julio de 2010.

Información: <www.sft.fr>.

Cursos de español médico

- Escuela Delengua, Granada (**España**). Información: <www.delengua.es/curso-espanol-espana/cursos-de-espanol/curso-de-espanol-medico.html>.
- Linc Spanish School, Sevilla (**España**). Información: <www.lincspanishschool.com/escuela/curso-espanol-medico.php>.
- Escuela Don Quijote, Guanajuato (**Méjico**). Información: <www.donquijote.org/spanish/la/courses.medical.asp>.

- ECELA, Buenos Aires (**Argentina**). Información: <www.ecela.com/esp/services_medical.php>.

- Centro de Lingüística Aplicada, Isla Margarita (**Venezuela**). Información: <http://cela-ve.com/espanol/espaol_mdico.html>.

- Universal de Idiomas, San José (**Costa Rica**). Información: <www.delengua.es/curso-espanol-espana/cursos-de-espanol/curso-de-espanol-medico.html>.

Medical Interpreting Certificate (online)

Organizado por: University of Massachusetts.

Información: <www.umasstranslation.com/academics/interpreting-certificates/#medical>.

Medical English course

Organizado por: Kingsmore International.

Lugar: Bournemouth (Dorset, Reino Unido).

Información: <www.kingsmore.co.uk/medical-english.html>.

Yo no he estudiado griego

José Ignacio de Arana

Médico y escritor. Madrid (España)

Durante la exploración de un paciente en una de las salas del hospital, acompañado por una médico residente de primer año, le señalé a esta la presencia de una pequeña mácula en el tórax, situada en la línea media clavicular, unos centímetros por debajo de la mamila.

—¿Qué te parece esto?

—No lo sé.

—Es una politelia rudimentaria —le dije.

—¿Y eso qué es?

—Politelia. ¿Qué significa en griego? —le pregunté.

—Es que yo no he estudiado griego —respondió.

Y en ese momento confieso que me quedé perplejo por unos instantes. *¿Cómo que no has estudiado griego? Eres médico. ¿Qué son sino griego y latín más del 80 % de las palabras que has aprendido y que utilizas continuamente en esta profesión?*

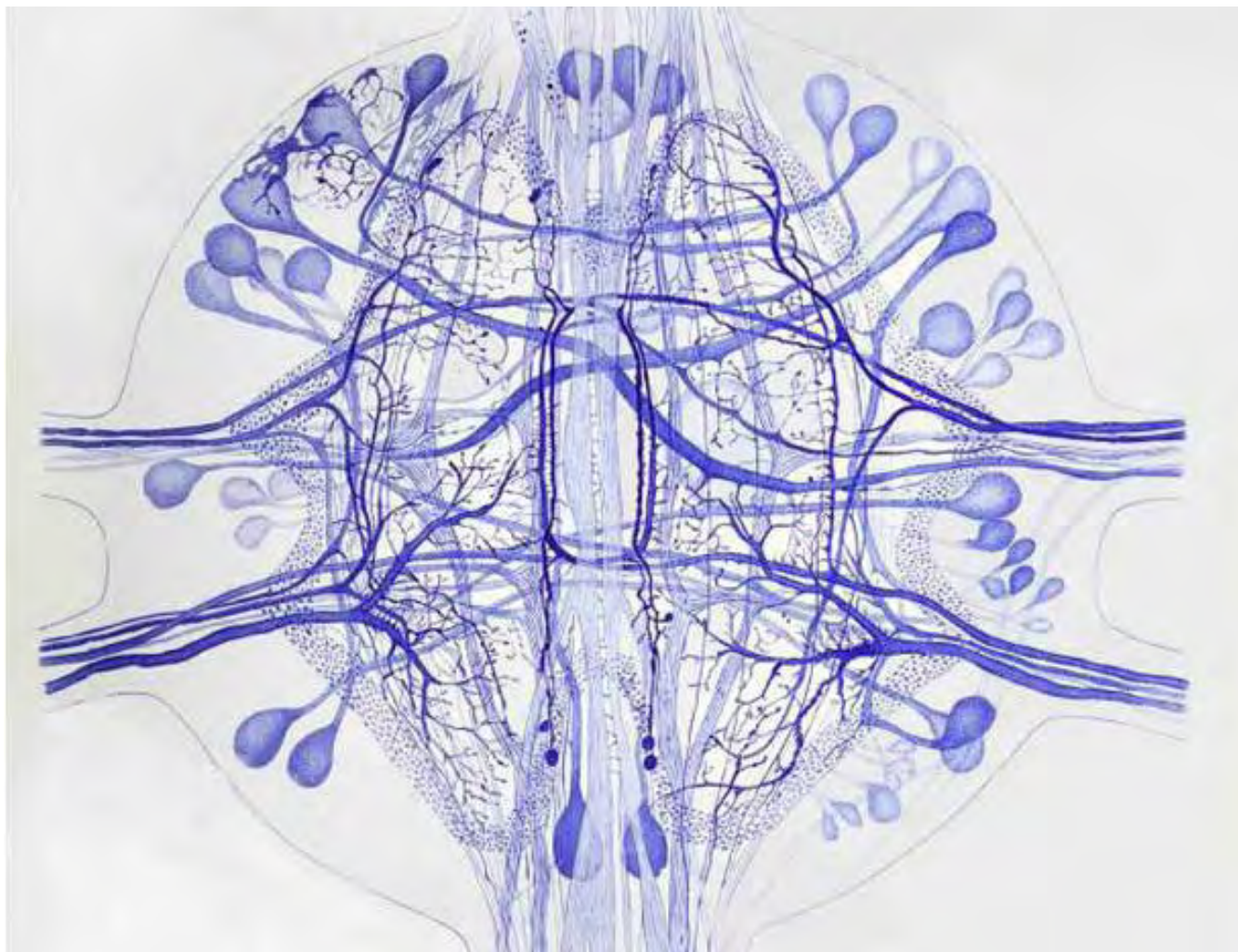
La residente me dirigió una mirada de entre sorpresa y desdén; y a mí me vino a la memoria el personaje de Argán, protagonista de la comedia de Molière *El enfermo imaginario*, aquél que se sorprendió al conocer que hablaba en prosa sin saberlo.

Con demasiada frecuencia sucede esto entre nuestros colegas. Admitimos en nuestro lenguaje sin empacho, e incluso como alarde de «estar al día», términos procedentes de idiomas foráneos que son «lenguas vivas», y de forma destacada el inglés, mientras que ignoramos el colosal fondo etimológico grecolatino —y otro tanto podríamos decir del árabe clásico— del que en realidad se nutre nuestro vocabulario profesional.

Una vez más, la carga de la culpa la debemos asumir quienes ejercemos alguna labor docente en las facultades de Medicina. No es descabellado dedicar unos segundos durante las explicaciones a referir a los alumnos el origen de los nuevos términos que se introducen en cada lección; además, sería una forma de fomentar el humanismo del que tanta carencia padecen el pensamiento y hasta el ejercicio médico actuales.

Reproducido con autorización de «El laboratorio del lenguaje», de *Diario Médico*:

<www.diariomedico.com/blogs/laboratorio>



El lápiz de Esculapio

Partidas inacabadas

Joaquín Valls Arnau*

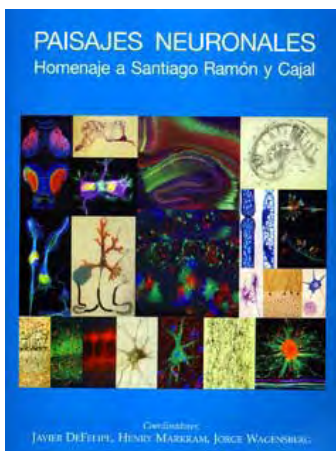
Los horarios de visita eran muy estrictos: de diez a doce por la mañana y de cuatro a seis por la tarde. Cuando no estaba conmigo, mi padre permanecía en la pensión, resguardado del intenso frío exterior, o se paseaba por la ciudad. A mí acudían a despertarme al alba, y durante buena parte del día no cesaban de hacerme pruebas y análisis, mientras hablaban entre ellos una lengua para nosotros extraña.

En el rato que ambos pasábamos juntos por la mañana, primero bajábamos caminando hasta el lago, en cuyo interior algunos patinadores trazaban figuras sobre la superficie helada, y de regreso nos dedicábamos a chutar castañas en una plaza por la que nadie transitaba. Por la tarde escribíamos a mamá y a mis hermanas y jugábamos una partida de cartas tras otra. Íbamos anotando en un cuaderno los puntos acumulados hasta que, cuando en un campanario cercano daban las seis, la enfermera hacía su aparición por la puerta. Entonces mi padre se levantaba, se despedía de mí con un beso y salía precipitadamente de la habitación. Esa última partida de la jornada, que en algún caso hubiese podido decidir el resultado final, quedaba siempre inacabada.

* Funcionario y gerente de un organismo público, Barcelona (España). Dirección para correspondencia: vallsaj@diba.cat.

Nuestros ilustradores

Juan V. Fernández de la Gala*

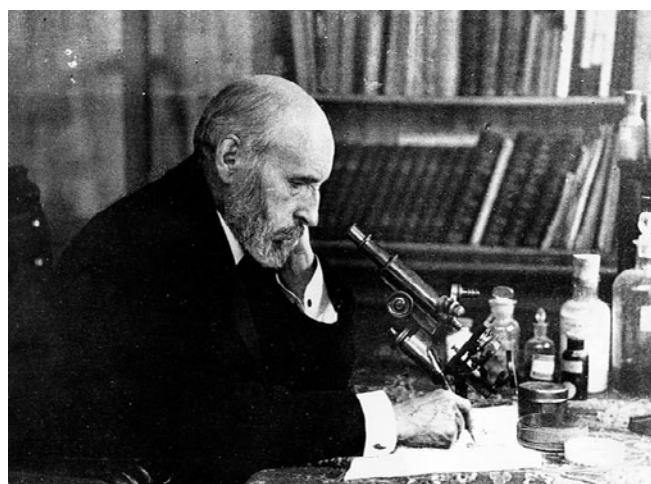


Con la efemérides festiva del décimo aniversario de MedTrad y la satisfacción que a todos nos ha producido la concesión del Premio MEDES 2009 a *Panace@*, llegamos al número 30 de nuestra revista. Las imágenes que lo ilustran pertenecen a la exposición Paisajes Neuronales, una muestra de microfotografías e ilustraciones que marcaron la historia de la neurobiología, junto con una selección de las más modernas técnicas actuales de la imagen microscópica.

Agradecemos expresamente a los directores científicos de la exposición, los doctores Javier de Felipe, del Instituto de Neurobiología Ramón y Cajal, y Henry Markram, director del Brain Mind Institute, de Lausana, su disponibilidad y su gentileza al permitir que la exposición llegue también a las páginas de *Panace@*. Nuestra gratitud asimismo a la Obra Social de La Caixa y, particularmente, a doña Irene Roch, del departamento de prensa, que nos ha brindado las máximas facilidades.

Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)

Nacido en la localidad navarra de Petilla de Aragón, Santiago mostró desde pequeño gran afición por el dibujo. Estudió medicina en Zaragoza y, tras una breve estancia en Cuba como médico militar, ocupó sucesivamente la cátedra de Anatomía de Valencia y las de Histología de Barcelona y Madrid. En 1887 conoció, por mediación de Simarro, el método de la impregnación argéntica, desarrollado por Golgi. Logró con él preparaciones tan nítidas que dieron al traste con la idea dominante en la época de que el sistema nervioso era una red ininterrumpida de fibras. Cajal proclamó así la individualidad de las neuronas, que guardarían entre sí una relación de contigüidad y no de continuidad, y amplió de este modo la teoría celular al sistema nervioso. Valiéndose de sus conocimientos químicos de fotografía, ideó una nueva técnica de tinción con nitrato de plata reducido, lo que permitió un mejor conocimiento del citoplasma neuronal. Otros métodos histoquímicos, como el formol-urano o el oro sublimado, son también de su invención. En 1906 recibió, junto con Camillo Golgi, el Premio Nobel de Medicina. Y en 1922 se creó en Madrid el Instituto Cajal, donde un buen número de investigadores prosiguen hoy la tarea que iniciara este insigne histólogo español.



* Profesor de Historia de la Medicina y la Enfermería, Universidad de Cádiz (España). Dirección para correspondencia: delagala@telefonica.net.

Camillo Golgi (1843-1926)

Nació en una pequeña localidad de los Alpes centrales italianos llamada Corteno, que luego pasaría a llamarse Corteno Golgi en su honor. Estudió medicina en Pavia y, tras unos años ejerciendo la clínica psiquiátrica junto a Lombroso, se orientó definitivamente hacia la investigación anatómica e histológica. Su aportación más significativa fue el uso histoquímico del nitrato de plata (*la reazione nera*, como él la llamaba) para teñir con nitidez las neuronas y poder observar en detalle sus prolongaciones. En 1876 describió los apilamientos de vesículas intracitoplasmáticas que hoy conocemos como aparato de Golgi o complejo de Golgi. Finalmente se volcó en el estudio microscópico del paludismo y pudo esclarecer el ciclo vital del *Plasmodium* y explicar el carácter intermitente de los accesos febriles. En 1906 recibió el Premio Nobel de Medicina, junto con Santiago Ramón y Cajal.

**Joseph von Gerlach (1820-1896)**

Nacido en Maguncia (Alemania), fue profesor de Anatomía en la Universidad de Erlangen y uno de los iniciadores de la histoquímica con su método de tinción del carmín amoniacal. Junto con Apathy, Bethe, Held y el propio Golgi, fue defensor de la teoría del reticularismo, es decir, de la continuidad ininterrumpida de la red neuronal, frente a la idea de Cajal de que las neuronas eran entidades celulares individuales, netamente separadas entre sí por un espacio sináptico.

Gran entusiasta de la microfotografía como herramienta para la investigación científica, Gerlach publicó en 1863 uno de los primeros manuales que se conocen sobre esta técnica: *Die Photographie als Hilfsmittel mikroskopischer Forschung*. Quizá al profesor Gerlach le hubiera gustado saber que sus trabajos con el carmín amoniacal conviven hoy en *Panace@* con las técnicas microscópicas más avanzadas y que la microfotografía sigue siendo, como él vaticinó, una herramienta útil en la creación y difusión de los conocimientos biológicos.

Gustav Retzius (1842-1919)

Nació en Estocolmo, en una familia de conocidos científicos (su padre fue el anatomista Anders Adolf Retzius). Estudió medicina en la Universidad de Upsala y se doctoró en la de Lund. Fue profesor de Anatomía e Histología en el Instituto Carolino y trabajó activamente como editor, como dibujante y como antropólogo físico. Conoció a Cajal en el Congreso Anatómico de Berlín de 1889, y desde entonces ambos mantuvieron una relación epistolar asidua. En sus trabajos de microscopía del sistema nervioso, Retzius aplicó las técnicas de tinción argéntica de Golgi y el azul de metileno de Paul Ehrlich y utilizó como especímenes tanto vertebrados como invertebrados, lo que dio a sus estudios una perspectiva filogenética muy rica. La hermosa sección transversal de la sanguijuela (*Hirudo medicinalis*), que ilustra nuestra portada, es obra suya.

**Nicolás Cuenca Navarrete**

Es profesor de Biología Celular en la Universidad de Alicante, donde dirige a un equipo de investigadores, interesados en la fisiología retiniana desde áreas muy diversas. Entre ellos se encuentran **Gema Martínez Navarrete**, **José Martín Nieto**, **Antonia Angulo**, **Laura Fernández**, **Julián Esteve** y **Laura Campello**. Su trabajo es de un gran efecto estético y puede verse *on line* en la dirección <www.retinalmicroscopy.com>. Cuentan ya con una mención honorífica en el *Olympus BioScapes Digital Imaging*, y algunas de sus imágenes han sido portada en varias revistas científicas internacionales, como *Neuroscience*, *The Journal of Physiology*, *Journal of Neurocytology* o *Investigative Ophthalmology and Visual Sciences (IOVS)*. Las fotografías del profesor Cuenca y su equipo han sido expuestas también en la Feria de Arte Contemporáneo de Madrid (ARCO) y han merecido el Premio Nacional FotCiencia 2006, que convocan anualmente el Ministerio de Ciencia e Innovación, la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), obteniendo no sólo el reconocimiento del jurado, sino también el aplauso unánime del público.



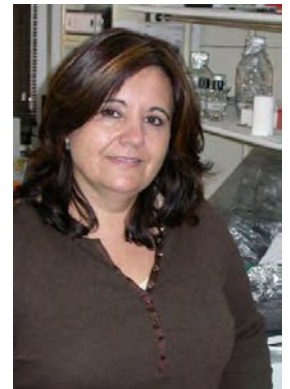
Carlos Matute y María Domercq

Son ambos investigadores de la Universidad del País Vasco. Carlos Matute ha sido pionero en el estudio de los neurogliocitos. Cuando María Domercq se incorporó a su equipo, intentó esclarecer el papel que estas células tienen en el mantenimiento de la homeostasis del ácido glutámico, un aminoácido que es el principal neurotransmisor excitador del cerebro. El hallazgo más sobresaliente de su tesis doctoral fue demostrar la existencia de transportadores para este neurotransmisor en los oligodendrocitos, las células que mielinizan los axones del sistema nervioso central. Y tras varios años de trabajo, hoy pueden afirmar que alteraciones en los transportadores de los oligodendrocitos pueden conducir a la muerte de dichas células mielinizantes y, en consecuencia, a importantes daños en los axones que envuelven. Sus estudios han permitido una mejor comprensión de los mecanismos neurobiológicos que explican las enfermedades desmielinizantes, como la esclerosis múltiple.

Laura López-Mascaraque

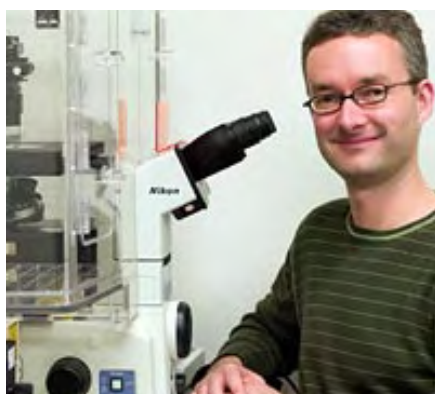
Se licenció en ciencias biológicas en la Universidad Complutense de Madrid y se doctoró en 1987 bajo la dirección del profesor Valverde. Su formación prosigue luego en Sain Luis (Misuri, EE. UU.), en la Universidad de Washington, donde se centra en el efecto del bloqueo de la síntesis proteica sobre la muerte neuronal inducida experimentalmente. En 1990 se traslada al Instituto Salk de San Diego (California, EE. UU.) como investigadora asociada en un proyecto sobre el control quimiotrópico de la iniciación y dirección del crecimiento axonal en el cerebro en desarrollo. En 1992 regresa a España y se reincorpora, como investigadora titular del CSIC, al Instituto Cajal, del que actualmente es vicedirectora.

Sus trabajos de investigación han estado dedicados principalmente al estudio de las migraciones celulares y al establecimiento de conexiones en el cerebro durante el desarrollo embrionario, tanto en la corteza cerebral como en el sistema olfativo.



Tamily Weissman

Miembro del equipo de Jeff Lichtman, la doctora Weissman trabaja en el Departamento de Biología Molecular y Celular de la Universidad de Harvard, en Cambridge (Mass., EE. UU) y ha recibido ya numerosos galardones en varios certámenes de microfotografía, como el Nikon Small World o la Olympus BioScapes Imaging Competition. Su artística fotografía muestra la corteza cerebral y el hipocampo de un ratón transgénico con tres proteínas fluorescentes. Son imágenes de tan fantástico colorido que a ella le gusta llamarlas *brainbows*, por ingeniosa contracción de *brain* y *rainbow*.



Torsten Wittmann

Torsten nació en Alemania y se apasionó definitivamente con las intimidades de la célula en Heidelberg, mientras se esforzaba por visualizar el huso mitótico con técnicas de microscopía de fluorescencia. Actualmente trabaja en San Francisco, en el Departamento de Biología celular y tisular de la Universidad de California. Es gran aficionado a la fotografía digital y ganador de varios premios por sus espectaculares imágenes microscópicas. Las células del neuroblastoma que incluimos aquí constituyen, sin duda, una de las imágenes más impactantes de la exposición.

Un itinerario histológico por las páginas de *Panace@*

Juan V. Fernández de la Gala

El que avisa no es traidor: en ciertas épocas, acostumbran a crecer extrañas plantas en las páginas de *Panace@*, vistosas setas en sus márgenes o frondosos helechos a pie de página. Y los lectores saben entonces que a nosotros nos llegó también la primavera y que abrimos gustosos las ventanas de la redacción al aire vivificante de la estación de los botánicos. Otras veces es la maestría de un pincel entrenado en el arte de la figuración la que hace que la revista se revista (valga la redundancia festiva) de formas y colores nuevos, como las frívolas anatomías que nos mostraba hace poco el ilustrador Fernando Vicente.

Hoy son células —aisladas unas, agrupadas en tejidos otras— las que palpitan aquí y allá en este número (¡el 30 ya!) y nos muestran, entre líneas, su existencia prodigiosa y microscópica. Son ilustraciones y microfotografías pertenecientes a la exposición Paisajes Neuronales, imágenes a caballo entre la ciencia y el arte que no sabríamos decir muy bien si llegaron aquí desde un manual de histología o desde las paredes de alguna galería moderna y vanguardista donde se sirven copas *after hours*. Son micropaisajes celulares que la técnica microscópica nos ha revelado en su intimidad estructural y funcional y por los medios más diversos: desde la histoquímica clásica de Golgi y de Cajal hasta la microscopía confocal, desde las arborizaciones color azabache del nitrato de plata hasta las luminosas galaxias de los fluorocromos. No es la primera vez que se dan cita en *Panace@* la ciencia y la belleza.

Quizá a algunos lectores les guste detenerse en ellas y comentarlas, bien sea en el tono quedo que suele usarse en los museos, bien en la charla franca de las cafeterías.



Título: Células de neuroblastoma | diferenciándose en cultivo

Autor: Torsten Wittmann. Department of Cell and Tissue Biology, University of California, San Francisco (EE. UU.)

Resulta extraño que un tumor infantil tan mortífero como el neuroblastoma pueda resultar tan bello a través del microscopio de fluorescencia y de los filtros magistrales de Torsten Wittmann. Vistas así, las células del neuroblastoma parecen evocar, más bien, lejanas nebulosas o cúmulos estelares perdidos en algún lugar del cosmos.

«Otro ángel azul», ha subtitulado esta imagen el filósofo Fernando Savater, acordándose seguramente de aquel film que dirigió Josef von Sternberg en los años treinta: *Der blaue Engel* (*El ángel azul*). En aquella ocasión, Marlene Dietrich, hermosa y fatal, como lo son también estas células, fue capaz de llevar a un hombre a la desesperación y a la locura. Pues aquí está, como en los ojos de Marlene, la belleza de la fatalidad, la luminosa boca del temor, la llamada seductora de todos los abismos.

Título: Corteza cerebral humana

Autor: Santiago Ramón y Cajal, 1899

«Un día entré en el bosque del sistema nervioso y quedé tan fascinada que nunca he querido salir de allí.» El tejido nervioso es rico en metáforas vegetales, como esta que emplea Rita Levi-Montalcini. Las neuronas se describen clásicamente como células arborescentes, con ramificaciones axonales que simulan troncos o raíces y con otras más cortas que llamamos dendritas (precisamente del griego *dendron*, árbol).

En este dibujo, trazado una tarde por la mano de Cajal en el Madrid depresivo de 1899, aparecen muy bien descritas las células piramidales de la corteza cerebral. A él le gustaba llamarlas «mariposas del alma» —de nuevo las metáforas—, y no hay duda de que la ilustración de Cajal acierta a mostrar en detalle el cuerpo celular típicamente piramidal de estas células. Se ve también una dendrita apical muy gruesa y erizada de espinas que sale de su vértice y asciende hacia la superficie. De los ángulos laterales del cuerpo surge un ramillete de dendritas basales, y de la base del mismo, un axón que desaparece del dibujo para dirigirse a la sustancia blanca subcortical. Unas células «delicadas y elegantes —escribió en 1917—, cuyo batir de alas quién sabe si esclarecerá algún día el secreto de la vida mental».

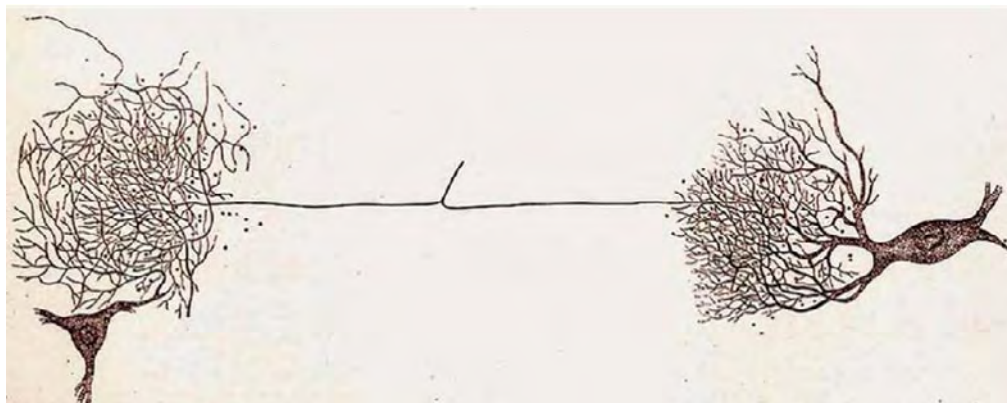


* Profesor de Historia de la Medicina y la Enfermería, Universidad de Cádiz (España). Dirección para correspondencia: delagala@telefonica.net.

Título: Neuronas de la médula espinal del buey formando una red. Tinción con carmín amoniacal

Autor: Joseph von Gerlach, 1872

De acuerdo con la idea de Gerlach, la conducción de los impulsos nerviosos se sustenta sobre una red neuronal compuesta por dendritas (redes dendríticas) y axones (redes axónicas). No hay duda de que la transmisión de la información neuronal es más fácil de explicar si las neuronas están en contacto físico entre sí que si están separadas, una idea que favoreció, sin duda, el gran arraigo de las concepciones reticularistas.

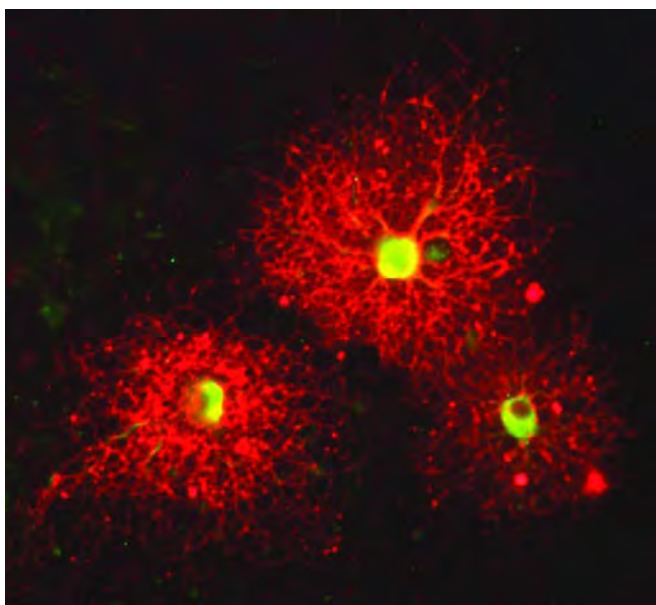


La gran batalla de Cajal en la naciente neurohistología de finales del XIX fue precisamente demostrar que esa maraña vegetal de ramificaciones, espesa y cerrada como la manigua cubana que conoció en su época de joven médico militar, estaba hecha de unidades celulares discontinuas. En torno a los 75 años de edad, Cajal reunió un buen número de pruebas objetivas de la individualidad anatómica de las neuronas y las publicó en su obra *¿Neuronismo o reticularismo?* (1933), con el propósito de mostrar «lo que yo he visto en cincuenta años de trabajo y lo que cualquier observador, exento de prejuicios de escuela, puede fácilmente comprobar».

Título: Oligodendrocitos, marcados in vitro con anticuerpos de la galactocerebrosidasa

Autores: María Domercq y Carlos Matute, Universidad del País Vasco (España)

Es verdad que, a primera vista, parece la exhibición de pirotecnia que marca el comienzo de tantas fiestas patronales. Pero el fondo oscuro que vemos es el campo microscópico y no el cielo nocturno del verano. Son células gliales cultivadas

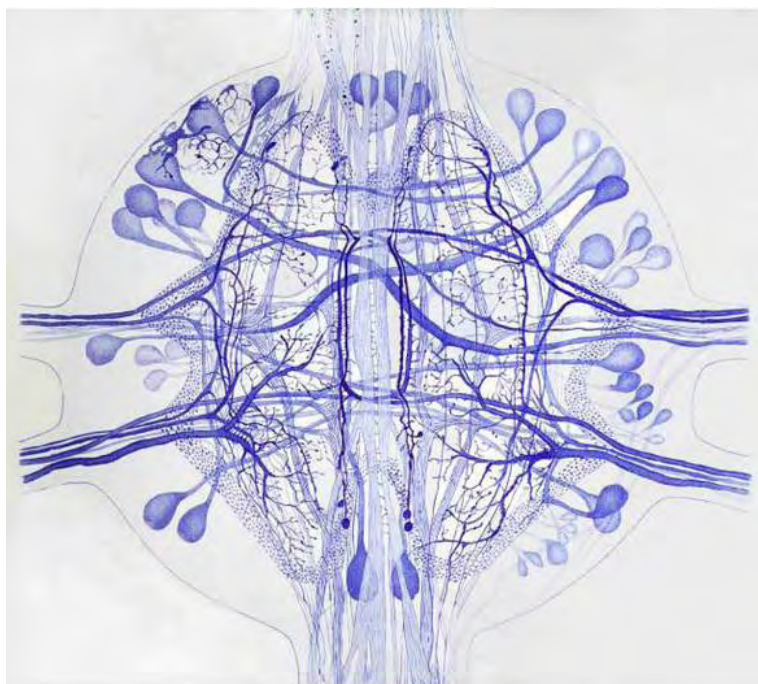


in vitro: tres oligodendrocitos, con su núcleo redondeado en el centro y, alrededor, las prolongaciones del citoplasma, marcadas en alegre tono escarlata. Serán precisamente estas prolongaciones las responsables de la formación de las vainas de mielina en torno a los axones del sistema nervioso central.

En 1859 Rudolf Virchow pensó que estas estructuras formaban parte de un tejido con finalidad cementante y por eso lo llamó *glia* (que en griego significa ‘pegamento’). Hoy sabemos que no son un simple pegamento pasivo y, una vez que se ha puesto en evidencia el decisivo papel de los neuroglíocitos en el soporte, el aislamiento y el mantenimiento del microambiente bioquímico neuronal, hay quien prefiere designarlos con un término lleno de connotaciones tiernamente acogedoras: *células nodrizas*. Aunque admiro mucho a Virchow, me gusta más que lo del pegamento. Sin comparación.

Título: Sistema nervioso central de *Hirudo medicinalis*. Tinción con azul de metileno

Autor: Gustav Retzius, 1891



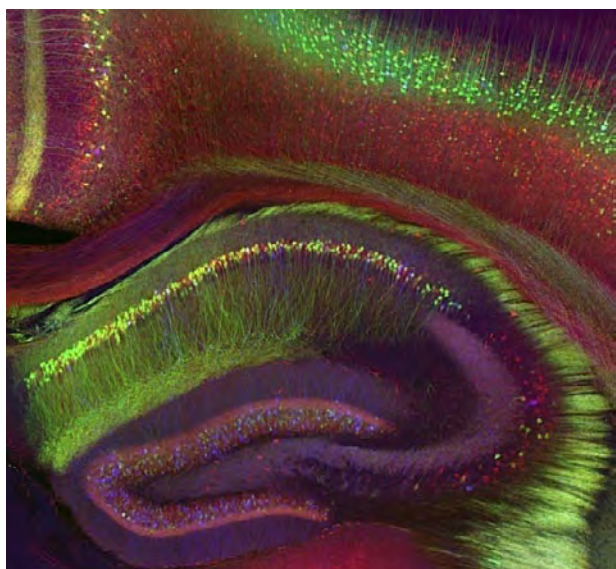
Hirudo es una sanguijuela muy común en las aguas dulces de toda Europa. En ellas parasita fundamentalmente a peces y anfibios, porque las canalizaciones de agua potable han vuelto ya casi anecdótico encontrar uno de estos anélidos en la faringe de algún ser humano, que pudo un día acercarse a beber sin tomar demasiadas precauciones. Desde muy antiguo, barberos y cirujanos las usaron en la práctica de la sangría, de ahí el apelativo específico de *medicinalis*.

Esta hermosa tinción con azul de metileno muestra en detalle un ganglio metamérico de la cadena nerviosa central (dispuesta de arriba abajo en la micrografía), con sus cuatro prolongaciones laterales. El estudio de la estructura básica del tejido nervioso en organismos relativamente sencillos, como estos hirudíneos, permitió entender mejor la compleja estructura del sistema nervioso de los vertebrados y descubrir pautas evolutivas que todavía hoy nos resultan sorprendentes.

Sus contemporáneos cuentan que Retzius era extraordinariamente minucioso en los dibujos, de modo que su fidelidad estricta a lo que muestra el ocular del microscopio le hacía evitar simplificaciones esquemáticas a las que otros ilustradores, como Nissl o Golgi, sí recurrían abiertamente. Quizá esto no le hizo muy simpático entre los estudiantes, que preferían un esquematismo más didáctico a las descripciones tan notariales de Retzius. Nos ha parecido que esta imagen, de suaves tonos azules, que reúne lo mejor del arte y de la ciencia, merecía figurar en la portada de *Panace@*. Está tomada del volumen 2 de su obra *Biologische Untersuchungen*, editada en Estocolmo en 1891.

Título: Hipocampo y corteza cerebral de un ratón transgénico con tres proteínas fluorescentes (de colores verde, amarillo y rojo)

Autora: Tammy Weissman, Harvard University, Cambridge (Mass., EE. UU.)



Probablemente, nuestro propio hipocampo tenga mucho que ver en la emoción estética que nos produce contemplar esta fotografía. Es esa estructura plegada que vemos en la mitad inferior de la imagen. Los anatomistas clásicos, interesados también en la zoología, lo compararon con el aspecto retorcido del caballito de mar, que los latinos de ayer y los zoólogos de hoy denominan *hippocampus*. Otros han visto más el parecido con el cuerno enrollado de un carnero (el cuerno de Amón, le llaman, en recuerdo del dios tebano de la mitología egipcia). A un geólogo contemporáneo, sin embargo, le costaría no ver aquí los estratos plegados de una serie sedimentaria, y hasta nos diría que se trata de un pliegue de tipo recumbente. Al margen de parecidos, el hipocampo forma parte del sistema límbico y está directamente asociado a las emociones, a la memoria y al aprendizaje. No es extraño que sea también una de las primeras zonas de nuestro cerebro en sufrir los estragos de la enfermedad de Alzheimer.



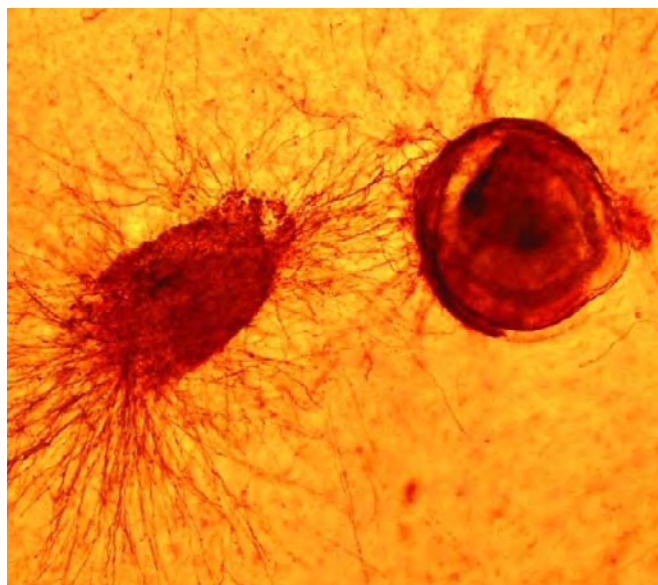
Título: Primera ilustración de una preparación histológica del bulbo olfatorio del perro, teñida con el método de Golgi
Autor: Camillo Golgi, 1875

Fue el doctor Luis Simarro, que acababa de regresar de París, el que dio a conocer a Cajal en 1887 el método de la impregnación argéntica de Golgi. El hecho fue decisivo para los trabajos de Ramón y Cajal en dos sentidos: primero, porque lo animó definitivamente a trasladar su dedicación desde la anatomía general a la neurohistología y, en segundo lugar, porque la nitidez de las imágenes que logró con esta técnica le permitió demoler la idea reticularista entonces vigente de que el sistema nervioso era algo así como una maraña continua de fibras. Cajal proclamó que las neuronas eran entidades celulares independientes, aunque en relación estrecha de contigüidad.

Por extraño que pueda parecer, el propio Golgi (el sabio de Pavía, como Cajal lo llamaba con cierto retintín), fue siempre un agrio crítico de la teoría neuronal cajaliana y no dudó en manifestar sus dudas al respecto incluso en el mismo discurso de recepción del Nobel. «Testimonio elocuente —decía Cajal— del grado de apasionamiento al que puede llegar un gran talento dominado por prejuicios teóricos y por la ilusión de la propia infalibilidad.»

Título: Crecimiento axonal en un cultivo de neuronas postmitóticas en geles de colágeno
Autora: Laura López-Mascaraque, Instituto Cajal, Madrid (España)

Ya en 1890, Santiago Ramón y Cajal intuyó los mecanismos que podrían explicar el activo establecimiento de nuevas conexiones nerviosas o el crecimiento y diferenciación neuronal durante el desarrollo. La llamó «hipótesis quimiotrópica», pues suponía la existencia de sustancias químicas que, difundándose en el medio, eran capaces de estimular o retardar estos procesos. Para ello, el extremo distal del axón cuenta con una estructura extraordinariamente plástica, descrita también por Cajal y denominada «cono de crecimiento», que puede orientarse, retraerse o extenderse en busca de nuevas sinapsis como respuesta a estas moléculas quimiotácticas.



Hoy, más de un siglo después, se han identificado ya algunas de esas sustancias, desde aquel *Nerve Growth Factor* (NGF) de Rita Levi-Montalcini, que le granjeó el Premio Nobel de Medicina en 1986, hasta las más recientes cadherinas, semaforinas y netrinas.

Inquietante imagen la de estos dos explantes neuronales yendo el uno al encuentro del otro. La doctora López-Mascaraque ha logrado hacernos aquí un retrato fidedigno de la esperanza, porque varios investigadores plantean hoy la posibilidad de utilizar estas sustancias quimiotrópicas con intención terapéutica, a fin de estimular la regeneración axonal en algunas patologías neurológicas de pronóstico, hasta ahora, poco halagüeño. Si miramos de nuevo la micrografía con esta perspectiva, puede que el crecimiento axonal nos inspire ahora la misma contenida esperanza que albergan los campos de cebada y hasta creamos ver cierta luz primaveral iluminando los tallos.

Título: Células de Purkinje del cerebelo de conejo (método de Golgi)

Autor: Camillo Golgi, 1882-1883

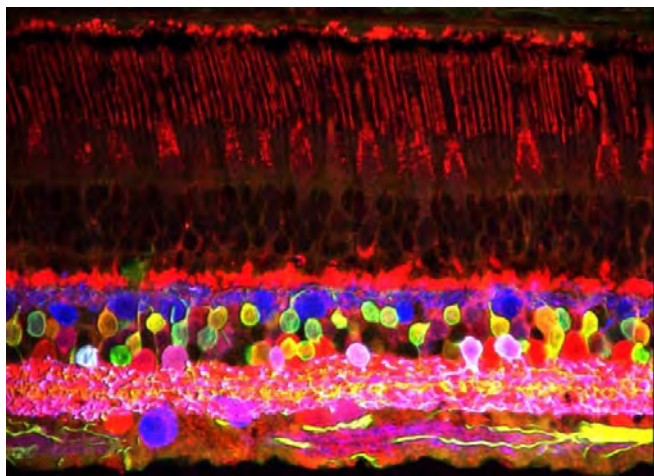
Las células de Purkinje del cerebelo son el ejemplo que mejor ilustra la importancia de la tinción de Golgi por impregnación argéntica. Desde luego, fue el anatomista y fisiólogo checo Purkinje el primero en describirlas, y por eso llevan su nombre. Pero la técnica histoquímica de entonces solo permitió a Purkinje observar los cuerpos celulares y no la peculiar disposición de las dendritas. De este modo, lo que Golgi logró esclarecer con *questa reazione nera* no fue solo el portaobjetos de sus preparaciones, sino también la estructura íntegra del cerebelo y la concepción funcional a la que dicha estructura obedece.

Este dibujo de Golgi muestra las células de Purkinje, que se aprecian aquí, en tono sepia, como neuronas grandes y bien diferenciadas. Los cuerpos celulares tienen cierto aspecto de cántaro o de botella, y de su polo apical sale un árbol dendrítico dispuesto en un solo plano, como la hiedra que trepa por un muro o los rosales, cuando se hacen crecer en vallas o espalderas. Debajo vemos la capa de células granulares, neuronas más pequeñas, muy próximas entre sí y con escasas dendritas. Golgi deja así definidos, muy didácticamente, los tres estratos histológicos de la corteza cerebelosa: la capa molecular (formada por las dendritas en espaldera), la capa de células de Purkinje (donde se alojan sus cuerpos celulares) y la capa profunda o de los granos. Aunque los dos poseen valores estéticos indudables, contrasta mucho el esquematismo de las ilustraciones de Golgi con el realismo insobornable de Retzius.



Título: Capas celulares de la retina de mono. Triple inmunomarcaje con anticuerpos contra la α -sinucleína (rojo), calretinina (azul) y glicina (verde)

Autores: Nicolás Cuenca y Gema Martínez-Navarrete, Universidad de Alicante (España)



Extrañas conexiones entre el arte y la ciencia. Se ha dicho que algunas de estas imágenes podrían pasar por obras impresionistas como las que salieron de los talleres de Renoir, Degas o Monet. Y muy bien pudiera ser así. A mí, sin embargo, la violencia visual de los colores me recuerda más al fauvismo pictórico o a los verdes y los rojos, tan intensos y eléctricos, que solía usar Chagall en sus pinturas.

En las imágenes clásicas de la microscopía óptica, la coloración de cada una de las estructuras viene impuesta por la técnica histoquímica utilizada en cada caso. Suelen ser paisajes monocromos o dícromos, más raramente policromos. En la microscopía electrónica de barrido sí puede decidir el artista-científico con qué tonos colorear luego la gama de grises de sus imágenes tridimensionales y, en general, suele elegir los colores más naturales o más

razonables en cada caso: rojo para los glóbulos rojos, blanco para los glóbulos blancos... A la microscopía de fluorescencia, en cambio, la delatan desde lejos sus colores arbitrarios, de una violencia cromática impactante y de una luminosidad deliberadamente irreal: es como si el fauvismo se asomase al ocular del microscopio.

Cualquiera diría que hablamos de tres épocas artísticas en la historia de la microscopía, pero no hay tal, porque estos «estilos» no han nacido de la voluntad creativa del investigador, sino más bien de los límites y las dádivas que nos depara la técnica.