



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN

Grado en Traducción e Interpretación

TRABAJO FIN DE GRADO

La interpretación social sanitaria
en la Costa del Sol

Presentado por Ana Belén Funes Chica

Tutelado por Jesús María Bachiller Martínez y Leticia Santamaría Ciordia

Soria, 2015

ÍNDICE

1 .	Resumen.....	1
2 .	Introducción.....	2
3 .	Objetivos y metodología.....	4
4 .	El entorno socio-demográfico de la Costa del Sol	6
4.1.	Delimitación espacial	6
4.2.	Evolución de la inmigración exterior	10
4.3.	Procedencia y distribución geográfica de los inmigrantes extranjeros	12
4.4.	Estructura demográfica y socio-profesional. Diferencias espaciales	19
4.5.	Turismo extranjero.....	24
5 .	Descripción de la interpretación social en España	29
5.1.	Introducción a la interpretación social. Ámbitos de trabajo.....	29
5.1.1.	El código ético	31
5.1.2.	¿Qué es la interpretación social?	34
5.2.	La falta de regulación de la interpretación social en España	38
5.2.1.	La regulación de la figura del intérprete social desde el punto de vista de la legislación.....	40
5.3.	La interpretación en el ámbito sanitario.....	41
5.3.1.	Alternativas al intérprete sanitario	46
6 .	Situación de la interpretación social en el ámbito sanitario de la Costa del Sol	48
6.1.	Infraestructura sanitaria en la Costa del Sol.....	48
6.1.1.	Estudio comparativo de los servicios sanitarios en los distintos centros.....	49
6.2.	Servicios de interpretación y soluciones aportadas a los distintos problemas	50
6.2.1.	Planificación de una encuesta de trabajo.....	50
6.2.2.	Recopilación de respuestas	55
7 .	Resultados.....	64
8 .	Conclusiones	68
9 .	Referencias bibliográficas	72
	Anexos.....	75

1 . RESUMEN

La Costa del Sol es popular por ser una zona que recibe un gran número de turistas nacionales y extranjeros a lo largo del año. Es importante destacar la gran proporción de extranjeros que se han asentado en el área y llevan una vida idéntica a los nacionales, donde la única diferencia es su lengua materna. Como respuesta a la creciente sociedad plurilingüe ha aparecido la interpretación social, que tiene como objeto permitir la comunicación de los extranjeros en los diferentes trámites que tienen que realizar en la vida cotidiana. Sin embargo, la interpretación social como profesión no está reconocida y es muy común que se recurra a intérpretes sin título o a no profesionales. Especialmente en el ámbito de la sanidad se recurre a intérpretes voluntarios que realizan su trabajo sin ninguna formación en la materia.

Palabras claves: interpretación, extranjero, residente, turista, sanidad

Abstract

Costa del Sol is well known due to the large number of tourists' visits during the year, both nationals and foreigners. It should be noted that it is a great amount of foreigners settled on the area living identical lives as nationals, the only difference between them is their native language. Community interpreting has appeared as a response to the multilingual growing society, as a tool that allows foreigners to communicate on every aspect of their daily life. Nevertheless, community interpreting hasn't been recognised yet, and it is very common to employ no professional interpreters or without qualifications. Specifically workers of community interpreting in health care are voluntaries without academic training on interpreting.

Keywords: interpreting, foreigner, resident, tourist, health care

2 . INTRODUCCIÓN

La heterogeneidad de la sociedad actual es producto del proceso de globalización que está teniendo lugar desde hace varias décadas. Esta transformación tiene como consecuencia la convivencia, cada vez más frecuente, de individuos con diferentes orígenes culturales. Estos ciudadanos se asientan en países extranjeros, lo que los lleva a enfrentarse a sistemas desconocidos, y lo que es más, a relacionarse en idiomas que no dominan. Por este motivo surge la interpretación social. Esta profesión aparece como respuesta a las necesidades lingüísticas motivadas por los movimientos migratorios de extranjeros que se dirigen a otros países en búsqueda de mejoras sociales.

En el presente trabajo vamos a realizar un estudio de la situación de la interpretación social, en el ámbito sanitario, en una zona concreta del territorio español, la Costa del Sol, que destaca no sólo por su elevado número de turistas extranjeros, sino también por haberse convertido en lugar de residencia para muchas personas, generalmente jubiladas, de distintos países del centro y norte de Europa. Asimismo, cuenta con un alto porcentaje de población inmigrante, que trabaja en los dos principales sectores económicos de la comarca, el turismo y la agricultura. El carácter turístico de la costa del sol es bien conocido. Además de ser uno de los principales destinos turísticos de los españoles, también lo es entre los extranjeros. Ellos mismos además de los periodos estivales también eligen esta zona como residencia durante los meses del año más fríos, huyendo de los inviernos más vehementes de sus países. Con objeto de pasar largas temporadas en la costa, suelen adquirir viviendas en zonas donde la alta concentración de extranjeros es una realidad, viviendo en zonas residenciales con altos niveles de vida. Por otro lado, también conviven en esta zona de la costa española otro tipo de extranjeros, que son los que llegan a España en busca de trabajo y de mejoras sociales. Este segundo grupo tiene un perfil totalmente distinto del primero, puesto que acuden con motivaciones laborales y no de ocio. Por ello, en vez de comodidad para sus viviendas, buscan que sean asequibles.

Cuando hablamos de interpretación social cabría destacar que esta denominación suscita controversia, puesto que además de este nombre también se la conoce por «interpretación en los servicios públicos» o «interpretación comunitaria», como traducción del inglés «*community interpreting*». Es también muy importante subrayar que esta profesión no está sujeta a regulaciones legales lo que provoca que gran parte de los que la ejercen no tengan formación académica en el ámbito de la interpretación. Sin embargo, veremos más adelante que esto no ocurre en todos los ámbitos de la misma. Siendo el ámbito sanitario uno de los principales escenarios de la vida cotidiana, sería importante destacar la necesidad de una regulación que contemple las

características de los profesionales que llevan a cabo estas intervenciones. Por el mismo motivo, se nombrarán los códigos éticos que sirven como apoyo a esta profesión.

Finalmente, para plasmar la realidad de los centros sanitarios de la zona de estudio en este Trabajo de Fin de Grado, se va a complementar con un estudio práctico. Con él, se pretende describir la situación real actual y las opiniones de los trabajadores con respecto a los intérpretes sociales de este ámbito. También se analizarán los diferentes medios presentes en los distintos centros, con objeto de solucionar los problemas lingüísticos, entre ellos cabría destacar la oferta de servicios de interpretación telefónica en toda Andalucía.

3 . OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este estudio tiene como objetivo principal realizar un análisis de la situación actual de la interpretación social en un territorio español con una alta concentración de extranjeros y resaltar cuáles son los métodos de actuación ante las necesidades lingüísticas en esta zona. Además, con este Trabajo Fin de Grado se intenta poner en práctica las competencias adquiridas en el Grado de Traducción e Interpretación, así como el uso de diferentes fuentes bibliográficas. Con motivo de enriquecer el contenido del mismo se han consultado distintas fuentes estadísticas y obras de diferentes autores, que han servido para complementar los conocimientos adquiridos en el grado. Asimismo, se ha desarrollado la utilización de las nuevas tecnologías como instrumento de apoyo para su elaboración y conveniente finalización.

A través de esta investigación se pretende poner en valor la importancia de un servicio de interpretación sanitaria que garantice la atención médica adecuada para todos los ciudadanos ya sean españoles o extranjeros. Para alcanzar estos objetivos, se han seguido una serie de pasos.

En primer lugar, vamos a analizar el entorno socio-demográfico de la zona elegida con la intención de situar el estudio en su contexto. Comenzaremos delimitando la zona de estudio, atendiendo a las características socio-demográficas. Estas características se han expuesto a partir de la investigación de diferentes datos demográficos en fuentes estadísticas como es el Instituto Nacional de Estadística y sus boletines oficiales. Para facilitar su lectura, se presentan diversas formas gráficas -cuadros explicativos, gráficos de líneas, pirámides de población, etc.-, que reflejan la tendencia y la situación actual de la población en la comarca. Tras la delimitación del área, vamos a estudiar la evolución de la inmigración exterior española en los años de censo de 2001-2011 y en el 2014 por medio de gráficos comparativos. A continuación, se va a analizar la procedencia geográfica de los extranjeros, primero en la totalidad del territorio español, después por comunidades autónomas y provincias y, por último, en la zona de estudio. Además, vamos a investigar cuáles son las razones que motivan estos movimientos migratorios y cuál es la estructura por edad de las nacionalidades con mayor proporción de extranjeros. Para finalizar este capítulo, se hace una exposición de la realidad turística de esta comarca, para lo cual dividiremos entre turistas extranjeros y turistas españoles por zonas turísticas.

En el segundo capítulo vamos a presentar la situación de la interpretación social en España y más específicamente en el ámbito de la interpretación sanitaria. Esto se hará mediante la consulta de diferentes fuentes bibliográficas y artículos que abordan la cuestión. Para comenzar vamos a aproximarnos a la interpretación en general. A partir de ella sentaremos las bases para avanzar

hacia temas como el código ético o la falta regulación de la profesión en España. A lo largo de este apartado vamos a encontrarnos con puntos de vista enfrentados sobre distintos temas, como es el caso del papel del profesional en el proceso. Igualmente, en esta sección vamos a profundizar en la interpretación social en el ámbito sanitario. Para concluir se van a mencionar las diferentes alternativas existentes en la actualidad como sustitutas a los intérpretes profesionales.

A continuación de estos dos capítulos, que sirven de marco teórico del trabajo, abordaremos el grueso de la investigación, ampliamente apoyada en un laborioso trabajo de campo. Para elaborar esta investigación se va a analizar la infraestructura sanitaria de la Costa del Sol, prestando especial atención a los servicios sanitarios que se ofrecen en los diferentes centros. Seguidamente, para conocer la situación de la interpretación en el ámbito sanitario, se analiza una encuesta, que se ha elaborado especialmente para el tema que nos ocupa.

Finalmente, estableceremos las principales conclusiones que pueden extraerse de las respuestas de la encuesta sobre la interpretación en el ámbito descrito. Igualmente, subrayaremos los aspectos más relevantes con respecto a esta realidad.

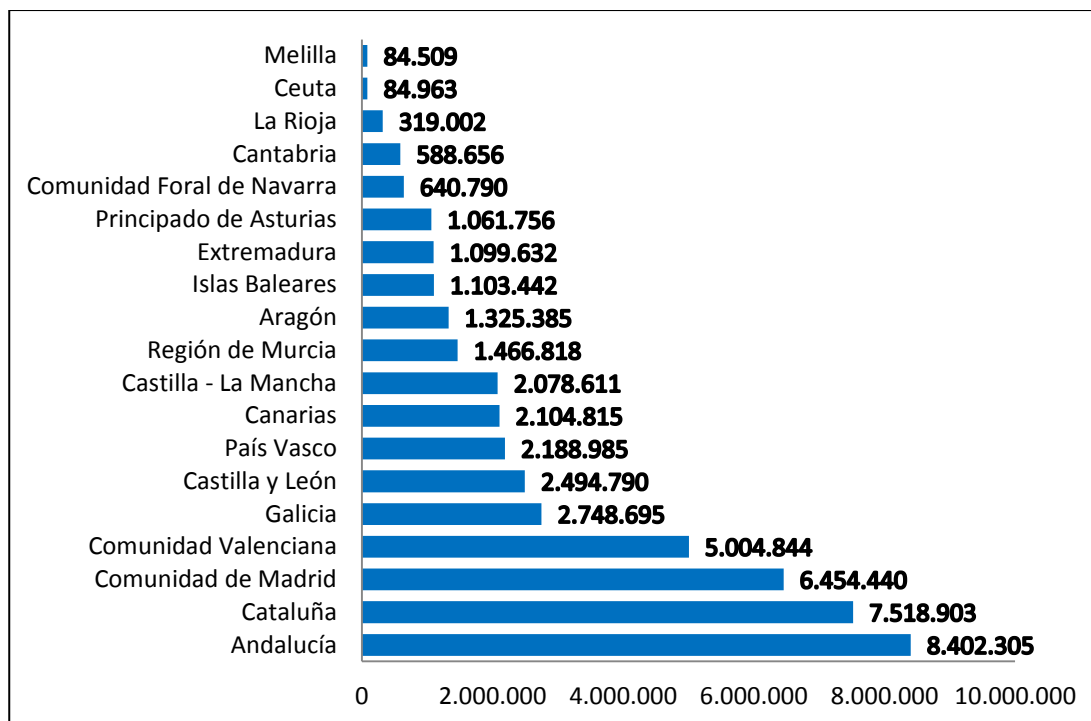
4 . EL ENTORNO SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LA COSTA DEL SOL

4.1. Delimitación espacial

España es un Estado autonómico que se divide en 17 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas. Estas comunidades autónomas tienen competencias en diferentes materias, entre las que sanidad, educación o justicia son de las más importantes. Nuestro ámbito de estudio va a ser los centros sanitarios de la Costa del Sol, que es una de las comarcas con mayor presencia de población extranjera de España, debido no solo al gran número de turistas que la visitan cada año sino también al creciente número de residentes extranjeros, con procedencia y características distintas. Con el fin de adaptar el área del estudio a las exigencias de un trabajo de esta naturaleza, hemos escogido 5 de los 11 municipios que pertenecen a la Mancomunidad de la Costa del Sol Occidental, en la provincia de Málaga¹. Esta mancomunidad está compuesta por los municipios de Benahavís, Benalmádena, Casares, Estepona, Fuengirola, Istán, Manilva, Marbella, Mijas, Ojén y Torremolinos. De ellos hemos elegido Benalmádena, Fuengirola, Marbella, Mijas y Torremolinos, que juntos reúnen un 21,6 % de la población de la provincia. Estos han sido los elegidos porque se encuentran en una zona con una alta concentración de extranjeros y son representativos para realizar el estudio comparativo.

Primero vamos a analizar algunas características del territorio español. Habría que empezar destacando que las diferencias entre las zonas del territorio español son muy considerables.

¹ Véase anexo 1.



Población total en 2014. Elaboración propia. Fuente: INE. Elaboración propia.

Para ello comenzamos haciendo mención a los datos correspondientes a la población total. Si observamos la gráfica que presenta los datos de población por comunidad y ciudad autónoma en 2014 podemos ver que la comunidad más poblada es Andalucía seguida por Cataluña, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana, comunidades que destacan muy por encima del resto. Sin embargo, para poder apreciar la distribución real de la población vamos a remitirnos a la densidad de población, para ilustrarla nos apoyaremos en el siguiente mapa.



Densidad de población en el 2010. Fuente: http://graficos.lainformacion.com/asuntos-sociales/poblacion-y-censo/poblacion-total-y-densidad-por-provincias-en-espana_e8E3L7Zaf9FEUTCuktnyg4/

Como se puede apreciar en el mapa, la distribución de la población a lo largo del territorio español es muy heterogénea. Mientras que hay cuatro provincias con una densidad de población muy elevada (Madrid, Barcelona Vizcaya y Guipúzcoa), otras están muy despobladas (Huesca, Teruel, Zamora, Soria y Cuenca). Según la distribución geográfica se puede comprobar que el grueso de la población vive en el litoral, a excepción de la Comunidad de Madrid, que es la comunidad de interior más poblada. Además, los ciudadanos se decantan más por las ciudades que por los pueblos de interior. Esto se puede deber a la evolución laboral del país, que ha ido especializándose más en el sector servicios en detrimento de los otros dos sectores. Como se puede ver en la siguiente tabla.

	Agricultura y pesca	Industria	Construcción	Servicios
1970	29,3	25,3	8,9	36,5
1980	18,6	27,2	9,3	44,9
1990	11,5	23,7	9,9	55,0
2000	6,6	20,0	11,2	62,3
2005	5,3	17,3	12,4	65,0
2007	4,6	16,0	13,3	66,3
2009	4,2	14,4	9,7	71,7
2010	4,4	14,2	8,5	72,8
2011	4,5	14,2	7,2	74,1
2012	4,6	14,0	6,4	75,0
2013	4,7	13,6	5,8	75,9

Evolución del PIB por sectores en España. Fuente: Pampillón, Rafael (2014).

En la tabla se puede observar el cambio de España, que ha pasado por diferentes fases. Una primera fase en la que los sectores de la agricultura, la pesca, la construcción y los servicios no destacaban mucho unos sobre otros. Seguida por una segunda fase durante los primeros años del 2000, en el que la construcción creció, pero donde destacó, sobre todo, el sector servicios, mientras que la agricultura, pesca e industria disminuyeron. Y una tercera fase, en la que nos encontramos actualmente, en la que el sector servicios es el motor de la economía española con un 75,9 % del PIB en 2013.

Otra característica importante es la evolución con respecto a la migración, pasando de ser un país emisor de emigrantes, a ser un receptor de estos. Históricamente España ha sufrido diferentes procesos en los que se ha producido un movimiento de emigración, motivados por la búsqueda de mejoras laborales, por el exilio, por las guerras, etc. Aunque, actualmente se está produciendo la comúnmente denominada «fuga de cerebros», fenómeno por el que personas con formación se trasladan a otros países en busca de mejores empleos, dado el número elevado de desempleo y la precariedad laboral existente en España. No obstante, el número de extranjeros que se encuentran en el territorio español continúa en aumento. Más adelante se analizarán los motivos que impulsan estos movimientos y los perfiles de los inmigrantes.

El entorno que vamos a tomar como muestra para el estudio es la zona de la Costa del Sol Occidental. Esta zona es famosa principalmente por el turismo, puesto que se encuentra en el sur de España y además cuenta con un clima privilegiado como principal atractivo turístico, junto con sus playas, la gran variedad de campos de golf y la amplia oferta de ocio. Es por eso que es lugar elegido por muchos extranjeros para pasar sus vacaciones e incluso como lugar de residencia. También, al

situarse tan cerca del estrecho de Gibraltar se trata de un lugar de paso de muchos inmigrantes que vienen a Europa en busca de mejoras laborales y sociales.

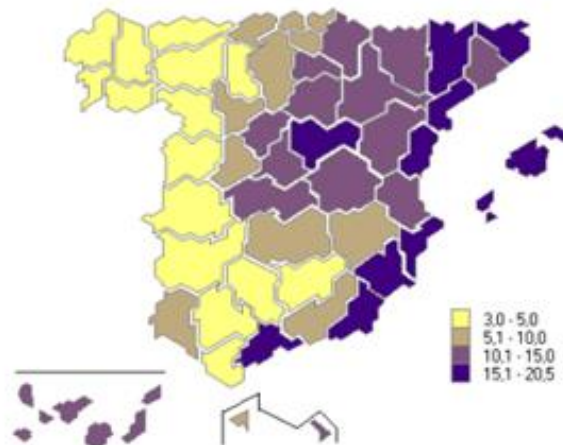


Mapa de la Provincia de Málaga. Fuente: <http://www.visitacostadelsol.com/>.

4.2. Evolución de la inmigración exterior

Para comenzar este apartado sería importante destacar el crecimiento de la población extranjera en España durante los últimos años. Antiguamente España fue un país de inmigrantes, sin embargo, desde los años 80 y especialmente con el cambio de siglo, el proceso se ha invertido, pasando de ser un país emisor, a un país receptor de inmigrantes. A 1 de enero de 2014 el total de la población española es de 46.771.341, de los cuales 5.023.487 son extranjeros. Aunque la distribución de estos extranjeros no es homogénea a lo largo del territorio, para comprobarlo vamos a ver el siguiente mapa.

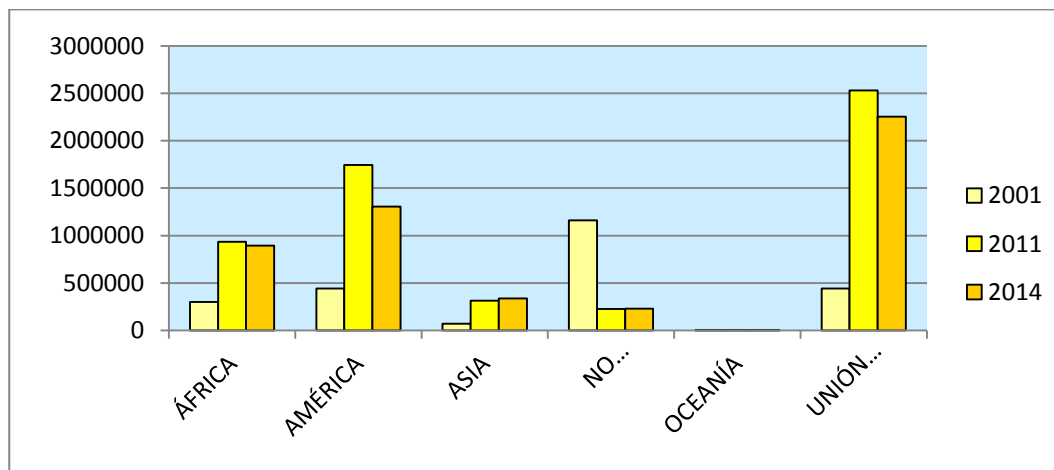
Porcentaje de población extranjera por provincias. 2011



Porcentaje de población extranjera por provincias en 2011. Fuente: Cifras INE.

En el mapa anterior se analiza la población extranjera por provincia. Cabe destacar que España está poblada proporcionalmente, de más a menos, por extranjeros de este a oeste. La mayor proporción se concentra en las provincias del litoral y en las islas, también en la Comunidad de Madrid, que a pesar de encontrarse en el interior de la Península, tienen una proporción alta de extranjeros. Cabe destacar que en Andalucía, la proporción de inmigrantes extranjeros es bastante baja si tomamos en consideración el conjunto de la comunidad autónoma. Sin embargo, dentro de esta comunidad hay que destacar las provincias de Almería y Málaga, que se encuentran en el grupo con mayor concentración, entre el 15,1 % y el 20,5 %.

En el siguiente gráfico se analiza la evolución en tres años de la población extranjera.

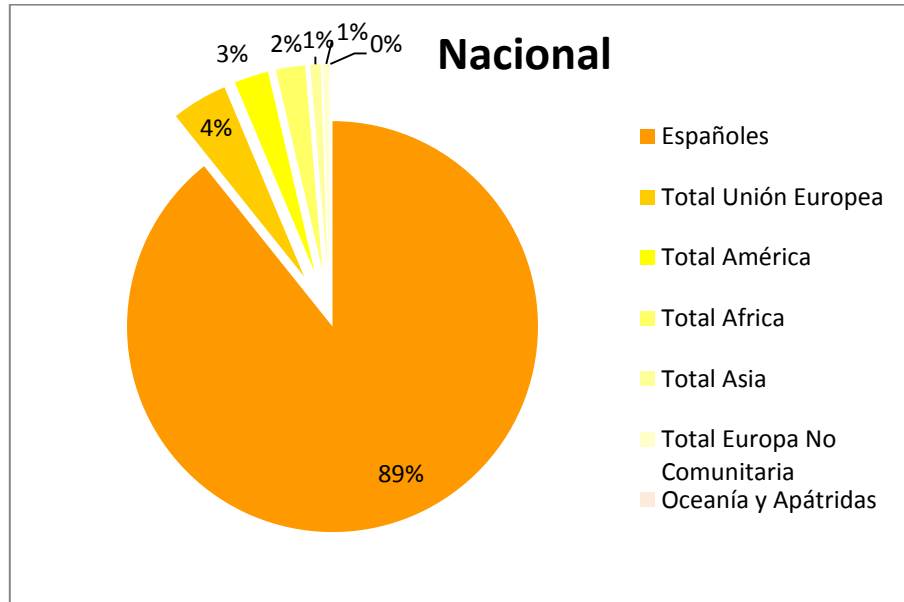


Evolución de la población extranjera en España. Fuente: INE. Elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico, la población extranjera ha ido en aumento desde principios de siglo. No obstante, la proporción de inmigrantes entre el 2011 y el 2014, ha disminuido en la mayoría de los casos, debido a la crisis. También hay que destacar que los grupos más numerosos son los procedentes de la Unión Europea, África y América. Tres grupos que, además, tienen una gran presencia en la zona del estudio. Por otro lado es destacable la gran diferencia en el número de los no comunitarios en el 2001 con respecto a los años posteriores. Esto es debido a que en ese año solo formaban parte de la Unión Europea 16 países, y no 28 como los hacen en la actualidad. Esto explica que en los dos siguientes periodos se haya producido una bajada tan acusada en los no comunitarios y por su parte un gran incremento en el grupo de la Unión Europea.

4.3. Procedencia y distribución geográfica de los inmigrantes extranjeros

En este apartado vamos a analizar la procedencia de los extranjeros según las diferentes zonas geográficas. Actualmente en España la población extranjera supone un sector considerable de la población, la composición se puede ver en el siguiente gráfico circular:



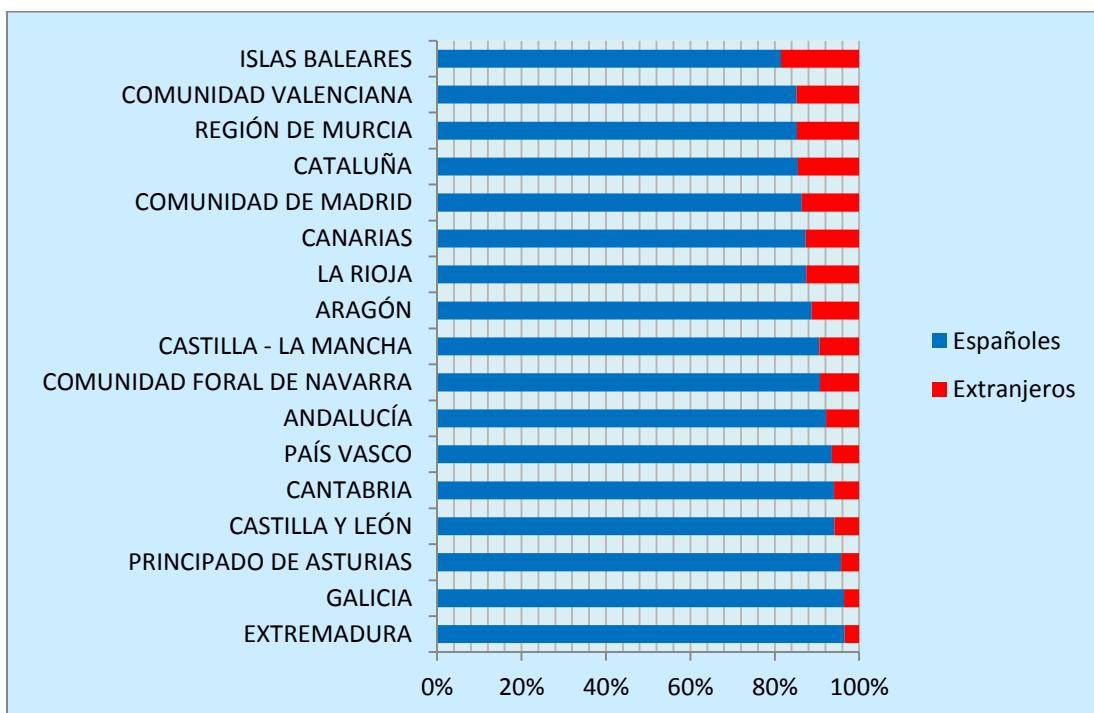
Población por nacionalidad en 2014. Fuente: INE. Elaboración propia.

La población de origen extranjero supone un 11 %. En orden de mayor a menor presencia, proceden de la Unión Europea, América, África, Asia, Europa no Comunitaria y Oceanía. Como se puede apreciar en el anterior gráfico podríamos hacer una distinción entre el grupo procedente de la

Unión Europea, que por sí solo es el más numeroso, y el del resto de nacionalidades. Las motivaciones que mueven a estos extranjeros no son iguales, algunos se desplazan por motivos esencialmente laborales, mientras que otros se desplazan en busca de una calidad de vida elevada, estos motivos se expondrán más adelante.

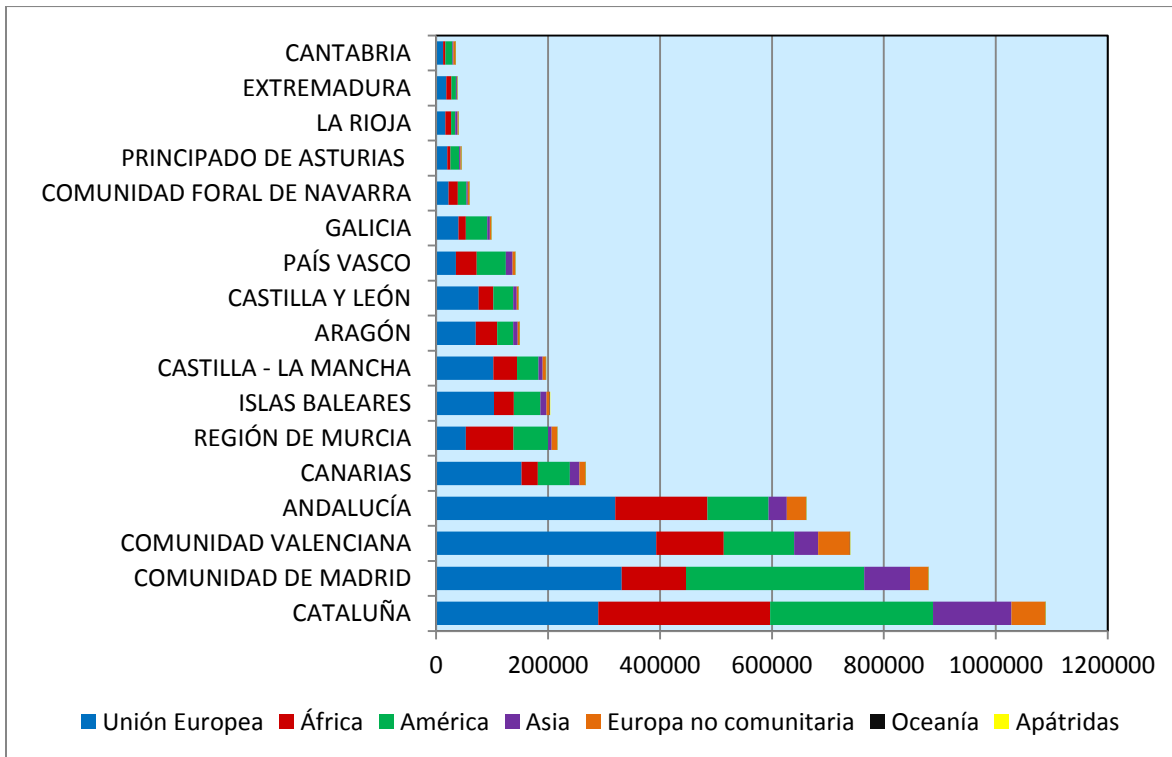
Para acceder a España los extranjeros pueden actuar de 3 formas diferentes, dependiendo de su nacionalidad y situación. Si son ciudadanos de la Unión Europea, estos no tendrán problemas de acceso, ya que disfrutan de la libre circulación por los Países Miembros gracias al Tratado de Schengen, que garantiza esta libertad. En el segundo grupo están los ciudadanos que no pertenecen a la Europa comunitaria, que pueden acceder solicitando un visado (de estancia o de trabajo) y en posesión de su pasaporte. Y por último, están los inmigrantes ilegales que llegan a España. Algunos lo hacen aprovechando que no es necesaria la expedición de un visado para estancias menores de 90 días, otros atravesando las fronteras de manera ilegal, ya sea por tierra o por las costas (Otero, 2004).

En el siguiente gráfico podemos ver la presencia de extranjeros por comunidad autónoma.



Porcentaje de extranjeros y españoles por comunidad autónoma. Fuente: INE. Elaboración propia

Como podemos ver en España la composición de extranjeros es muy variada. En algunas comunidades roza el 20 %, mientras que en otras no llega ni al 5 %. Para poder analizar en profundidad cuáles son las nacionalidades de los extranjeros, vamos a observar el siguiente gráfico.

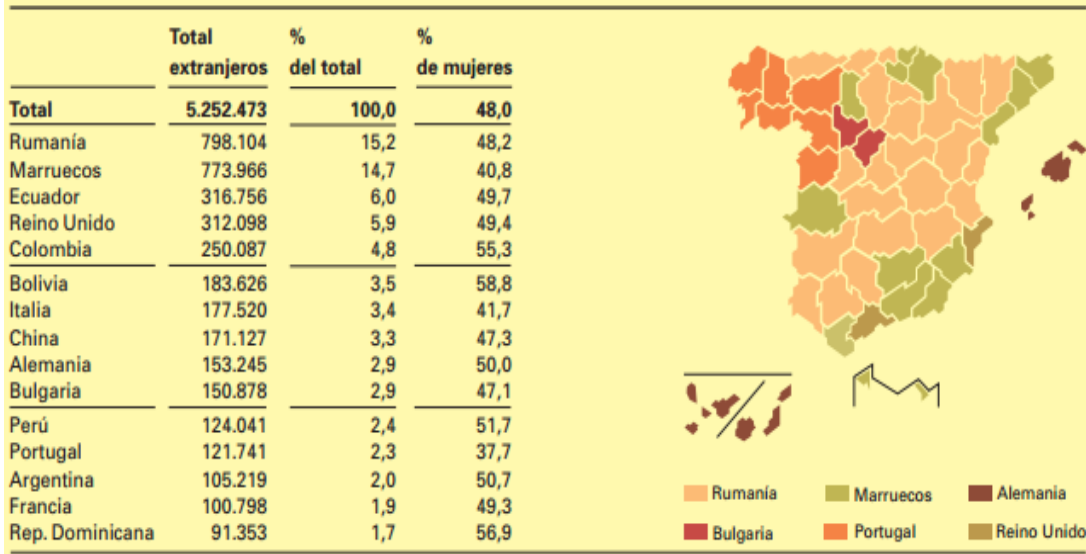


Nacionalidad de los extranjeros por comunidad en 2014. Fuente: INE. Elaboración propia.

Como se puede advertir al estudiar el gráfico en España existen tres grandes grupos de inmigrantes extranjeros. El primero procede de la Unión Europea, que está presente en prácticamente todas las comunidades y suele representar el grupo más numeroso. Seguido de los ciudadanos europeos están los africanos y los americanos, y en menor medida los ciudadanos procedentes de la Europa no comunitaria, Asia, Oceanía y los apátridas. La comunidad con una mayor presencia de extranjeros es Cataluña con 1.089.214, mientras que la que presenta una menor proporción es Cantabria con 34.762. Andalucía por su parte, se encuentra en el cuarto puesto con 661.520 extranjeros.

Es en esta última comunidad en la que me voy a detener, ya que nuestro entorno de estudio se encuentra en esta. Aunque Andalucía no presenta un porcentaje alto de extranjeros, no ocurre lo mismo en el entorno analizado. Sin embargo, vamos a empezar presentando los datos de la comunidad andaluza.

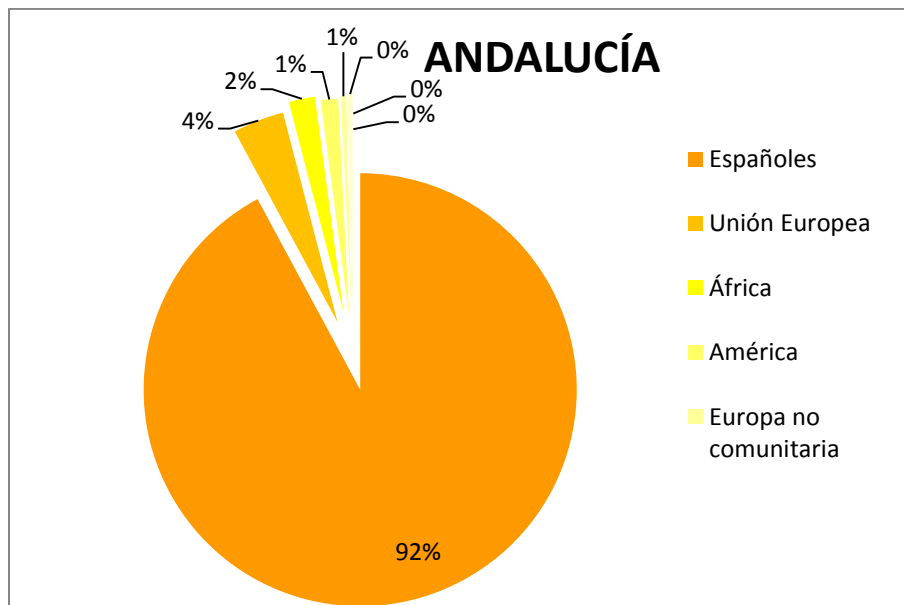
Nacionalidades predominantes entre los extranjeros



Nacionalidades predominantes entre los extranjeros. Fuente: Cifras INE.

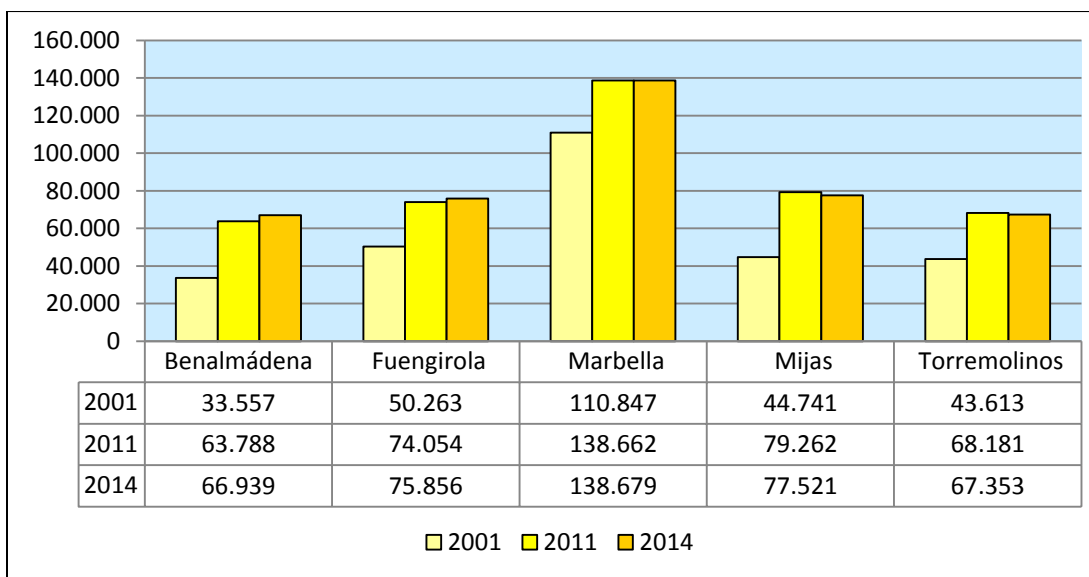
Apoyándome en los datos de la imagen que refleja la procedencia de los extranjeros en 2011, la zona que nos interesa resaltar es la de la provincia de Málaga, en esta zona predominan los extranjeros procedentes del Reino Unido, mientras que en el resto de Andalucía la nacionalidad de los extranjeros se divide entre rumanos y marroquíes, siendo el grupo de los rumanos el predominante en gran parte de la Península.

Vamos a ver qué ocurre en la comunidad andaluza.



Población por nacionalidad. Fuente: INE. Elaboración propia.

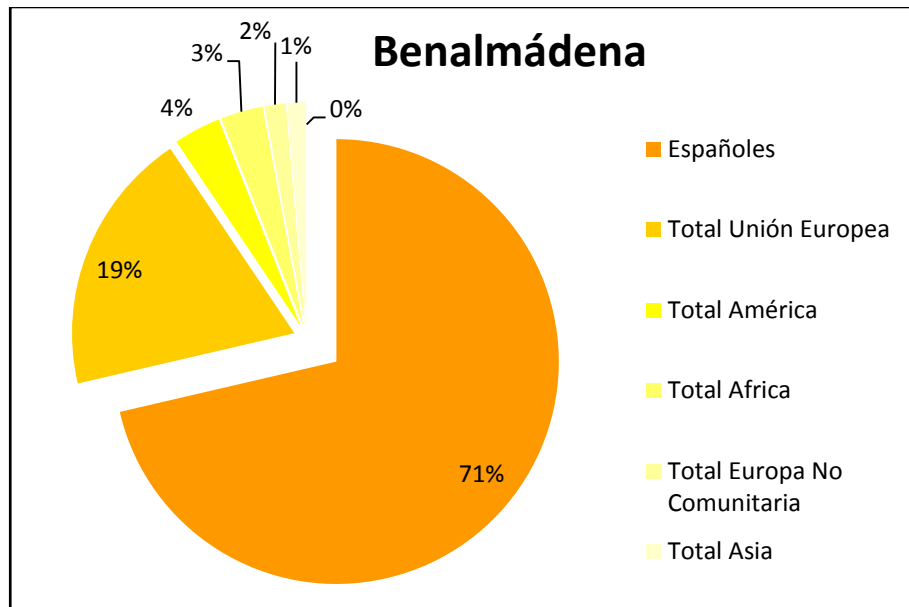
Si nos remitimos a la información del gráfico, Andalucía presenta un porcentaje de población extranjera mucho más bajo que la media nacional, un 8 % frente a un 11 %, con 661.520 habitantes extranjeros en una población de 8.402.305 habitantes. Mientras que si analizamos en números absolutos, como se ha visto en gráficos anteriores quedaría muy por encima de la media nacional Sin embargo, las zonas que nos interesan para el estudio muestran unos datos muy diferentes. Primero vamos a ver la evolución que han tenido estos municipios tomando los años 2001, 2011 y 2014 como muestra.



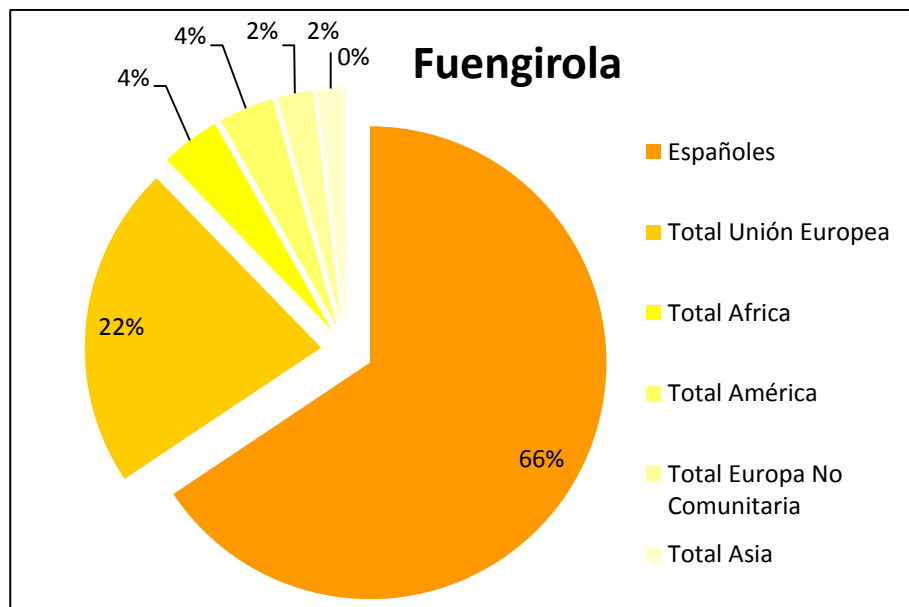
Población por municipios. Fuente: INE. Elaboración propia.

Como se puede observar la población ha experimentado un crecimiento en estos 13 años. Siendo el caso de Benalmádena el más relevante, ya que ha duplicado su volumen. Sin embargo, Mijas y Torremolinos han disminuido su población. Sumando la población de los 5 municipios, supone un 5,07 % de la población andaluza. Lo que es un porcentaje importante si tenemos en cuenta de que se trata de solo 5 municipios.

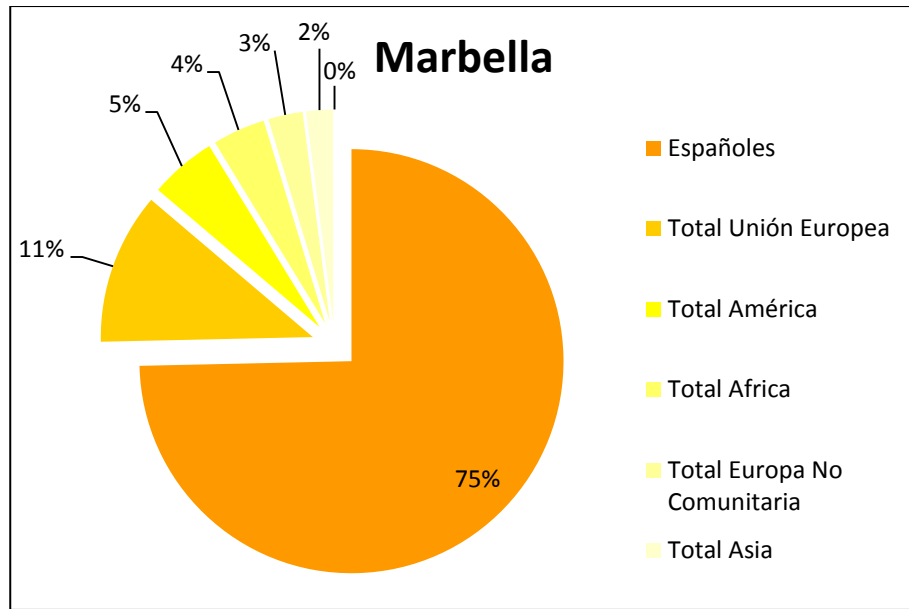
Para continuar vamos a ver cuál es el porcentaje de inmigración en estos 5 municipios.



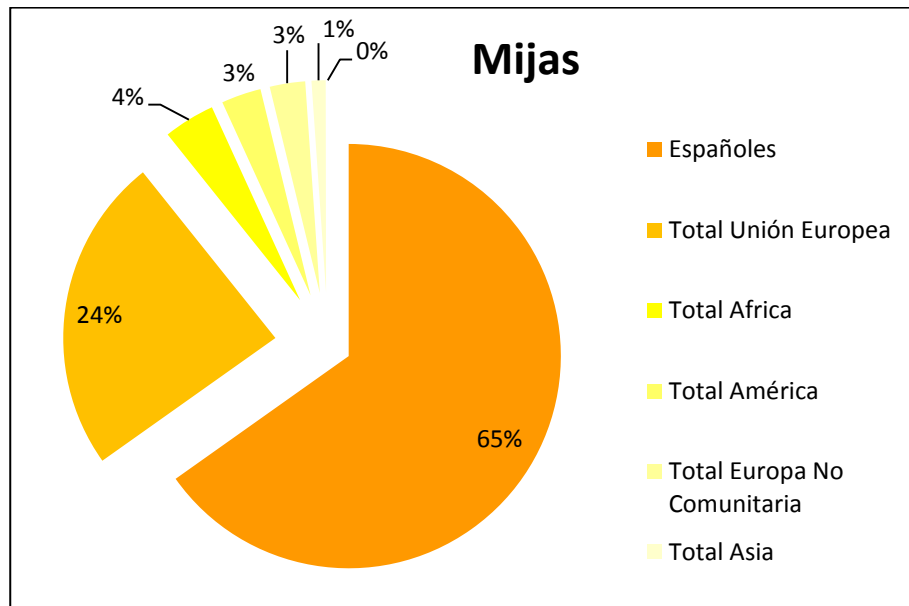
Población por nacionalidad en Benalmádena. Fuente: INE. Elaboración propia.



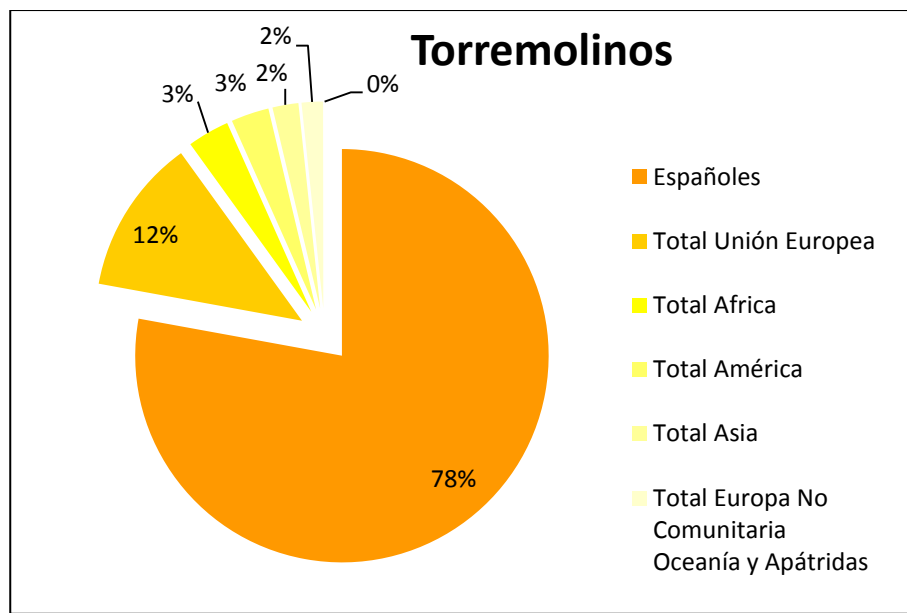
Población por nacionalidad en Fuengirola. Fuente: INE. Elaboración propia.



Población por nacionalidad en Marbella. Fuente: INE. Elaboración propia.



Población por nacionalidad en Mijas. Fuente: INE. Elaboración propia.



Población por nacionalidad en Torremolinos. Fuente: INE. Elaboración propia.

Tras observar los distintos gráficos resulta muy evidente que la presencia de extranjeros en la población de esta zona es mucho mayor que en el resto de Andalucía. Cabe destacar que los porcentajes de extranjeros oscilan entre el 35 % (Mijas) y el 22 % (Torremolinos). También es importante señalar que incluso el menor porcentaje ya supera en un 14 % a Andalucía y en un 11 % a la tasa nacional. El total de extranjeros en esta área es de 122.291, lo que supone un 18,49 % del total de Andalucía en sólo 5 municipios. Dada la elevada proporción de extranjeros, esta zona resulta perfecta para analizar cómo funcionan los servicios de interpretación en lugares con una gran presencia de inmigrantes. Otra característica de la población extranjera, que también se puede apreciar, es que el grupo más numeroso procede de la Unión Europea. Este dato es muy interesante, puesto que tanto en el porcentaje nacional, como en el andaluz, las diferencias entre un grupo y otro no son tan acusadas.

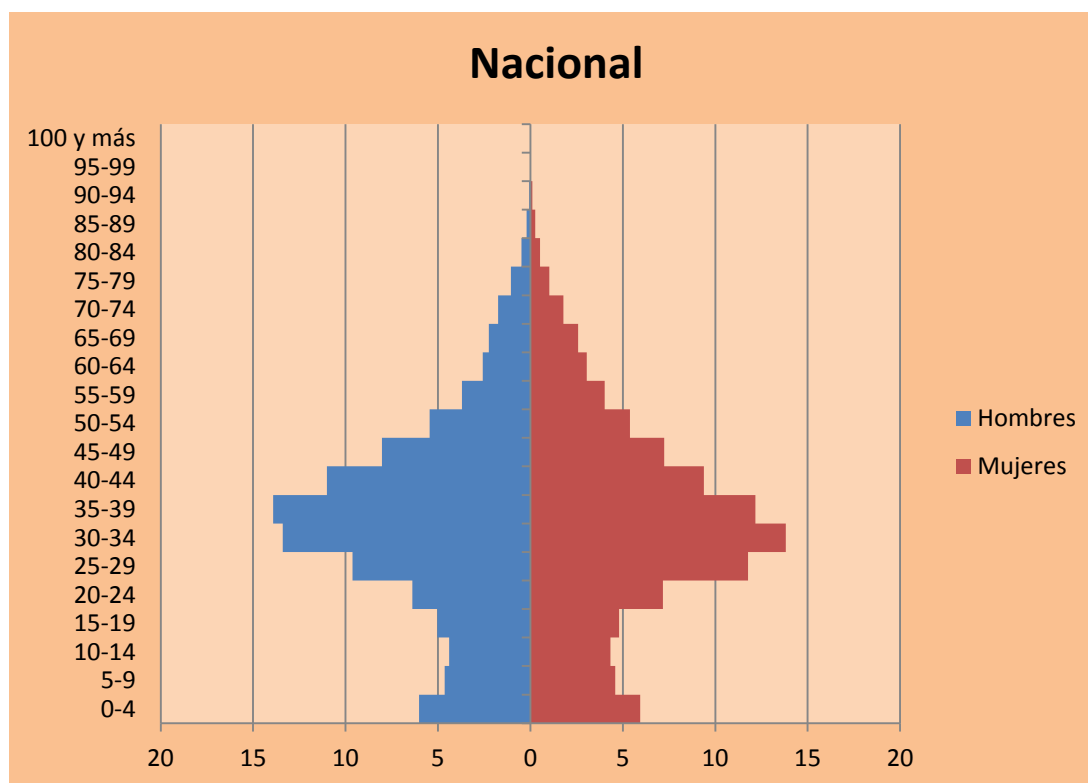
4.4. Estructura demográfica y socio-profesional. Diferencias espaciales

Como ya se ha mencionado antes, en la Costa del Sol existen dos grupos muy diferenciados de inmigrantes, por un lado los que se desplazan por ocio y por otro los que lo hacen por motivos laborales. En el trabajo de Batista y Natera (2013), se subraya esta distinción en dos grupos. Por eso me voy a basar en sus conclusiones para analizar la población extranjera de la zona.

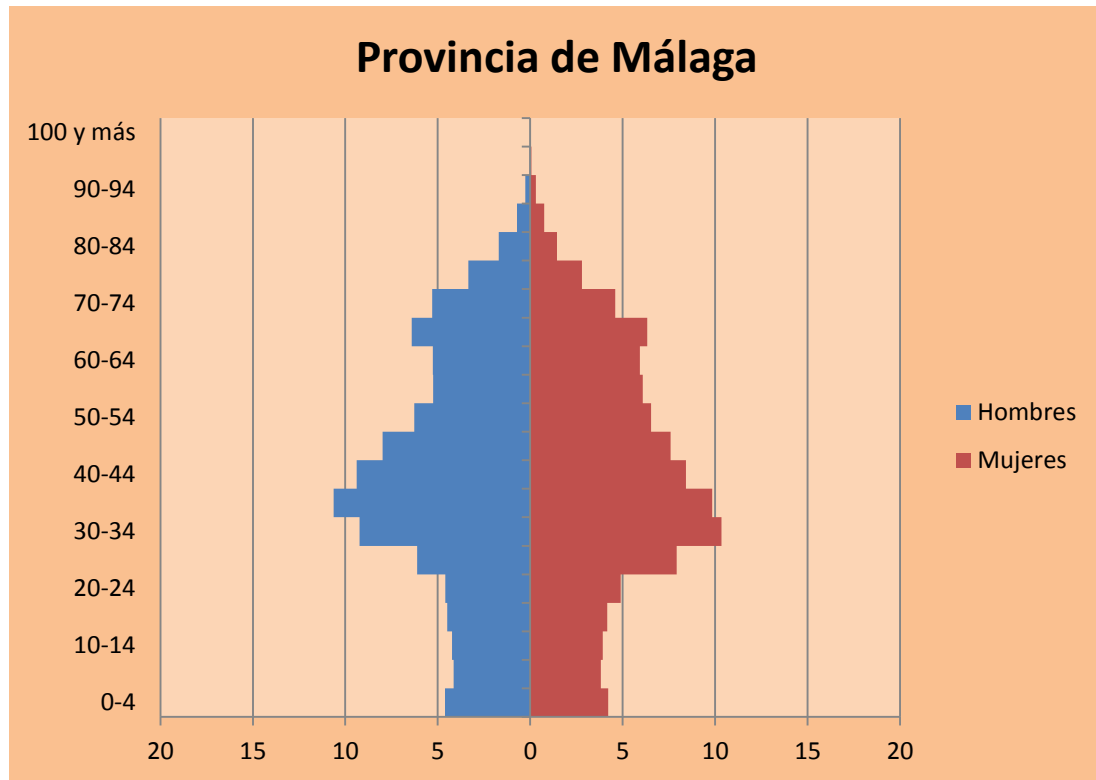
Por un lado como ya hemos visto en los anteriores apartados, el grupo de los extranjeros procedentes de la Unión Europea es mucho más numeroso que en el resto de los municipios analizados. Batista y Natera (2013) subrayan que los integrantes de este grupo residen en esta zona motivados por la búsqueda de viviendas con altos estándares de calidad. Estas viviendas se suelen encontrar entre los núcleos urbanos, es decir, en urbanizaciones. Sus viviendas suelen situarse en lugares donde la calidad de vida es elevada y en espacios bien valorados socialmente. Además, muchas de estas urbanizaciones suelen estar pobladas casi en su totalidad por comunidades de extranjeros.

En el otro extremo tenemos los extranjeros que proceden de África y América, cuyas motivaciones son principalmente laborales. Estos inmigrantes tienen sus residencias en los núcleos urbanos. Sus lugares de residencia son muy diferentes del anterior grupo, estos extranjeros buscan viviendas asequibles, que suelen encontrarse en los cascos urbanos. Puesto que en la Costa del Sol, las periferias son lugares con precios más elevados que los que se pueden encontrar en los núcleos (Batista y Natera, 2013).

Para corroborar esta constatación vamos a analizar las características de la población extranjera.



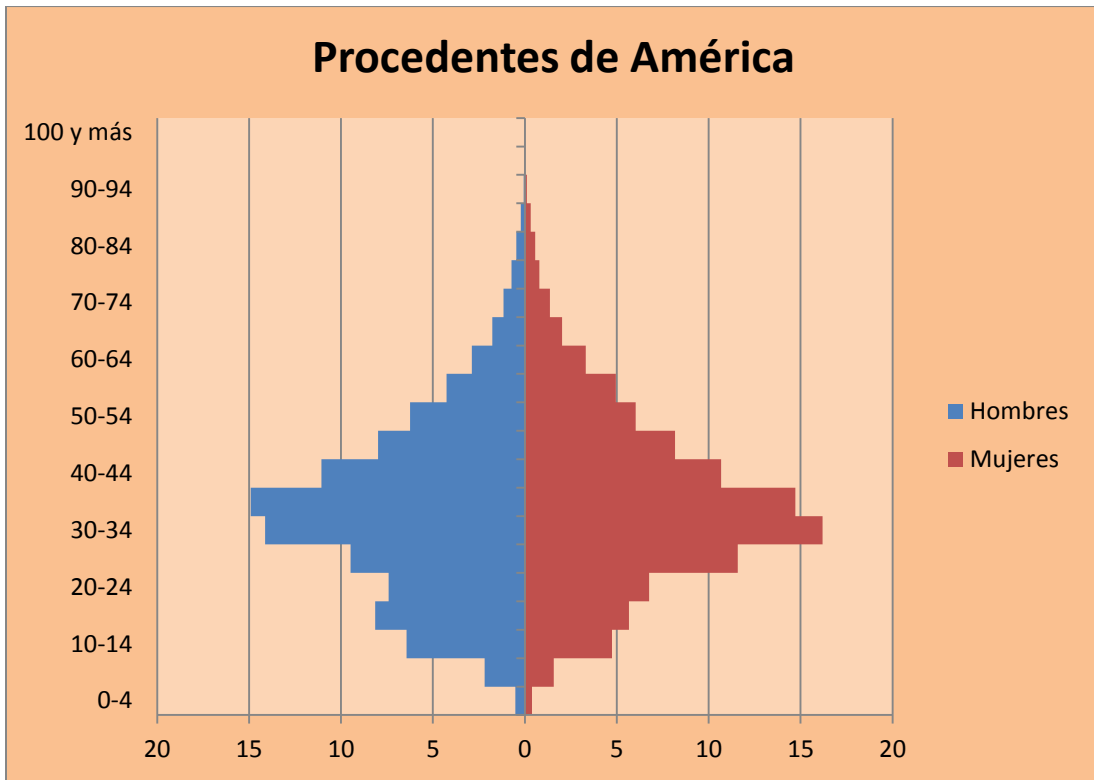
Pirámide de población extranjera en 2014 expresada en porcentaje. Fuente: INE. Elaboración propia.



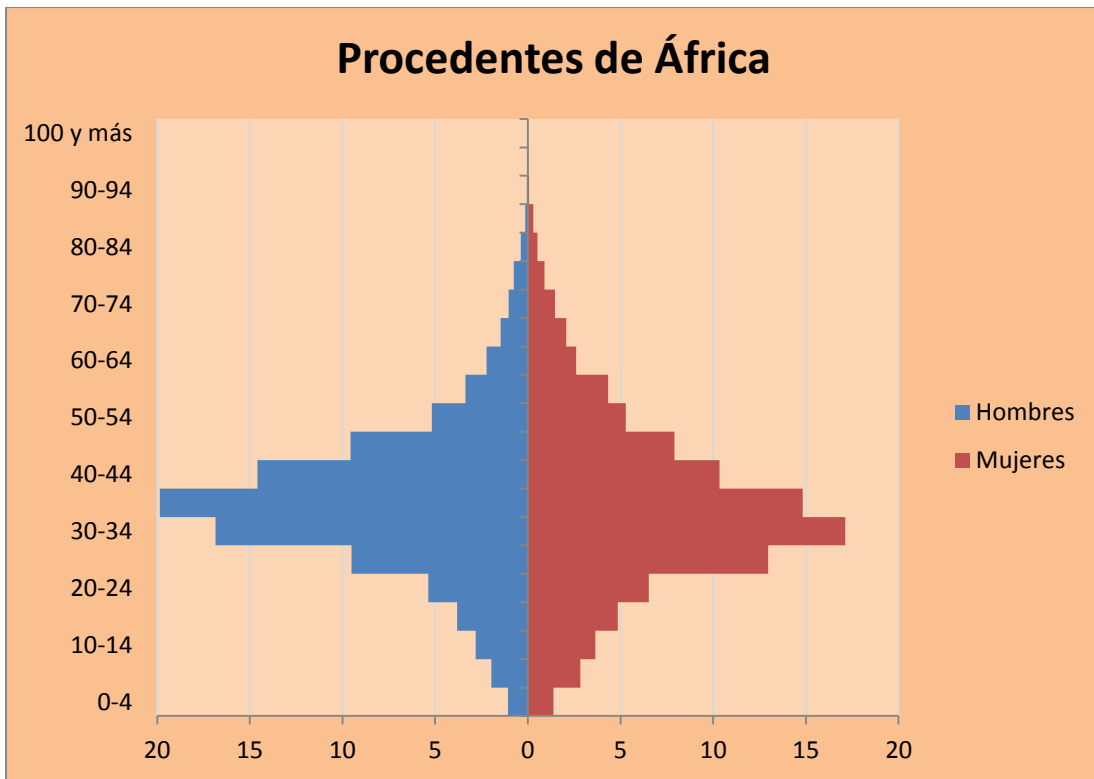
Pirámide de población extranjera en 2014 expresada en porcentaje. Fuente: INE. Elaboración propia.

Si comparamos las pirámides de población extranjera correspondiente a España y a la provincia de Málaga, podemos comprobar que son un poco distintas. Mientras que en España se ve claramente que el grupo más numeroso se sitúa entre los 30 y 40 años, en la provincia de Málaga hay dos grupos predominantes. Por un lado está el grupo más numeroso que coincide con el de la media española, entre los 30 y los 40 años, pero luego hay otro grupo que también destaca, el que va de los 65 a los 74. Estos datos nos dan una pista de las motivaciones de los inmigrantes. El grupo de 30 a 40 años son ciudadanos en edad de trabajar, mientras que los del grupo de 65 a 74 son jubilados, es decir, unos vienen en búsqueda de trabajo, mientras que otro lo hacen en búsqueda de residencias para pasar la jubilación.

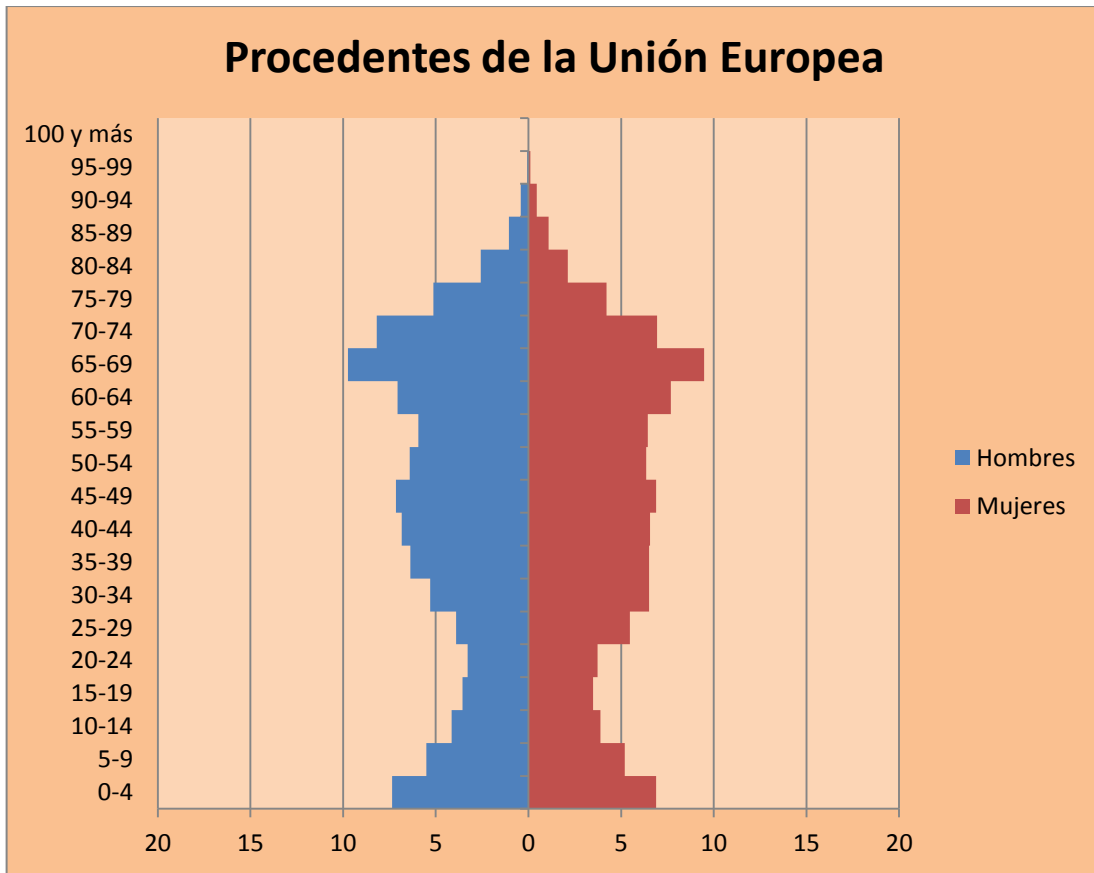
Vamos a analizar también las pirámides correspondientes a los grupos de la Unión Europea, América y África.



Población americana en Málaga en 2014 expresada en porcentaje. Fuente: INE. Elaboración propia.



Población africana en Málaga en 2014 expresada en porcentaje. Fuente: INE. Elaboración propia.



Población comunitaria en Málaga en 2014 expresada en porcentaje. Fuente: INE. Elaboración propia.

Los datos que nos aportan estas tres pirámides vienen a respaldar las anteriores teorías. Por un lado, están los ciudadanos de la Unión Europea, su pirámide tiene 3 salientes o picos. Aunque el más importante es el que se produce entre la franja de edad de los 55 a los 80. Lo que no hace más que confirmar que hay una gran presencia de extranjeros de la Unión Europea que residen en la Costa del Sol tras su jubilación. En este grupo el perfil del ciudadano de la Unión Europea es de un ciudadano de una edad comprendida entre los 55 y los 80 años, con un nivel de vida elevado, puesto que sus residencias de encuentran en lugares de nivel alto.

Las pirámides de América y África se corresponden a pirámides en forma de bulbo. Se caracterizan por una base reducida, un abultamiento en el centro y una cima reducida, o lo que es lo mismo una baja natalidad, una gran proporción de ciudadanos en población activa y poca población anciana. Un dato relevante es que en la población africana el saliente es mucho más pronunciado en el sexo masculino, mientras que en la americana lo es en el sexo femenino. Por tanto, se vuelve a reafirmar que estos extranjeros vienen a España en busca de trabajo, puesto que viajan en edad activa. Por tanto el perfil de estos ciudadanos sería edad comprendida entre los 25 y 44 años con supremacía del sexo masculino en el caso de África y del sexo femenino en el caso de América, con

bajo nivel adquisitivo, puesto que sus residencias suelen situarse en zonas más asequibles donde se suelen producir niveles medio-alto de segregación (Batista y Natera, 2013).

Para terminar aquí se presenta una tabla con las principales nacionalidades de estos tres grupos, con mayor presencia en el total en los 5 municipios.

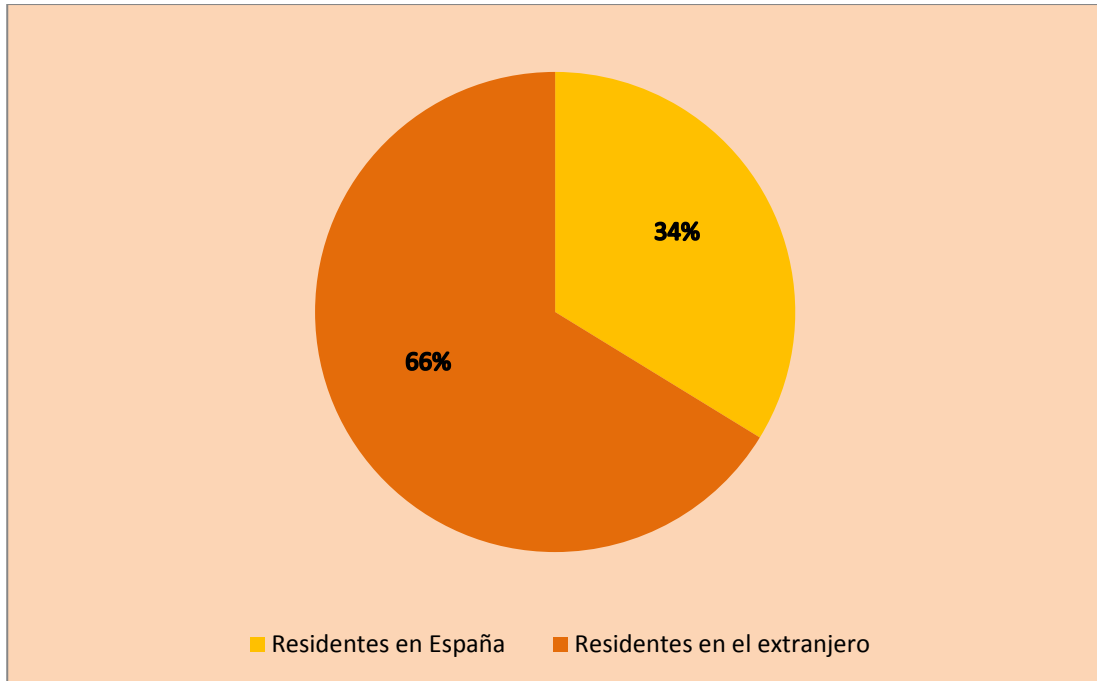
Unión Europea		África		América	
Reino Unido	27.188	Marruecos	13.179	Argentina	3.353
Italia	6.261	Senegal	1283	Colombia	2.440
Alemania	4.847	Nigeria	488	Paraguay	2.214
Rumanía	4.082	Argelia	241	Ecuador	1724
Francia	3.223			Brasil	1382
Bulgaria	2.537			Bolivia	972

Nacionalidades por grupo en el total de los 5 municipios en 2014. Fuente: INE. Elaboración propia.

Como se puede ver el grupo más numeroso con gran diferencia es el procedente de Reino Unido, con un total de 27.188, seguido por los marroquíes, con un total de 13.179. También es importante destacar la gran presencia de los nacionales procedentes de América, que aunque no son el grupo más numeroso por nacionalidad, si suponen un gran porcentaje en su conjunto.

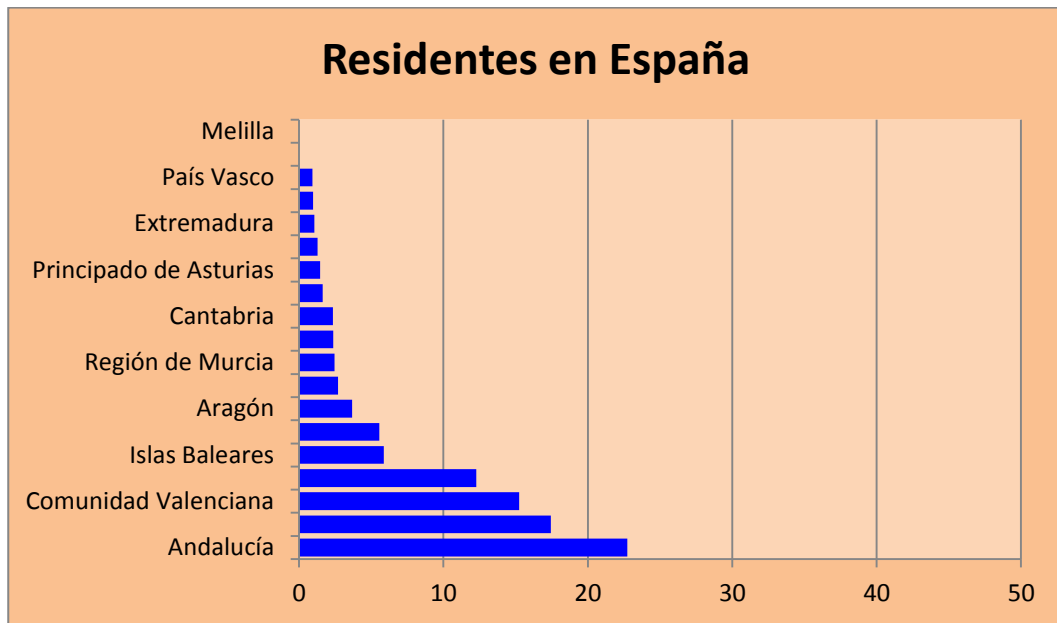
4.5. Turismo extranjero

En este último apartado vamos a analizar la importancia del turismo en España y en concreto en la Costa del Sol. Para ello vamos a mostrar algunas cifras. En la primera gráfica se puede ver la procedencia de los turistas en España.

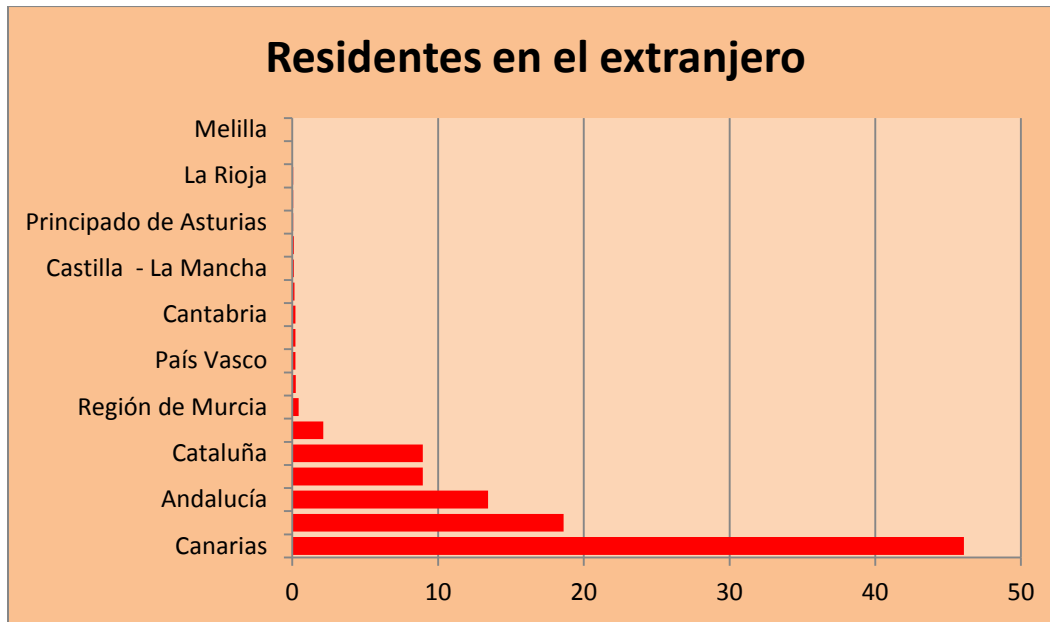


Procedencia de los viajeros en España en 2014. Fuente: INE. Elaboración propia.

Como se puede apreciar la mayoría de los viajeros que hacen turismo en España, proceden del extranjero, mientras que el turismo interior supone solo un 34 %. Para continuar, vamos a analizar los destinos más visitados, primero por los viajeros españoles y segundo por los viajeros extranjeros.



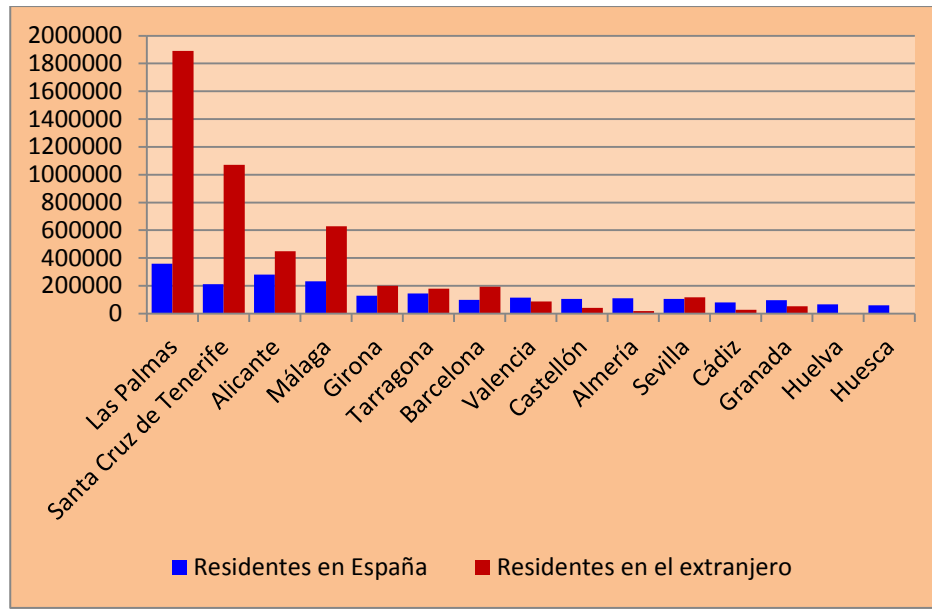
Viajeros españoles en 2014 por comunidad autónoma expresados en porcentaje. Fuente: INE. Elaboración propia.



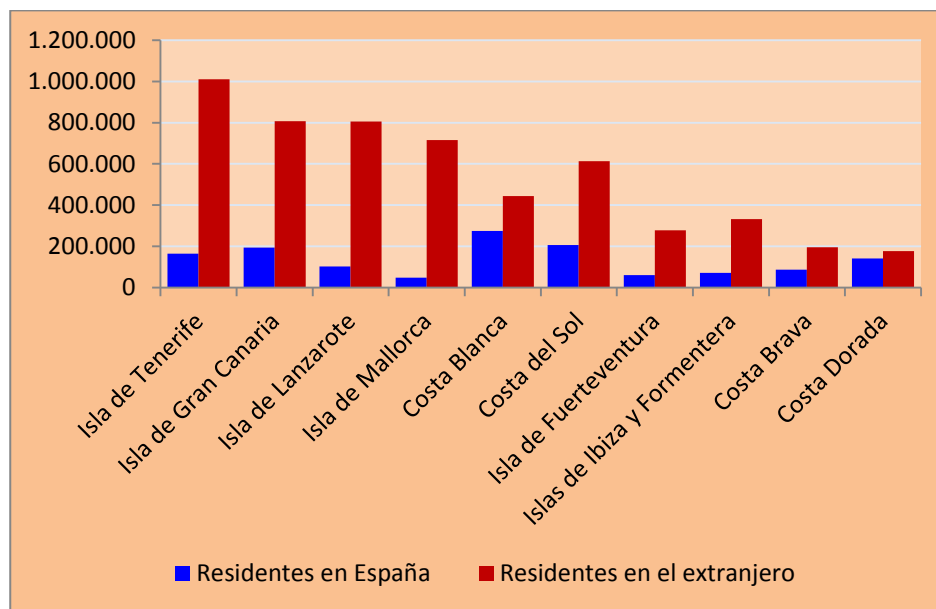
Viajeros extranjeros en 2014 por comunidad autónoma expresados en porcentajes. Fuente: INE. Elaboración propia.

Considerando los datos de las dos gráficas anteriores es necesario destacar dos puntos. El primero es la gran diferencia en cuanto a la proporción de viajeros extranjeros, casi el doble que de viajeros españoles. Y el segundo tiene que ver con que los destinos más comunes en ambos grupos son muy similares. Los 5 primeros en ambos grupos se encuentran en el litoral: Canarias, Andalucía, la Comunidad Valenciana, Cataluña e Islas Baleares. Si nos enfocamos en el gráfico de los viajeros extranjeros, sería muy importante destacar que el flujo de los no nacionales que acuden a las islas españolas es muy significativo, siendo Canarias el destino fetiche por excelencia, ya que casi triplica el volumen del segundo destino, las Islas Baleares.

Para nosotros resulta de especial interés centrarnos en el tercer destino de los extranjeros y primero de los españoles, Andalucía. Este destino también tiene un gran flujo de visitantes. Pero para ello vamos a ver diferentes gráficos, que ilustran la afluencia de viajeros en las provincias y zonas con mayor número de pernoctaciones.



Viajeros en las provincias con mayor número de pernoctaciones en 2014. Fuente: INE. Elaboración propia.



Viajeros en las zonas turísticas con mayor número de pernoctaciones en 2014. Fuente: INE. Elaboración propia.

Analizando los dos gráficos anteriores podemos ver que Málaga ocupa la tercera posición en el ranking de provincias con mayor número de pernoctaciones extranjeras. Mientras que la Costa del Sol ocupa la 5ª posición en el ranking de zonas con mayor número de pernoctaciones.

Es sorprendente que todas estas zonas turísticas registren una afluencia mucho más elevada de visitantes extranjeros que nacionales. Este hecho nos hace apreciar la importancia de un servicio

de intérprete en la casi todos los ámbitos de la vida cotidiana, puesto que muchos de estos extranjeros suelen tener que realizar algún trámite durante sus vacaciones, acudir al médico por alguna urgencia, etc. En parte de las oficinas turísticas de la Costa del Sol disponen de un servicio de atención al turista extranjero (SATE), que suele estar ofrecido por policías nacionales con conocimientos elevados en idiomas. Sin embargo, este servicio no cubre todos los idiomas y resulta insuficiente para idiomas minoritarios. En el siguiente capítulo se va a describir qué es y qué funciones realiza el intérprete social.

5 . DESCRIPCIÓN DE LA INTERPRETACIÓN SOCIAL EN ESPAÑA

5.1. Introducción a la interpretación social. Ámbitos de trabajo

Conviene empezar exponiendo las diferencias y similitudes entre traducción e interpretación. A pesar de que ambas pretenden transmitir un mismo mensaje de una lengua origen a una de llegada, la primera diferencia es muy evidente: mientras una se produce de forma escrita, la otra se realiza oralmente, lo que resulta muy condicionante en la interpretación. Otra gran diferencia es el tiempo invertido en cada uno de los procesos. Los traductores tienen a su alcance el texto completo para analizarlo, leerlo y consultar textos paralelos durante un periodo de tiempo, que viene determinado por la fecha de entrega del encargo, que puede ir de horas a días. Durante este tiempo, el traductor realizará su primera versión y tras varios borradores dará la versión final. De esta manera, el proceso de traducción incluye pasos que la interpretación no tiene posibilidad de realizar, como serían la documentación durante el proceso, la revisión y la corrección.

Por el contrario, el intérprete solo puede oír el texto una vez y dispone de un tiempo muy limitado para reproducirlo en otro idioma, entre varios segundos o minutos, dependiendo del tipo de interpretación. Es por este motivo que los intérpretes no tienen la posibilidad de realizar consultas o corregir su versión final, disponen de su memoria como único recurso. Se podría decir que el suyo es un trabajo efímero y definitivo, ya que solo se reproduce una vez, a no ser que este sea grabado, y no hay posibilidad de cambiar su resultado. Sin embargo, en algunos tipos de interpretaciones, como es el caso de las de conferencias, los intérpretes suelen recibir material o copias de los discursos antes de las intervenciones, lo que les ofrece la posibilidad de prepararse y documentarse previamente. Por todo lo anterior, se hace totalmente imprescindible una gran preparación previa en los ámbitos de trabajo por parte de los intérpretes comunitarios, puesto que durante la interpretación solo van a disponer de sus habilidades y conocimientos como herramienta de trabajo.

A la interpretación comúnmente se la considera una rama de la traducción y se la define como trasladar de una lengua a otra de la palabra hablada (Hale, 2010). Sin embargo, según Wadensjö (en Hale, 1998:5), «Los intérpretes entienden que cuando están interpretando no sólo traducen de una lengua a otra, sino que actúan en nombre de otras personas, convencen, llegan a acuerdos, mienten, dan explicaciones, etc».

No obstante, a pesar de que existen características comunes a todas las modalidades de interpretación, estas van determinadas por el tipo o la técnica empleada. Hale (2010), habla de tipos y distingue 4 diferentes: simultánea, susurrada, consecutiva larga y bilateral (consecutiva corta). Los

tres primeros tipos son monológicos, es decir, reproducen las intervenciones de una única persona y en ellos se prioriza la trasmisión del mensaje, aceptándose la condensación del discurso, ya que se considera que lo más importante es el mensaje y no la forma de este. Mientras que en el último tipo la interacción es dialógica y lo que prima es el hablante original junto con el mensaje. Por tanto, se le da gran importancia a los elementos extralingüísticos: tono, entonación y registro, ya que su finalidad primordial es eliminar la barrera lingüística pero reproduciendo todas las connotaciones del mensaje original. La interpretación bilateral tendría por tanto una especie de «homóloga» en el ámbito de la traducción, la traducción literaria, puesto que esta reproduce diálogos de personajes y en ellos se reflejan características de sus personalidades.

Por otro lado, Jiménez (2002) hace una distinción entre modalidades y tipos de interpretación. Habla de modalidades de interpretación atendiendo al momento en el que se realiza la reformulación con respecto a la emisión y recepción del texto origen. Según esta primera clasificación distingue entre la modalidad consecutiva, donde se realizan interrupciones en las que se produce la reformulación, que a su vez se divide en consecutiva dialógica y consecutiva monológica. Y la modalidad simultánea que tiene lugar de forma paralela al texto origen, sin interrupciones para la reformulación.

La segunda distinción que realiza esta misma autora toma como referente el objetivo de la comunicación. En este caso la clasificación da lugar a cinco tipos diferentes de interpretación:

- a) Interpretación de conferencias, cuyo fin es la comunicación entre especialistas o políticos.
- b) Interpretación en los medios audiovisuales, cuyo objetivo es la comprensión por parte del público.
- c) Interpretación para profesionales, cuya finalidad es facilitar la negociación o el intercambio de información entre un grupo de profesionales.
- d) Interpretación para tribunales, cuyo fin es la comunicación entre los implicados en una vista oral o tribunal.
- e) Interpretación social con la finalidad de posibilitar la relación con la sociedad de personas que no conocen la lengua del país donde residen. En esta última me detendré más adelante en detalle.

Para continuar hay que mencionar el proceso de interpretación. Este conjunto de fases comienza con la comprensión del discurso por parte del intérprete, que lo analiza y realiza un proceso mental para dar solución a cuestiones como lograr la misma intención y resultado que el orador logra con los oyentes del discurso original. Sin embargo, esta cuestión es muy subjetiva y está muy

determinada por las facultades del intérprete para entender la intención del orador y el sentido del original y trasladarlo correctamente a los destinatarios.

El proceso de interpretación, según Hale, se divide en tres fases: comprensión, conversión y reformulación (Hale, 2010: 12-24).

f) Comprensión. En esta primera fase el intérprete se enfrenta a diferentes cuestiones que tiene que solucionar para comprender el mensaje. Estas cuestiones las podríamos dividir en dos: elementos internos, como pueden ser la expresión del orador o el conocimiento lingüístico del intérprete, y elementos externos del discurso, como son la comprensión del papel de intérprete, las condiciones del entorno.

g) Conversión. Esta fase se define como el proceso mental de traducción. Este proceso viene determinado, a su vez, por tres factores: el dominio de la lengua de llegada, la técnica de interpretación y el enfoque teórico que lo sustente.

h) Reformulación. Esta última fase supone la reformulación verbal que está sujeta al tipo, modalidad y finalidad de la interpretación.

5.1.1. El código ético

Existen diferentes posturas acerca de la necesidad de un código ético para esta profesión, que marque las pautas a seguir por los profesionales de cada ámbito, es decir, un guía para realizar su trabajo de forma correcta. La falta de una regulación internacional implica que sea necesario tener un estándar que seguir y por eso se subraya la necesidad de un código ético que establezca las normas de conducta y práctica. No obstante, que exista un código ético no significa que este se cumpla en el 100 % de los casos. Hale (2010), en su encuesta a los intérpretes recogió respuestas que hacían alusión a tres puntos de vista:

Una opinión muy positiva de aquellos que dicen regirse ciegamente por el código; una opinión más comedida, que en la mayoría parte de los casos proviene de aquellos intérpretes con formación que ven el código ético como una guía que requiere un sentido común profesional y, por último, están los que afirman que el código es totalmente inútil. (Hale, 2010: 106)

Según el estudio de Hale (2010), en el que analizó diferentes códigos éticos, estos se dividían en 3 áreas generales: la responsabilidad del intérprete para con los autores de los

enunciados, la responsabilidad del intérprete hacia la profesión que ejerce y la responsabilidad del intérprete para consigo mismo. Dentro de la primera categoría se suelen incluir los 3 principios más representativos de los códigos éticos: confidencialidad, fidelidad e imparcialidad. Es el segundo principio, la fidelidad, el que suscita mayores desacuerdos, puesto que dicho término puede confundirse con la literalidad. Muchos autores interpretan que lo que el código ético quiere dar a entender con este principio es la interpretación literal de los discursos, mientras que lo que realmente implica, es la reproducción fiel del mensaje, no las palabras exactas del autor.

La imparcialidad es otro principio fundamental, ya que el intérprete debe evitar cualquier conflicto de intereses que vicie su actuación. Y, por último, el término de la confidencialidad es muy relevante puesto que los temas tratados por los intérpretes pueden versar sobre asuntos muy delicados que se deben mantener en secreto para preservar la privacidad de los participantes. Otro punto relevante que se aborda en los códigos éticos es el papel del intérprete, se hace la recomendación de que se explique a los clientes el cometido de su profesión antes de cualquier intervención, que, en términos generales, podría resumirse como actuar como puente entre dos personas que hablan diferentes lenguas y que no se pueden entender sin su mediación. En resumen, un código ético dicta las pautas a grandes rasgos para ejercer debidamente la profesión, sin embargo, el modo de actuación queda bajo la responsabilidad del «sentido común» del intérprete. Esto se debe a que el código no es capaz de contemplar todas las situaciones posibles, ni puede dar respuesta a todas las cuestiones que se planteen.

Parrilla (2013) subraya en su tesis la importancia de la creación de un colegio que regule la situación de la profesión. Pero para ello resulta totalmente necesaria la ayuda y colaboración de los gobiernos, que aporten el prestigio necesario para que se tomen en consideración. No en vano, en la mayoría de los países en los que se ha colegiado la profesión se ha contado con el respaldo de políticas que regulan su situación. Abril (2006), por su parte, enfatiza que a la hora de elaborar un código ético este no debe basarse en dogmas o preceptos, sino que debe contener marcos de referencia amplios y flexibles. «En definitiva, los códigos y normas de conducta habrían de aportar las herramientas—no los moldes— para la toma de decisiones ante situaciones parcialmente conflictivas o simplemente confusas en cuanto a la actuación del intérprete» (Hale, 2006: 102).

Actualmente no existe un código ético universal, sin embargo en la gran mayoría de ellos se suele hacer alusión a los principios de confidencialidad, imparcialidad y fidelidad a los que ya se ha referido anteriormente Hale (2010) como principios más representativos. Para concluir con los códigos éticos, presentamos un breve cuadro que contempla los principios que contemplan algunos códigos éticos que se han tomado como referencias, tanto nacionales como internacionales. Los únicos principios comunes en los cuatro códigos son la confidencialidad y el comportamiento

profesional o profesionalidad. No obstante, en la mayoría de los códigos éticos se contemplan los principios de fidelidad, imparcialidad y comportamiento profesional. Dos de los cuatro códigos pertenecen a organismos nacionales, los otros dos a organismos internacionales y solo uno de los cuatro es específico para el ámbito de la interpretación sanitaria.

Organismos	AUSIT (<i>Australian Institute of Interpreters and Translators</i>)	APTIJ (Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes Judiciales y Jurados)	<i>National Council on Interpreting in Health Care</i>	ASATI (Asociación Aragonesa de Traductores e Intérpretes)
Códigos éticos	<i>Code of Ethics and Code of Conduct</i>	Código deontológico para intérpretes y traductores judiciales y jurados	<i>National Standards of Practice for Interpreters in Health Care</i>	Código deontológico para traductores e intérpretes
Principios	Conducta profesional Confidencialidad Competencia Imparcialidad Fidelidad Aclaración de los límites de su ejercicio profesional Comportamiento profesional Formación continua Solidaridad profesional	Fidelidad Imparcialidad Confidencialidad Credenciales y formación Comportamiento profesional Límites de su ejercicio profesional Formación continua	Fidelidad Confidencialidad Imparcialidad Respeto Interés cultural Límites de su ejercicio profesional Profesionalidad Formación continua Defensa	Conducta profesional Confidencialidad Calidad Competencia Relaciones con otros profesionales

Principios contemplados en diferentes códigos éticos. Fuente: Diferentes códigos éticos. Elaboración propia.

5.1.2. ¿Qué es la interpretación social?

García (2009) señala que el mercado de la interpretación está evolucionando debido a diferentes procesos de la actualidad:

El nuevo modelo de sociedad multilingüe y multicultural que se está imponiendo y en el que confluyen varios factores, entre los que señalaríamos los siguientes: la llegada masiva de inmigrantes, la globalización de las comunicaciones y de los intercambios comerciales, la continuidad y consolidación del turismo como actividad económica fundamental en España, y, por último, la toma de conciencia de las autoridades de la necesidad de una comunicación fluida entre los ciudadanos y la administración pública en determinados servicios especialmente sensibles.

De esta sociedad crecientemente multilingüe y multicultural es de donde surge la interpretación social o «comunitaria», como la denomina Hale (2010), que es un tipo de interpretación que tiene lugar en ámbitos donde se tratan temas del día a día. No obstante, esta característica, en vez de disminuir su responsabilidad con respecto a otro tipo de interpretaciones, tiene el efecto contrario, puesto que su finalidad tiene una mayor importancia social humanitaria. Su denominación plantea una gran controversia, ha recibido múltiples apelativos entre los que destacan «interpretación social» (Jiménez, 2002), «interpretación en los Servicios Públicos» (Abril, 2006), «interpretación comunitaria» (Parrilla, 2013), etc.

A lo largo de este estudio vamos a utilizar la denominación de «interpretación social» ya que el adjetivo social contempla correctamente, desde nuestro punto de vista, la finalidad de este tipo de interpretación: prestar un servicio social a la población. Según Jiménez (2002): «El objetivo de la interpretación social es ofrecer la posibilidad de relacionarse de manera efectiva con la sociedad a personas residentes en un país cuya lengua oficial desconocen». En su trabajo Jiménez (2010) subraya que esta profesión surge de la necesidad social y que va tomando mayor repercusión debido al aumento de la movilidad geográfica y a una mayor sensibilización hacia los derechos humanos de la población desplazada.

A menudo el «estatus» del intérprete se convierte en un reflejo de la persona a la que interpreta, por este motivo el intérprete social se ha visto peor valorado que, por ejemplo, el intérprete de conferencias. Dado que el de conferencias representa a cargos elevados, muy alejados del prototipo de interlocutor que requiere la mediación de un intérprete social (refugiados,

inmigrantes, etc.). Además de esta diferencia de ámbito de actuación, hay que destacar que la modalidad de la interpretación de conferencias suele ser la simultánea, mientras que la más utilizada en la social es la consecutiva, con interpretaciones bilaterales. También se diferencian en su nivel de formalidad, la primera presenta un registro principalmente formal y la segunda varía con respecto a los participantes y el tipo de texto. Otra gran diferencia es la alta proximidad entre los participantes de la interpretación social, al contrario que en la de conferencias que suele realizarse en cabinas lejos de los oradores y con poco o ningún contacto con ellos.

Jiménez (2002) realiza una distinción muy esclarecedora con respecto a los participantes en este tipo de interpretación, divide entre parte «débil» y parte «fuerte». La parte «débil» la constituyen los ciudadanos que están en desventaja por su desconocimiento de la lengua. Suelen ser inmigrantes, extranjeros o personas de bajo nivel cultural. Mientras que la parte «fuerte» serían personas o instituciones que se encuentran en una posición superior, ya son los proveedores de los servicios o las soluciones que demandan los primeros. Es de destacar la fuerte implicación de los participantes, sobre todo de la parte «débil» al tratarse de temas muy personales que les conciernen. Debido a este desequilibrio jerárquico, estos a veces sienten una gran dependencia hacia el intérprete y tienen un erróneo sentimiento de hermandad hacia este, pensando que está de su lado. También es significativo el apoyo en el lenguaje no verbal como método para facilitar la comunicación, dado que en algunos casos la interpretación se realiza en una «lengua puente» para ambos, sin ser la lengua materna de ninguno.

La teoría de Jiménez (2002) sobre la relación que existe entre los participantes es común a otros autores, en concreto, Abril (2006: 58-68) habla de los estatus y las relaciones de poder entre estos. Destaca la posición subordinada del usuario de la lengua minoritaria con respecto al de la lengua mayoritaria. Y también subraya la posición de poder del proveedor del servicio (persona u organismo), puesto que es este el que posee poder decisorio sobre el servicio y el conocimiento experto sobre todo lo que lo rodea. Esto provoca que en las situaciones en las que tiene lugar una comunicación en los servicios públicos exista un desequilibrio en la balanza. Sin embargo, este desequilibrio no es solo latente en los casos bilingües que necesitan este servicio, sino que también suele darse en las situaciones comunicativas entre usuarios monolingües que desconocen el funcionamiento de los servicios y la lengua especializado que los rodea. A estos problemas a los que hace frente el usuario monolingüe hay que sumar los provocados por la disparidad cultural del usuario extranjero. Dentro de la disparidad cultural son destacables los abismos culturales, es decir, diferencias culturales que ambas civilizaciones desconocen debido a la no convivencia y a una cultura distinta. Aquí también sale a relucir el uso de «lenguas puentes» recurso citado anteriormente. Estas lenguas son de gran utilidad, sin embargo, aumentan la dificultad en la

comunicación. Esto se debe a que al no tratarse de una lengua materna su manejo es más limitado y surgen problemas al expresarse correctamente sobre temas delicados, como pueden ser valores o tradiciones.

Además de los participantes primarios hay que considerar la posición del intérprete dentro de la comunicación. Abril (2006: 68-82) identifica algunas características relacionadas con su posición dentro de la comunicación: el intérprete se encuentra en una situación privilegiada respecto a los demás participantes puesto que es el único que entiende ambas lenguas, esto nos lleva a considerarlo una parte imprescindible, puesto que sin su intervención la comunicación sería imposible. Otra característica de su posición es la posibilidad de definir su propio papel como simple «puente» o como «mediador», este es un conflicto que levanta distintas opiniones. Y también posee la posibilidad de decidir el turno de palabra, puesto que sin su intervención es imposible que continúe la conversación.

Con respecto a las características comunes en todos los ámbitos de la interpretación social Collados et al. (2001, en García, 2009: 20-21) destaca las siguientes:

- i) Un contacto directo y un espacio compartido entre intérprete e interlocutores. Lo que implica la visibilidad del intérprete, la posibilidad del uso de primera o tercera persona y la posibilidad de pedir aclaraciones a los interlocutores.
- j) Bidireccionalidad en las intervenciones.
- k) Diversidad de contextos situacionales.
- l) Imprevisibilidad y gran diversidad temática.
- m) Imposibilidad de tomar notas en situaciones desaconsejables.
- n) Presencia de automatismos conversacionales.
- o) Lenguaje espontáneo en los interlocutores.
- p) Variedad de los registros empleados.
- q) Diferencias culturales entre los interlocutores.

No obstante, otros autores también destacan la implicación del intérprete, el carácter dialógico de la interacción comunicativa o la importancia de los factores psicológicos (García, 2009: 21). Es la figura del intérprete social y su papel dentro de la comunicación el tema que suscita mayor controversia. Se debaten las diferentes posiciones que puede adoptar y las consecuencias que tienen en la comunicación. Hay autores que defienden la total neutralidad, mientras que otros abogan por el intérprete mediador. Sin embargo, entre estos dos extremos encontramos diferentes variantes. Abril (2006: 68-82) resume algunas de las funciones o posiciones que puede adoptar un intérprete a lo largo del proceso, para ello se apoya en el “modelo de intervención progresiva” del

manual de formación de interpretación médica: *Bridging the Gap: A Basic Training for Medical Interpreters* (2002). Este manual expone 4 tipos de barreras a la comunicación a las que deben hacerse frente:

(...) las lingüísticas; las basadas en el distinto uso y dominio del registro, conceptos y términos propios de la salud y el sistema sanitario; las culturales; y las sistémicas, es decir, las que proceden de la complejidad del sistema sanitario o de actitudes racismo de sus profesionales.

En consecuencia, el intérprete debe adoptar diferentes papeles para hacerles frente. Es por ello que este manual presenta 4 roles que pueden ser asumidos por el intérprete como respuesta a las diferentes barreras. El manual ordena los papeles según la implicación del intérprete en el proceso de comunicación:

- «Transcodificador»: el intérprete transmite el mensaje de un idioma a otro sin ningún tipo de modificación.
- «Clarificador»: este tipo de interpretación se produce cuando es necesaria algún tipo de aclaración para agilizar la comunicación.
- «Experto o agente cultural»: se adopta cuando la diferencia cultural puede dificultar la comunicación, para ello el intérprete proporciona el marco cultural necesario para entender el mensaje.
- «Defensor y agente del paciente»: está más orientado a asesorar al paciente que a la propia comunicación, proporcionándole la ayuda necesaria para que logre su objetivo. Se da cuando existe una barrera sistémica que impide la comunicación.

Dada la existencia de formas tan sumamente diferenciadas de actuación, Abril (2006: 79) propone:

El intérprete ha de elegir el papel que menos interfiera en la relación primaria, es decir, la que conecta a paciente y profesional del servicio público. Pero al mismo tiempo, ha de estar preparado para aumentar progresivamente su grado de intervención si detecta alguna de las barreras que pueden impedir la comunicación eficaz o incluso amenazar el bienestar del paciente.

Abril (2006: 82) concluye afirmando que el papel del intérprete no debe delimitarse de manera estricta, ya que es necesario tener en cuenta una gran variedad de supuestos que rodean su actuación. Este punto habría que tenerlo en cuenta en los diferentes códigos éticos y de conducta que afectan a la profesión y que dictan las pautas a seguir para que el trabajo se realice de manera

satisfactoria, puesto que deberían ser considerados como herramientas que apoyen la toma de decisiones ante situaciones conflictivas.

5.2. La falta de regulación de la interpretación social en España

A pesar de que la tarea del intérprete social es muy exigente, no está regulada, ni se exigen requisitos oficiales para ser ejercida. Internacionalmente la interpretación social no está sujeta a una normativa universal, por tanto, esta profesión está sujeta a la resolución de cada país. Esto conlleva unas consecuencias que se traducen en una gran heterogeneidad en la consolidación y la consideración de la profesión. La interpretación debe entenderse como un servicio necesario para favorecer la relación comunicativa entre dos partes, por eso, para que esta se produzca de manera satisfactoria, deben sentarse unas bases que garanticen su eficacia. Sin embargo, no todos los países ven la necesidad de este servicio. Abril (2006: 87-88) hace una división entre los dos tipos de respuestas más comunes a las necesidades lingüísticas. Por un lado está el denominado «modelo crisol», los países que siguen este modelo pretenden absorber las diferencias de la sociedad minoritaria dentro de la cultura mayoritaria y hacer que esta pierda su identidad y se mimetice con el resto. En el lado opuesto se encuentra el modelo «mosaico», este modelo responde al fomento de la convivencia de todos los ciudadanos respetando su identidad nacional. Como consecuencia de estos dos puntos de vista tenemos diferentes modos de actuación. La respuesta que dan los que siguen el primer modelo es negar la necesidad de los servicios de interpretación y fomentar el aprendizaje de su lengua nacional. Mientras que los que siguen el segundo modelo además de promover el estudio de su lengua nacional, facilitan servicios de interpretación para todos aquellos ciudadanos que los necesiten.

Abril (2006) cita en su obra el estudio comparativo de Ozolins (2000) que versa sobre los diferentes servicios de interpretación que existen en los distintos países. Este estudio afirma que existen cuatro tipos de actuaciones en relación a la interpretación social y con respuesta a esto crea una división en la que clasifica los diferentes países. El primer tipo de actuación es la negación de la necesidad de servicios de interpretación social. Esta posición es la que defienden dos grupos de países según Ozolins: los países con inmigración no integrada o de corto plazo y los países que no han integrado a su población indígena. En este grupo sitúa a los Estados del Golfo, Japón y Brasil.

El segundo modelo de actuación es la provisión de servicios ad hoc. Los países que siguen este método responden al problema ofreciendo soluciones puntuales que surgen para satisfacer necesidades nuevas o urgentes. Suelen ser el caso de países que empiezan a recibir el flujo

migratorio o en los que acaba de despertar la conciencia sobre la diferencia cultural y lingüística existente. A veces esta es una etapa que precede la profesionalización del servicio y suele ir promovida por una institución pública. El servicio que surge de este modelo suele ofrecerse por intérpretes voluntarios, personal disponible o con poco o ningún conocimiento de la profesión, no se contempla la acreditación oficial o un control riguroso, solo en algunos ámbitos, como la interpretación judicial que está contemplada en algunos marcos legales, como es el caso de España. En este grupo encontramos a países como Italia, España, Bélgica, Alemania y Austria. Más adelante se detallará el caso de España, que según Ozolins (2000) está a medio camino entre el primer y el segundo modelo.

El tercer modelo con el que nos encontramos responde a la creación de servicios genéricos que pretenden dar solución a los problemas lingüísticos de forma general y con un supuesto grado de organización. Su aparición puede haberse originado por dos caminos: a) su desarrollo por parte de la administración pública o b) una evolución lógica desde la fase de soluciones ad hoc. En los países en los que se favorece a este modelo se suele dar sistemas de acreditación o de evaluación para acceder a la profesión. En este grupo estarían países como Francia, Reino Unido, Países Bajos, Noruega, Finlandia y Canadá. A caballo entre este modelo y el cuarto modelo encontramos las soluciones basadas en planteamientos legalistas. Este tipo de modelo responde a una exigencia del marco legal que contempla la obligación de ofrecer acceso a los servicios públicos a todos los integrantes de la ciudadanía. Normalmente solo contempla la interpretación judicial, sin embargo, también es una realidad a partir de la cual en muchos casos se han desarrollado el resto de los ámbitos. En este tipo de actuación se encuentran países como Dinamarca, Malasia, Estados Unidos y Sudáfrica.

Por último nos encontramos con el cuarto modelo, los países que implantan soluciones integrales. Este modelo sería la respuesta ideal a la necesidad lingüística, puesto que tiene un planteamiento global que contempla como mínimo 3 aspectos fundamentales de la profesión: a) la organización del servicio, en algunos casos garantizado por políticas generales, b) la formación de intérpretes y como consecuencia una preferencia hacia estos a la hora de realizar contrataciones y c) la acreditación o certificación oficial de los intérpretes. En el estudio de Ozolins (2010) solo dos países responden a esta situación: Australia y Suecia.

Como hemos podido observar las posiciones internacionales con respecto a la regulación de los servicios de interpretación social son muy variadas, desde el punto de negar la necesidad del servicio, a la respuesta organizada y contemplada en las políticas nacionales. Se podría decir que estas posiciones responden a las diferentes fases que tienen lugar desde que se produce el conocimiento de la necesidad de servicios lingüísticos hasta que estos reciben la atención

correspondiente por parte de los implicados y los órganos pertinentes. Puesto que cada país tiene características y limitaciones diferentes los métodos de actuación variarán de unos a otros, pudiendo saltar de una fase a otra o cambiar el ritmo del proceso de regulación como respuesta a sus necesidades específicas.

5.2.1. La regulación de la figura del intérprete social desde el punto de vista de la legislación

En España en la actualidad no existe ninguna acreditación oficial para ejercer la profesión de intérprete social y lo mismo ocurre con el reconocimiento oficial. Por esta razón, no es difícil encontrar intérpretes en el ámbito social que desempeñen este trabajo sin ningún tipo de formación en traducción e interpretación.

No obstante, a nivel europeo existen Directivas que tiene como objeto regular la profesión en alguno de sus ámbitos, como es el caso de la interpretación judicial. En este caso se presenta la Directiva 2010/64/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de octubre de 2010, relativa al derecho a interpretación y a traducción en los procesos penales. Esta Directiva tiene como objeto regular la actuación del intérprete en los procesos judiciales. En sus diferentes artículos fija las condiciones que se deben cumplir para garantizar la calidad de la interpretación y de la comunicación, a grandes rasgos recoge el derecho a la interpretación durante todo el proceso judicial en el idioma materno del acusado o sospechoso, y si no fuera posible, en otro idioma que hable y entienda; el derecho a que se le facilite la traducción de los documentos esenciales en su proceso judicial; que los costes de la traducción e interpretación sean sufragados por el Estado miembro; que la calidad de los servicios pueda ser cuestionada en cualquier momento y que se pueda exigir un cambio de intérprete si se considera que el servicio no es de calidad. Además, exige a los Estados miembros un registro de intérpretes profesionales que esté al alcance de los organismos de justicia. Todos estos puntos están recogidos en la Directiva que data del año 2010 y que se complementa con la Directiva 2012/13/UE sobre el derecho a la información en los procesos penales.

Sin embargo, no es hasta este pasado 5 de septiembre de 2014, cuatro años después, cuando España aprueba un Proyecto de Ley para modificar la Ley de Enjuiciamiento Criminal y transponer ambas Directivas a la Ley española. Esta modificación de la Ley contempla todos los derechos referidos en ambos decretos europeos, para recogerlos todos se crean los artículos del 123 al 127. La mejora más significativa desde el punto de vista profesional es la creación de un

registro oficial de traductores e intérpretes judiciales, con un plazo máximo de un año desde la publicación de esta Ley, siendo la pertenencia a este registro un requisito indispensable para la actuación de los profesionales en los tribunales. A estos profesionales se les exigirá formación o titulación reglamentaria en relación con el idioma, entre otros posibles requisitos que puedan considerarse necesarios por el Ministerio de Justicia. No obstante, a pesar de que ya se ha cumplido el periodo estipulado, aún no se han producido los cambios que se establecieron.

5.3. La interpretación en el ámbito sanitario

En este trabajo vamos a centrarnos en la interpretación social en el ámbito sanitario. Este tipo de interpretación se desarrolla principalmente en las consultas de hospitales y centros públicos o privados. En ellos el intérprete ejerce de canal de comunicación entre el personal sanitario y el paciente.

Hale (2010: 36-40) subraya la importancia no solo del contenido, sino también del estilo de las preguntas del médico en la comunicación médico-paciente. Se trata de connotaciones que el intérprete debe transmitir al paciente, ya que, a través de la información extraída de estas preguntas se podrá establecer un diagnóstico satisfactorio basado tanto en la información directa, como en la información que aporten los elementos supralingüísticos. Por ello, para que se produzca un entendimiento total el médico debe establecer una relación satisfactoria con el paciente, que vendrá condicionada por factores como la personalidad del paciente, su clase social, etc. Todo lo anterior debe tenerse en cuenta a la hora de realizar la interpretación.

Es por todo lo anterior que la labor de los intérpretes es muy importante. El enfoque elegido por estos suele representar mucha controversia, algunos se decantan por el «enfoque mediador», mientras que otros prefieren el «enfoque imparcial» a la hora de actuar (Hale, 2010: 41-57). Si siguen el enfoque mediador es el mismo intérprete el que decide qué transmitir y qué no, y a su vez añade información que cree relevante. Este enfoque suele ser el utilizado por personas bilingües sin formación en la materia que normalmente utilizan la tercera persona para hacer referencia a las partes, en realidad es como si se produjeran dos conversaciones independientes. En el otro extremo, por el contrario, se encuentra el enfoque imparcial, más propio de los intérpretes profesionales. Este enfoque se caracteriza por la «invisibilidad» del intérprete, que actúa como mero puente entre las partes reformulando fielmente las intervenciones de los interlocutores en primera persona, adoptando por turnos el papel de su interlocutor. Aquí el intérprete no se implica en el mensaje, sino en transmitirlo con la mayor fidelidad y neutralidad.

Los principales problemas que se encuentran en las interpretaciones de intérpretes sin formación suelen ser omisión, adición, simplificación, sustitución e intercambio de papeles (Vásquez y Javier, 1991; en Hale, 2010), este último implica que el intérprete tome el control de la interacción, adoptando él mismo el papel de entrevistador. Muchos de estos problemas se identifican con el enfoque mediador que podría decirse que actúa como filtro entre las intervenciones.

Mientras que por otro lado, los intérpretes con formación tienen como objetivo ser lo más fiel posible en sus intervenciones y hacen uso de la primera persona. En los procesos en los que participan es el médico el que lleva el control de las intervenciones y la presencia del intérprete no produce interferencias en la comunicación. Sánchez-Reyes y Martín (2004) afirman: «su intervención garantiza un correcto entendimiento de la sintomatología por parte del médico y del diagnóstico y tratamiento por parte del enfermo», por tanto, es en la intervención de un intérprete profesional en la que más similitudes se encontrarían con la consulta entre un médico y un paciente del mismo idioma.

Sánchez-Reyes y Martín (2004: 155-156) distinguen 4 formas de actuación en los servicios de interpretación en los hospitales, que suelen ser comunes al resto de los ámbitos de la interpretación social:

- profesionales sanitarios con dominio de lenguas y entrenamiento en destrezas interpretativas;
- intérpretes profesionales;
- amigos o familiares del enfermo;
- intérpretes voluntarios no cualificados.

La primera forma es la opción ideal, ya que los profesionales reúnen ambas competencias, el lenguaje sanitario especializado y la interpretación, sin embargo esta situación es la menos usual, a pesar de que en muchos centros se están llevando a cabo cursos de formación en lenguas extranjeras. Por el contrario las dos últimas formas son las más habituales. Muchos pacientes van acompañados de un familiar o amigo que les sirve como puente para hacerse entender. Aunque tiene sus ventajas como aportar tranquilidad al paciente al estar con alguien cercano, también tiene la desventaja de que el intérprete «ad-hoc» no es imparcial y puede viciar la conversación con sus propias opiniones. Por otro lado se encuentran los intérpretes voluntarios, que ofrecen un servicio desinteresado a la sociedad, sin embargo la gran mayoría de ellos carecen de experiencia en el

campo y de formación en la profesión. Por último, se encuentra el perfil del intérprete profesional que tiene tanto conocimientos del lenguaje como formación.

La actuación del intérprete profesional tampoco está exenta de críticas (Sánchez-Reyes y Martín, 2004: 156 -158). En concreto se habla de sus limitaciones, entre ellas se hace mención a que «quiebran» el carácter íntimo de la entrevista entre el médico y el paciente, puesto que frecuentemente se ve al intérprete como un agente externo; a que los costes económicos de tener un equipo de intérpretes de varios idiomas las 24 horas son elevados, no obstante, la mejora en el servicio sanitario es notable y además «el derecho a una atención en términos comprensibles» está contemplado en el artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de abril; a que no es factible disponer de medios humanos suficientes, para ello han surgido servicios como la interpretación telefónica (servicio que se abordará más adelante). También se cuestiona la falta de experiencia de los intérpretes en esta área de conocimiento y a que se necesita un entrenamiento conjunto de intérpretes y personal sanitario para que el trabajo global sea satisfactorio.

Las anteriores limitaciones que se asocian a los intérpretes profesionales se podrían solventar a través de la concienciación de los diferentes colectivos, ya que gran parte de ellas se deben al desconocimiento de la profesión que conlleva a una colaboración deficiente entre profesionales. Para lograr una comunicación satisfactoria el personal sanitario debe conocer cómo trabajar con intérpretes. Para ello sería necesaria una comunicación previa entre ambos en la que los profesionales describieran sus tareas, de esta forma el personal sanitario también sería consciente de la labor del intérprete (limitaciones, necesidades, proceso, protocolos...). En el momento en el que ambos comprendan las características de sus respectivos papeles el trabajo conjunto sería mucho más sencillo y de esta forma se mejoraría la comprensión mutua. Es necesario, por tanto, la existencia de materiales como protocolos que subrayen la importancia de unas entrevistas previas y posteriores entre profesionales para dictar las bases de la comunicación, ya que, como argumentan Sánchez-Reyes y Martín (2004: 158), «se requiere entrenar a los profesionales sanitarios para trabajar con los intérpretes».

Sánchez-Reyes y Martín (2004: 158-159) recogen en su obra la aportación de Phelan y Parkman (1995), autores de un protocolo a seguir por los profesionales sanitarios en el que se dan pautas sobre temas que afectan a la comunicación con objeto de minimizar las limitaciones de los intérpretes y proporcionar un servicio sanitario mejor para personas con lenguas extranjeras. Entre otras cuestiones se menciona la necesidad de que se recurra al mismo intérprete para futuras entrevistas con el mismo paciente, que el médico presente formalmente al intérprete al paciente, que se le hable directamente al enfermo, etc. Este protocolo supone un punto de partida para la creación de un manual que regule la comunicación con el paciente asistida por intérprete. Sánchez-

Reyes y Martín (2004) mencionan a McPhee (2002), que profundiza en el anterior protocolo y recoge ideas a aplicar por el médico, como evitar los intérpretes «ad-hoc», reunirse con los intérpretes ante de la entrevista con el paciente, usar frases cortas, evitar el uso de metáforas, etc.

Por otro lado, con respecto a los costes del servicio Sánchez-Reyes y Martín (2004: 160) sostienen lo siguiente:

El argumento de los costes no debería entorpecer el establecimiento de un servicio que contribuye de manera tan manifiesta a proporcionar asistencia sanitaria de calidad; el objetivo de una gestión eficaz en un servicio público de salud no es el ahorro a toda costa, sino una distribución de los recursos orientada a responder a razones de eficiencia social, lo que justifica ampliamente la dotación de intérpretes.

Ruiz (2014) destaca que en la actualidad cada vez se hace más latente la necesidad de un servicio de intérpretes, dada la convivencia de personas de diferentes idiomas, nacionalidades y culturas. Es por eso que cada vez se ofrecen más posibilidades formativas en este ámbito y que las autoridades competentes empiezan a darse cuenta a esta necesidad y a ofrecer soluciones. La interpretación sanitaria según Ruiz (2014) no solo presenta la complejidad de tener un vocabulario especializado, sino que también está el problema derivado de su posición de cercanía física, su temática y su responsabilidad, que suponen otro reto para el profesional que puede sentirse desbordado emocionalmente. Es por este motivo que Ruiz (2014: 276) afirma «De ahí la necesidad de concienciación en primer lugar y formación específica para los alumnos y profesionales de la interpretación». A partir de esta afirmación desarrolla unas recomendaciones a aplicar en la preparación del intérprete que divide en dos categorías (Ruiz: 2014: 277-284).

Preparación lingüístico cultural y psicológica del intérprete como transmisor de la información médica al paciente		Preparación psicológica y emocional del intérprete
Estrategias de comunicación referidas al contexto	Estrategias referidas a la comunicación verbal	Recomendaciones y estrategias para afrontar el impacto psicológico
<p>Crear una atmósfera cómoda en la que los pacientes se sientan cómodos.</p> <p>Situarse al mismo nivel que el paciente.</p> <p>Situarse a una distancia adecuada (margen de espacio cómodo).</p> <p>Recordar el papel de mediador en el caso de que el médico se dirija al intérprete y no al paciente</p>	<p>Conocer la terminología adecuada.</p> <p>Usar lenguaje comprensible en lugar de excesivamente técnico.</p> <p>Neutralizar las asimetrías entre culturas.</p> <p>Proporcionar información clara, sencilla, suficiente, siempre de manera gradual y esperando pautas reflexivas.</p> <p>Saber comunicar noticias desagradables.</p>	<p>Concienciación, motivación y conocimiento de algunos conceptos psicológicos esenciales.</p> <p>Uso de estrategias para afrontar y resolver problemas laborales:</p> <p>Relajación.</p> <p>Resolución de problemas.</p> <p>Distracción cognitiva.</p> <p>Método de autoinstrucciones.</p>

Cuatro 2. Preparación de intérpretes para los contextos biosanitarios (Ruiz: 277-248)

Sin embargo, Ruiz (2014) insiste en la regulación y concienciación:

Pero para que esto se materializase en los centros sanitarios, primero sería imprescindible que los servicios públicos, las autoridades, los organismos pertinentes, los usuarios y los futuros intérpretes fueran conscientes de la necesidad de contar con profesionales bien formados capaces de ofrecer un servicio de interpretación de calidad y cuya labor estuviera regulada bajo unas condiciones claras y dignas.

5.3.1. Alternativas al intérprete sanitario

Como se ha destacado anteriormente, la existencia de un servicio de intérpretes profesionales continuo de una variedad de lenguas es prácticamente nula en España. Para suplirlo, los centros sanitarios han desarrollado diferentes alternativas que posibiliten la comunicación entre el paciente y el personal sanitario.

Uno de los primeros servicios que habría que destacar es la interpretación telefónica o teletraducción. Esta opción consiste en la posibilidad de comunicarse con un «intérprete remoto» a través de un teléfono móvil que dispone de dos auriculares, uno para el paciente y otro para el médico, aunque las características dependen del proveedor del servicio. Las principales características de este tipo de interpretación deberían de ser similares a las de la interpretación social en su conjunto, sin embargo tiene algunas diferencias (García, 2009): La primera es la falta de visibilidad, frente a la visibilidad del intérprete presencial. Esto puede llevar a varias posibles situaciones: que el espacio sea compartido entre todos los interlocutores menos el intérprete o que sea un espacio diferente para cada uno de los interlocutores. El resto de características vienen determinadas por la primera, estas son la divergencia del marco situacional de los interlocutores; el uso casi exclusivo de la tercera persona, ya que al no estar presente, el uso de la primera persona podría inducir a malentendidos; la menor velocidad de dicción y la confidencialidad, puesto que los interlocutores no pueden identificar al intérprete y este tampoco a ellos.

En concreto en Andalucía la interpretación telefónica es un recurso habitual. Desde 2009 esta comunidad autónoma tiene disponible este servicio a través del servicio de atención de llamadas de Salud Responde con el objetivo de «implementar los criterios básicos de la política sanitaria en Andalucía: equidad, igualdad, accesibilidad, continuidad y calidad» (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía²). Este servicio ofrece un total de 46 idiomas: 11 con disponibilidad 24 horas los 365 días al año (alemán, árabe, búlgaro, chino, eslovaco, francés, inglés, polaco, portugués, rumano, ruso) y otros 35 idiomas disponibles en días laborales de 8:00 a 18:00 (afgano, albanés, armenio, bambara, bereber, bosnio, brasileiro, checo, chino cantonés, coreano, danés, esloveno, farsi, finés, georgiano, griego, holandés, húngaro, hindi, italiano, japonés, lituano, mandinga, noruego, persa, poular, serbocroata, sirio, sueco, suniki, tailandés, turco, ucraniano, urdu, wólof). Con esta asistencia el Sistema Sanitario Público de Andalucía pretende garantizar la confidencialidad, la privacidad, la inmediatez, la disponibilidad total y la cobertura total, en la atención al paciente no hispanohablante.

² Véase anexo 2.

Otra alternativa, esta vez ofrecida por el Cuerpo de la Policía Nacional en algunas zonas turísticas y entre ellas algunas en Andalucía, es el SATE (Servicio de Atención al Turista Extranjero). Este servicio ofrece según lo que se recoge en su página web³: «una asistencia personalizada tras ser víctima de cualquier infracción penal, a través de un equipo de expertos policiales e informadores intérpretes en su propio idioma». Actualmente este servicio se oferta en Málaga, Marbella, Estepona, Las Palmas, Madrid, Sevilla, Gandía, Benidorm y Manacor. Las funciones generales de este servicio según se exponen en la web son las siguientes:

- r) Atender a las víctimas de delitos o faltas, en su propio idioma, asesorándoles en las gestiones procedimentales y documentales, derivadas del hecho acaecido.
- s) Asistir al turista en la tramitación de la denuncia del delito o falta, informándole de sus derechos y entregándole la citación para la celebración del Juicio Rápido o Juicio Inmediato de Faltas cuando proceda.
- t) Notificar de manera inmediata al juzgado de Guardia, aquellos casos en los que fuera de temer razonablemente que una prueba no podrá practicarse en juicio oral.

³ http://www.policia.es/org_central/seguridad_ciudadana/unidad_central_part_ciudadana/part_ciudadana_turis_segur.html

6 . SITUACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN SOCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO DE LA COSTA DEL SOL

6.1. Infraestructura sanitaria en la Costa del Sol

En los anteriores capítulos hemos podido analizar cuál es la situación social de la Costa del Sol en la actualidad y también la realidad de la interpretación social, en particular en el ámbito sanitario. En este capítulo vamos a relacionar ambas situaciones en la zona elegida para el estudio. Para ello, vamos a comenzar analizando la infraestructura sanitaria en la Costa del Sol. A modo de resumen, se presentan los dos siguientes cuadros, que recogen en números los distintos tipos de centros presentes en los 5 municipios.

	Centros de Salud	Consultorios	Hospitales	Centros de salud mental	Centros de Consultas externas	Centros de diálisis
Benalmádena	2	1	1	1	-	-
Fuengirola	2	-	-	1	-	-
Marbella	2	2	1	1	1	1
Mijas	1	2	1	-	-	-
Torremolinos	2	-	1	3	-	1
Total	9	5	4	6	1	2

Recuento de centros sanitarios públicos en la Costa del Sol Occidental. Fuente: Distrito sanitario andaluz. Elaboración propia.

	Benalmádena	Fuengirola	Marbella	Mijas	Torremolinos	Total
Centros sanitarios privados	4	3	8	5	2	22

Recuento de centros sanitarios privados en la Costa del Sol Occidental. Fuente: Páginas Amarillas. Elaboración propia.

En el primer cuadro se observa la distribución de los centros públicos, un total de 26, divididos entre los diferentes municipios. Los municipios ordenados de mayor a menor presencia de centros sanitarios quedarían de la siguiente manera: Marbella, Torremolinos, Benalmádena, Mijas y Fuengirola. En el segundo cuadro se ofrece la distribución de los centros privados, que si los ordenamos de mayor a menor quedarían de la siguiente forma: Marbella, Mijas, Benalmádena, Fuengirola y Torremolinos⁴, sumando un total de 22 centros.

6.1.1. Estudio comparativo de los servicios sanitarios en los distintos centros

Para este apartado nos vamos a seguir apoyando en los dos cuadros anteriores. En principio tenemos dos categorías principales: centros públicos y centros privados. Por un lado los centros públicos los hemos dividido por categorías, según el distrito sanitario andaluz: centros de salud (9), consultorios (5), hospitales (4), centros de salud mental (6), centros de consultas externas (1) y centros de diálisis (2). Mientras que los centros privados los hemos contabilizado en un total, puesto que no tienen una clasificación determinada como los anteriores.

Con la finalidad de poder analizar correctamente la información vamos a utilizar como base la clasificación de los servicios que aparece en la página web del Hospital Costa del Sol de Marbella⁵. El hospital divide los servicios en ocho categorías: servicios médicos, servicios quirúrgicos, servicios de diagnóstico, servicios de apoyo, exploraciones pruebas funcionales, exploraciones endoscópicas, servicios de apoyo clínico y servicios logísticos y de gestión.

Mientras que los hospitales responden a todos o casi todos los servicios que se han citado anteriormente, el resto de los centros satisface solo a uno o dos de ellos. Tanto los centros de salud como los consultorios ofrecen como principal servicio la atención primaria (médico de familia, curas, urgencias, etc.). No obstante, los segundos suelen ser centros más pequeños, con menor personal, menos cartera de servicios y menos horas de apertura, de 8:00 a 15:00 y no de 8:00 a 20:00 como los centros de salud. En los centros de salud, además de la atención primaria se suele contar con la presencia de asistentes sociales y servicios diagnósticos. Por otro lado están las otras categorías: salud mental, consultas externas y diálisis, las tres ofrecen únicamente una o varias especialidades, por ello muchas de ellas son centros adscritos a centros de salud u hospitales, para brindar el resto de servicios.

⁵ <https://www.hcs.es/web/page.cfm?id=603&title=cartera-de-servicios#.VYkqtvntmko>

Por otra parte, tenemos la cuestión de los centros privados. Estos no siguen unas categorías tan detalladas como en el caso de los públicos. Sin embargo, suelen responder a dos tipos: clínicas y hospitales. Aunque a veces las clínicas ofrecen los mismos servicios que pudieran brindar los hospitales. De este modo, en los centros privados encontramos desde clínicas que ofrecen únicamente medicina general a clínicas perfectamente dotadas.

6.2. Servicios de interpretación y soluciones aportadas a los distintos problemas

En este apartado vamos a llevar a cabo el análisis de la investigación práctica sobre los servicios de interpretación y las soluciones aportadas.

6.2.1. Planificación de una encuesta de trabajo

Para realizar la investigación de campo primero se han consultado diferentes fuentes bibliográficas. A partir de la información extraída, se han elaborado las preguntas que podrían ser objeto de estudio y que podría ofrecer un material interesante para la investigación.

Después de la documentación se ha delimitado la zona en la que se iba a realizar el estudio y los centros en los que se iban a hacer las entrevistas. Primero se delimitó la zona a 5 municipios de la Costa del Sol Occidental, como ya se justificó en el capítulo cinco: Benalmádena, Fuengirola, Mijas, Marbella y Torremolinos. Tras elegir los municipios se ha hecho el recuento de los centros sanitarios de la zona. Para ello, se han dividido entre públicos y privados; a su vez los públicos se ha distinguido entre: centros de salud, consultorios, centros de salud mental, hospitales, centros de consultas externas y centro de diálisis. El resultado final fue un total de 49 centros. Sin embargo, de ese número se ha decidido eliminar los centros de consultas externas, puesto que se trata de centros dependientes de hospitales de la ciudad de Málaga. También se han eliminado del estudio los centros de diálisis, ya que también son adscritos a otros centros que ya se consideraban en el estudio. En el siguiente cuadro podemos apreciar el universo de trabajo completo.

	Públicos		Privados
	Centros de salud	9	22
	Consultorios	5	
	Hospitales	4	
	Centros de salud mental	6	
	Centros de consultas externas	1	
	Centros de diálisis	2	
Total		27	22
			49

Universo de trabajo. Distintas fuentes. Elaboración propia.

Tras delimitar la zona de trabajo se inició la elaboración de las preguntas de la encuesta que tiene como objetivo estudiar la interpretación social en el ámbito sanitario en esta zona. Después de un primer boceto las consulté con los coordinadores de este proyecto que tras algunos ajustes, las aprobaron.

Cuando había finalizado la elaboración de las preguntas se procedió a la selección de la muestra, para ello se recurrió a la fórmula de probabilidad que tiene en cuenta el margen de error y el nivel de confianza. Como el tamaño de mi universo es 46 (eliminando los tres centros anteriormente mencionados), y la muestra va a ser de 16. El margen de error es de +/- 0,24.

Para elegir los sujetos de la muestra el método elegido fue el azar simple, ya que se trata de un universo pequeño y fue viable hacerlo por medio de una elección al azar entre números sorteados. Para ello se numeraron los diferentes centros y se eligió de cada grupo los seleccionados de forma proporcional. Se decidió que el tamaño de la muestra sería 16, lo que representa un 35 % del universo, un poco más de un tercio. Para calcular proporcionalmente se realizó la regla de 3: si los 9 centros suman el 100 %, X suman el 35 %, lo que daba un total de 3,15, por tanto de este grupo escogería 3, y así con todos los grupos. Sin embargo, al igual que con los centros de diálisis y de consultas externas, se ha decidido que de los centros de salud mental era suficiente con una sola muestra. Puesto que al tratarse de centros especializados eran más interesantes las muestras de los centros de mayor tamaño y con mayor variedad de áreas. Por tanto, la selección queda de la siguiente forma.

		Públicos	Privados
	Centros de salud	3	8
	Consultorios	2	
	Hospitales	2	
	Centros de salud mental	1	
	Centros de consultas externas	0	
	Centros de diálisis	0	
Total		8	8
			16

Distribución de la muestra de la encuesta. Elaboración propia.

Después de hacer por sorteo la elección de los centros se procedió a concertar las citas para realizar las entrevistas. Estas estarían iban dirigidas a tres colectivos: el personal médico, el personal administrativo y el personal de apoyo o de gestión. Sin embargo, de dos centros privados no se obtuvieron respuesta en el primer sondeo de las encuestas, por ello se procedió a elegir otros dos como sustitutos. De estos dos uno tampoco contestó y se eligió un tercero.

Públicos		Privados	Sustitutos	
Centros de salud	Torrequebrada	Clínica Salus Benalmádena Clínica San Francisco Hospital Quirón Clínica Premium Elvira Medical & Dental Clinic Magna Clinic Marbella Clínica Santa Elena Hospital Marbella High Care	1º	Clínica Salus de Fuengirola Hospital Vithas Xanit Internacional
	Las Albarizas			
La Carihuela				
Consultorios	Las Chapas		2º	Centro Pediátrico Francisco Canca
	Mijas Pueblo			
Hospitales	Hospital de Alta Resolución de Especialidad de Mijas			
	Hospital Costa del Sol			
Centros de salud mental	Unidad de Salud Mental Comunitaria (Las Lagunas)			

Resultados del sorteo de la muestra. Elaboración propia.

Finalmente obtuve los siguientes resultados:

a) Contestaron a la encuesta:

- En persona. En 8 centros sanitarios no hubo problemas a la hora de realizar la encuesta en persona.
- Por teléfono. En un centro sanitario la encuesta se contestó vía telefónica.

b) No contestaron:

- En un centro sanitario se negaron a contestar.
- Tres centros pidieron que se les enviara la encuesta por correo electrónico, pero ninguno de ellos la remitió de vuelta.
- Tres centros necesitaban autorización del Distrito Sanitario Andaluz y otro de la Agencia Sanitaria de la Costa del Sol. El primero no concedió la autorización y la Agencia Sanitaria no respondió a la petición.
- Dos clínicas estaban clausuradas.

Centros con resultados	Número de respuestas
Clínica Premium	1
Hospital Quirón	2
Hospital Costa del Sol	2
Consultorio Mijas Pueblo	2
Clínica Santa Elena	2
Centro de Salud la Carihuela	2
Elvira Medical & Dental Clinic	2
Unidad de Salud Mental Comunitaria- Las Lagunas	2
Centro Pediátrico Francisco Canca	1

Centros que respondieron a la encuesta en persona o por teléfono. Elaboración propia.

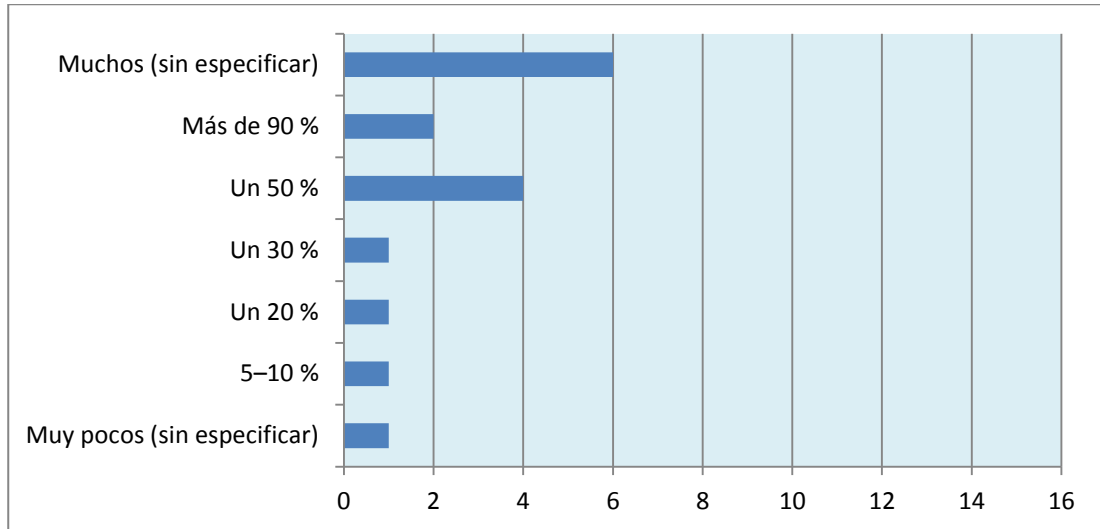
Centros sin resultados	Respuesta
Clínica San Francisco	Se negaron a contestar
Magna Clinic Hospital Vithas Xanit Internacional High Care Marbella	Encuesta enviada por correo electrónico sin respuesta
Centro de Salud de Torrequebrada Centro de Salud de las Albarizas Consultorio Las Chapas	Necesitan autorización del Distrito Sanitario Andaluz (No concedida)
Hospital de Alta Resolución de Especialidades de Mijas	Necesita autorización del Hospital Costa del Sol (Sin respuesta)

Centros que no respondieron a la encuesta. Elaboración propia.

6.2.2. Recopilación de respuestas

En este apartado vamos a plasmar las respuestas que se han obtenido en la encuesta⁶.

1. ¿Cuántos extranjeros asisten a la consulta?

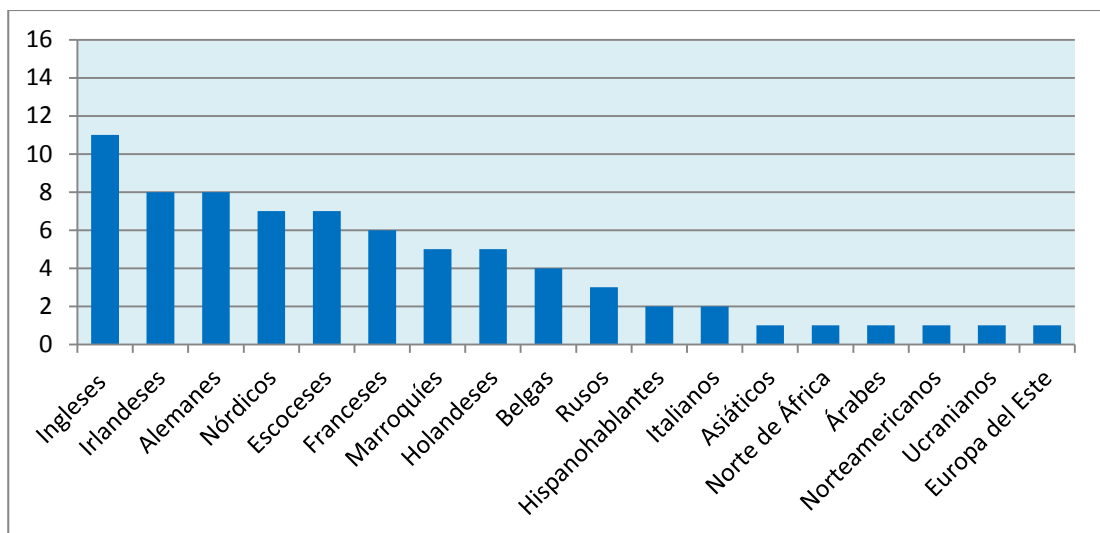


Porcentajes de extranjeros que acuden a consulta. Elaboración propia.

2. ¿De dónde proceden los extranjeros demandantes de asistencia?

Se han mencionado las siguientes nacionalidades: Nórdicos, árabes, ingleses, alemanes, americanos de habla hispana, marroquíes, irlandeses, franceses, holandeses, italianos, belgas, rusos, norte de África, ucranianos, Europa del este, chinos, norteamericanos.

⁶Véase anexo 3.



Procedencias de los pacientes extranjeros. Elaboración propia.

3. ¿Existen problemas de comunicación con los pacientes extranjeros?

Estas son las respuestas más significativas de los encuestados:

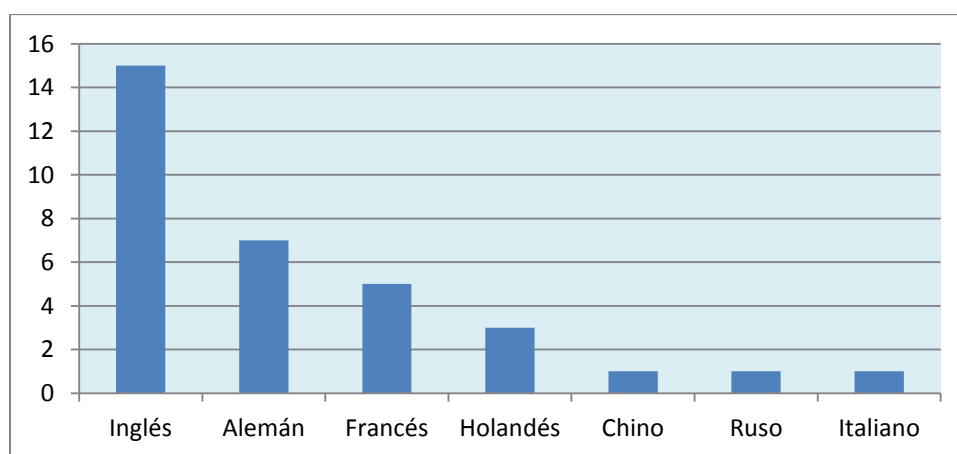
- «A veces hay alguno, pero se resuelven por medio de paneles, signos, o el servicio de teleinterpretación y de intérpretes» (Encuestado 1 y 2).
- «En general no existen, puesto que gran parte del personal sabe inglés u otros idiomas, además tenemos intérprete». (Encuestado 3 y 4)
- «No hay problemas de comunicación» (Encuestados 5, 6, 9 y 15).
- «Mientras hablen inglés no hay problemas» (Encuestado 7).
- «A veces, pero si los extranjeros creen que no los vamos a entender acuden con su propio intérprete» (Encuestado 8).
- «A veces, con idiomas como finlandés o francés» (Encuestado 10).
- «Relativamente, puesto que no es una conversación 100 % fluida» (Encuestado 11).
- «Sí, porque el personal sanitario no sabe inglés» (Encuestado 12).
- «Sí, ya que los extranjeros no suelen hablar español» (Encuestado 13).
- «Sí, porque en salud mental el idioma es un gran barrera para el entendimiento» (Encuestado 14).

- «Solo en casos de gente muy mayor, como noruegos o finlandeses que no saben inglés ni español» (Encuestado 16).

4. ¿Existe algún tipo de conflicto cultural para ciertos temas?

- «Ninguno» (Encuestados 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).
- «No, se intentan respetar sus costumbres en la medida de lo posible en temas como dietas, religión, etc.» (Encuestado 2).
- «Lo que más conflictos suele causar es la alimentación, aunque se intenta que sea lo más neutra posible» (Encuestado 4).
- «Se aíslan en guetos» (Encuestado 13).
- «No, solo con los ciudadanos ilegales que hay que derivarlos al Instituto Nacional de la Seguridad Social y esto les supone dificultades» (Encuestado 14).
- «Normalmente no porque son de mayoría europea» (Encuestado 15).
- «No conflictos en sí, pero sí tienden a hacer comparaciones de los métodos nuestros y de sus países» (Encuestado 16).

5. ¿Cuáles son las principales lenguas que se demandan?



Principales lenguas demandadas. Elaboración propia.

6. ¿Hay alguna lengua que presente mayores problemas?

- «Chino, pero contamos con diferentes alternativas para abordarla» (Encuestado 1).
- «Las lenguas nórdicas y el neerlandés, ya que pocos del personal las hablan» (Encuestado 3).
- «Francés y alemán. También el inglés, puesto que muchos ingleses exigen que se les hable en su idioma» (Encuestado 6).
- «Ruso y árabe, sobre todo por las diferencias culturales» (Encuestado 8).
- «Alemán porque exigen que se le hable perfectamente en su idioma» (Encuestado 9).
- «El finlandés» (Encuestado 10).
- «Todas» (Encuestado 12).
- «Los ingleses porque no quieren aprender el español» (Encuestado 14)
- «Los ingleses y los rusos porque rara vez quieren aprender el idioma y tampoco suelen tener conocimientos de español» (Encuestado 15).

7. ¿Qué áreas se ven más afectadas por la afluencia de extranjeros?

- «Obstetricia, casi un 40 % son extranjeras» (Encuestado 1).
- «Patología coronaria y digestivo por abuso de alcohol» (Encuestado 2).
- «Ninguna destaca» (Encuestado 3 y 10).
- «Médico de familia» (Encuestados 5, 9).
- «Infarto de miocardio, enfermedades pulmonares y diabetes» (Encuestado 6).
- «Pediatría tiene mucha afluencia, vienen con mucha frecuencia con los niños a urgencias» (Encuestado 8).
- «Médico de familia y enfermería» (Encuestado 11).
- «Médico de familia, dentista y fisioterapia» (Encuestado 16).

8. ¿Ha percibido el llamado «turismo sanitario»?

- «Sí, no lo reconocen como tal pero se nota. Se empadrona, consiguen la tarjeta sanitaria, después de unos meses se operan y luego se marchan a su país» (Encuestado 1).
- «Sí, sobre todo en patología coronaria y cardiopatía» (Encuestado 2).
- «Sí, aprovechan que están de vacaciones» (Encuestado 3).
- «Sí, aquí no tienen tanta lista de espera» (Encuestado 4).
- «Sí, pero menos que en otras zonas» (Encuestado 5).
- «Sí» (Encuestados 7 y 8).
- «Sé que existe pero aquí no se da» (Encuestado 9).
- «Antes más que ahora, se nota que ahora está más controlado» (Encuestado 10).
- «No lo noto, los extranjeros turistas se van cuando acaban sus vacaciones» (Encuestado 11).
- «No» (Encuestados 12 y 15).
- «Sí, pero no es muy frecuente» (Encuestado 14)
- «Sí, en operaciones de bypass, cadera» (Encuestado 16).
- No sabe/No contesta (Encuestados 6, 13).

9. ¿En los últimos años ha observado un aumento de personas que demandan la actuación de un intérprete?

- «No, solo llaman para temas delicados» (Encuestado 1).
- «No» (Encuestados 2, 3, 4, 5, 11).
- «Sí, además se necesitaría la presencia de intérpretes más días y más tiempo» (Encuestado 6).
- «Sí» (Encuestados 7 y 16).
- «Sí, los rusos y árabes demandan más intérpretes» (Encuestado 8).
- «No, los que acuden a la consulta saben español o inglés y no demandan intérprete» (Encuestado 9).

- «No, los que son turistas residentes traen ayuda o si no saben español» (Encuestado 10).
- «No, suelen traer a amigos y familiares» (Encuestado 12).
- «Sí, ellos llegan al centro dando por hecho que se habla su lengua» (Encuestado 14).
- «No tienen necesidad porque hablamos diferentes lenguas» (Encuestado 15).

10. ¿Qué perfil suele tener el paciente extranjero que requiere la asistencia de un intérprete?

- «Son tanto personas jóvenes que van de turismo, como mayores que llevan mucho tiempo como residentes. Son los turistas los que necesitan más asistencia porque los residentes suelen manejarse algo» (Encuestado 1).
- «Tanto jóvenes como mayores y sobretodo turistas temporales» (Encuestado 4).
- «Matrimonios jubilados procedentes de Reino Unido» (Encuestado 5).
- «Parejas mayores procedentes de Rusia o Bélgica» (Encuestado 8).
- No saben/No contestan (Encuestados 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16).

11. ¿Cómo resuelven los problemas de comunicación: recurriendo a intérpretes, empresas, protocolos, documentos traducidos?

- El Hospital Costa del Sol dispone de servicio de intérprete voluntario de lunes a viernes mañana y tarde, documentos traducidos y el servicio de interpretación telefónica de Salud Responde.
- La Clínica Santa Elena tiene una intérprete de lunes a viernes de 9:00-13:00 y documentos en diferentes idiomas.
- En el Consultorio de Mijas Pueblo hay servicio de intérprete voluntario 3 días en semana de 10:00 a 12:30.
- En el Hospital Quirón tienen una empleada del centro que hace de intérprete cuando se requiere, también usan aplicaciones y programas informáticos como traductores online.
- En la Clínica Premium, en el Centro Pediátrico Francisco Canca y en Elviria Medical & Dental Center no tienen intérprete ni nada como apoyo.

- En el Centro de Salud de la Carihuela disponen del servicio de interpretación telefónica de Salud Responde.
- En la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Fuengirola tienen servicio de intérprete voluntario de lunes a viernes de 10:00 a 13:00, además del servicio de interpretación telefónica.

12. ¿Tienen convenio o relación contractual con algún intérprete? ¿Son voluntarios o asalariados?

Los intérpretes del Hospital Costa del Sol, de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Fuengirola y del Consultorio de Mijas Pueblo son voluntarios, por tanto no perciben ningún tipo de beneficio de su trabajo. Por otro lado, la intérprete de la Clínica Santa Elena es una empleada jubilada, que tampoco percibe nada por su trabajo. Y por último, en el Hospital Quirón la intérprete es asalariada pero en otro puesto de trabajo, no como intérprete.

13. En caso afirmativo, ¿con cuántos? ¿desde cuándo? ¿De qué idiomas? ¿Cómo los seleccionan? ¿Se requiere a los intérpretes una formación específica en interpretación para ejercer como tales, o basta con el conocimiento de la lengua extranjera?

A continuación se detallan las condiciones de los 5 centros que disponen de intérprete presencial:

En el Hospital Costa del Sol hay 10 intérpretes desde la construcción del hospital en el 1993, cubren 8 idiomas. Los mismos intérpretes han creado una asociación y son ellos mismos los que hacen la selección en base a los requisitos de idioma y trato con las personas.

En la Clínica Santa Elena tienen una sola intérprete que era una antigua enfermera desde el inicio del centro en el 1978, los idiomas que cubre son francés, inglés, neerlandés y holandés.

En el Consultorio de Mijas Pueblo son tres intérpretes voluntarios que los selecciona el ayuntamiento de la ciudad. Los idiomas que dominan son inglés, francés, alemán e italiano.

En el Hospital Quirón solo hay una empleada que a la vez hace de intérprete, lleva 15 años trabajando allí y no se le exige ningún tipo de información más allá del idioma. Sus idiomas de trabajo son francés e inglés.

En la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Fuengirola también disponen de servicio de intérprete voluntario facilitado por el Departamento de Extranjeros del Ayuntamiento de Mijas. Tienen 6 intérpretes en plantilla y lleva funcionando desde 1997. Como único requisito para formar parte de este servicio es el conocimiento de idiomas. En este caso las lenguas que cubren son inglés, noruego, finlandés, sueco, alemán y danés.

14. ¿Cuándo se llama a un intérprete?

Todos los encuestados han coincidido que solo llaman a un intérprete cuando la comunicación es imposible sin su ayuda o cuando se trata de temas muy delicados en los que sea imprescindible un entendimiento completo.

15. ¿Siguen aún protocolo diferente del que utilicen con los hispanohablantes para atender a un paciente extranjero?

La mayoría de los encuestados están de acuerdo en que no siguen ningún protocolo diferente en la atención a los ciudadanos extranjeros.

16. ¿Con qué frecuencia suelen recurrir a intérpretes ad-hoc (familiares, amigos o personal sanitario) con conocimientos de nuestro idioma para resolver la barrera lingüística?

El 43,75 % de los encuestados ha respondido que rara vez suelen recurrir a estos intérpretes, mientras que un 37,5 % ha contestado que sí recurren a menudo a esta solución, y por último, el 18,75 % afirman que este sistema es usado a veces.

17. ¿Hay situaciones en las que rechacen las interpretaciones realizadas por personas personalmente involucradas con el paciente?

El 81,25 % de los encuestados han contestado que no suelen rechazar las interpretaciones que realizan personas parciales, solo un 18,75 % ha admitido que las rechazaría en situaciones delicadas en las que la información debe ser muy precisa.

18. ¿Ha contado alguna vez con la asistencia de un intérprete en la relación con los pacientes extranjeros?

De los 16 encuestados un 43,75 % nunca ha contado con la asistencia de un intérprete en la consulta, frente a un 56,25 % que sí lo ha hecho.

19. ¿En general, se siente más cómodo si cuenta con la presencia de un intérprete en la relación con los pacientes extranjeros? Si no es así, ¿en qué no está satisfecho?

A excepción del especialista en salud mental el 56,25 % de los encuestados que han contado con la ayuda de un intérprete están satisfechos por la actuación del intérprete. La mayoría subraya que facilitan la comunicación aportándole fluidez a las consultas, que ayudan a tranquilizar a los pacientes. Sin embargo, el especialista de salud mental destaca que a la hora de diagnosticar la presencia de un intérprete suele dificultar el diagnóstico, puesto que este «no se ajustan a lo que dicen el paciente y ponen algo adicional a las palabras del mismo».

20. Si nunca ha estado en la situación, ¿qué opina de la actuación de un intérprete en la consulta?

El 43,75 % restante que nunca ha trabajado con un intérprete opina que este es una gran ayuda, además piensan que aporta la seguridad y tranquilidad de que el paciente ha entendido todo.

21. Experiencias y anécdotas con pacientes extranjero con o sin intérpretes.

Casi todos los encuestados afirman que han tenido muchos malentendidos con respecto a diagnósticos que los pacientes no terminaban de comprender o que entendía al contrario. Otros afirman que han tenido problemas al creer que el paciente estaba desorientado y lo que realmente ocurría era que no terminaba de entender dónde estaba y qué le pasaba.

7 . RESULTADOS

En este capítulo vamos a analizar y exponer los resultados obtenidos en la encuesta que se realizó en los diferentes centros sanitarios de la Costa del Sol Occidental. Para empezar cabe mencionar que contestaron a la encuesta un total de 16 personas en 9 centros sanitarios diferentes. De estos 5 eran centros privados y 4 centros públicos, mientras que no se obtuvo respuesta alguna de otros 8 centros, como ya se ha mencionado anteriormente, lo que significa que contestaron a la encuesta un 52,94 % de las personas encuestadas.

A través del estudio hemos podido comprobar que el porcentaje de extranjeros que acuden a consultas gira en torno al 50 %, puesto que gran parte de los encuestados han respondido que son «muchos» los extranjeros que acuden a consulta pese a no poder dar una cifra exacta. Es importante destacar que los centros públicos que han facilitado cifras han comentado que la afluencia de pacientes extranjeros gira en torno a un 30 %. Por otro lado, los centros privados se podrían dividir en dos tipos: los que tienen una afluencia media-alta de extranjeros en su consulta (más de un 65 % del total de pacientes) y los que, por lo general, no reciben extranjeros. Según han afirmado en estos centros, la afluencia mayor o menor de extranjeros viene determinada por la capacidad del centro para atenderles en su lengua. Mientras que unos tienen la posibilidad de dar atención en una gran variedad de lenguas, otros solo pueden responder a consultas en castellano y al tratarse del sector privado esta característica es un factor determinante a la hora de elegir el destino.

La procedencia de los pacientes extranjeros que acuden a consulta es variada. No obstante cabe destacar que el grupo más numeroso es de origen europeo, mayoritariamente británico. A los extranjeros de procedencia inglesa se le suman, en las zonas más residenciales, un número elevado de pacientes nórdicos, alemanes e irlandeses, Además de los europeos, esta zona también recibe nacionales marroquíes y de otras partes del mundo, aunque en una proporción mucho menor.

Generalmente, los centros sanitarios han afirmado que no existen problemas de comunicación ni conflictos culturales. A excepción de algunos casos aislados dónde el idioma de los pacientes no es muy común y no pueden comunicarse en inglés. Con respecto a los conflictos culturales, solo hay dos puntos que han querido destacar. Por un lado, algunos mencionan la alimentación y el rechazo de algunos pacientes a la comida del hospital y que, a pesar de que e en los hospitales la comida suele ser muy neutra, algunas personas se muestran reacias a comerla. Esto ocurre con nacionales de origen musulmán que no consumen cerdo o sus derivados, o con los americanos, que si no tienen huevos con beicon para desayunar no lo consideran un desayuno. Y por el otro lado, han comentado que uno de los problemas más evidentes de los pacientes extranjeros

residentes es su falta de interés por llevar a cabo una inmersión lingüística y aprender nuestro idioma, ya que viven en guetos de la misma nacionalidad donde no les es necesario comunicarse en otra lengua que no sea la propia.

Con respecto a los idiomas más demandados casi todos los encuestados han señalado el inglés, ya sea como lengua materna o como lengua vehicular. En el segundo puesto se encuentra el alemán, seguido del francés y del holandés, y ya en menor medida chino, ruso e italiano. Los idiomas que mayores dificultades plantean según el personal sanitario son las lenguas nórdicas, el ruso, el chino y el árabe. En el extremo contrario se encontraría el inglés que es una de las lenguas que menos problemas presenta, puesto que en muchos de los centros el conocimiento del inglés se exige al personal como requisito comunicativo básico.

En lo referente a las áreas sanitarias, los encuestados pertenecientes a los centros más pequeños coinciden en que no tienen ninguna que destaque sobre el resto en lo que a recepción de extranjeros se refiere, sino que suelen acudir al médico de familia y a urgencias como el resto de pacientes. Sin embargo, en los hospitales y clínicas más grandes los profesionales sí han señalado que hay áreas con especial afluencia extranjera, es el caso de obstetricia, patología coronaria, problemas digestivos, fisioterapia, dentista, enfermedades pulmonares, diabetes y pediatría. Es en las enfermedades que requieren lista de espera dónde se puede apreciar el denominado turismo sanitario, no obstante, no todos los centros encuestados han percibido este fenómeno. Los centros privados saben de su existencia, pero no suelen tener muchos casos, sin embargo, los hospitales y los centros públicos más grandes si han constatado este hábito. Se sabe que los turistas acuden a España en busca de una sanidad más asequible o incluso gratuita acogiéndose a los derechos europeos, entre otros.

En lo que a demanda de intérpretes dentro del sistema sanitario se refiere, casi todos coinciden en que esta no ha sufrido cambios en los últimos años, solo parece haber aumentado ligeramente en el caso de algunos colectivos, como es el caso de los rusos y árabes. Al ser preguntados por el perfil de los extranjeros demandantes de intérpretes la mayoría no ha sabido dar un perfil fijo, se ha mencionado que son tanto jóvenes como mayores, que algunos son matrimonios de jubilados y que algunos proceden de Reino Unido, sin embargo no parece existir un perfil claro de inmigrantes.

A la hora de resolver los problemas lingüísticos destacan principalmente dos métodos: interpretación presencial e interpretación telefónica. Es muy sorprendente que en los centros que cuentan con un servicio de interpretación presencial (3 centros públicos y 1 privado), los intérpretes sean voluntarios y su trabajo no remunerado. En el caso del Hospital Costa del Sol, fueron los

propios extranjeros los que crearon una asociación de intérpretes con el fin de responder a las necesidades lingüísticas. En los otros dos centros: Consultorio de Mijas Costa y Centro de Salud Mental de Fuengirola, ha sido el ayuntamiento el que ha facilitado el servicio de interpretación, que también se realiza mediante voluntarios. Y por último, en la Clínica Santa Elena el servicio lo ofrece una enfermera jubilada que antes trabajaba en el mismo centro. Es los cuatro centros ninguno de los intérpretes había recibido formación previa más allá del conocimiento de idiomas y unas nociones básicas de medicina en algunos casos. La gran mayoría de estos intérpretes son extranjeros jubilados que ofrecen su ayuda de manera desinteresada. En todos los centros sanitarios públicos de Andalucía, además, se cuenta con el servicio de interpretación telefónica de Salud Responde ofrecido por la empresa Dualia. Este servicio, como ya se ha mencionado anteriormente, ofrece 46 idiomas, de los cuales 11 con disponibilidad las 24 horas.

Los encuestados coinciden en que el protocolo de atención a los ciudadanos extranjeros es el mismo que para los ciudadanos españoles, más allá de la documentación específica y la asistencia o no de un intérprete durante la consulta. Algunos si han resaltado que dan un enfoque diferente a las consultas cuando estas se realizan sin intérprete: hablan con más delicadeza e intentan explicar los tratamientos de la forma más simple posible.

Otra posible solución que se ha mencionado a los problemas de comunicación son los denominados intérpretes ad hoc, personas del entorno del paciente (familiares, amigos, etc.) que ejercen de intérprete espontáneos. Las respuestas que se han obtenido acerca de esta cuestión se dividen a partes iguales entre aquellos que han improvisado esta solución cuando no quedaba otro remedio, y los que han reconocido que se trata de un método habitual para salvar las barreras lingüísticas. Sin embargo, al preguntarles si rechazaría este tipo de interpretación, más de un 80 % ha admitido que no y solo algo más de un 18 % ha contestado que las rechazaría cuando se tratan de situaciones delicadas.

Por último, hemos querido investigar cuál es la opinión del personal de los centros sanitarios respecto a los intérpretes. No obstante, poco más del 56 % de los encuestados ha tenido una experiencia directa con intérpretes, lo que limita su perspectiva al respecto. En general, casi todos los que han trabajado con un intérprete se muestran satisfechos con la comunicación a través de él, enfatizan sobre todo aspectos como la seguridad y la tranquilidad que les aporta el saber que el paciente comprende, en su totalidad, el proceso comunicativo. Sin embargo, ninguno especifica si se trataba de un intérprete profesional o voluntario, esto podría ser síntoma del desconocimiento de la existencia de la profesión como tal y de la falta de visibilidad del intérprete social. Por otro lado, solo el especialista en salud mental tiene una opinión negativa con respecto a la actuación del intérprete. Según su criterio, los intérpretes suelen dificultar el diagnóstico en las patologías mentales porque

suelen agregar contenido a lo que el paciente ha dicho, solo los consideran necesarios en temas que no involucren un juicio clínico (temas administrativos, explicaciones sobre la medicación, etc.). Esta postura se debe, en parte, a la falta de formación de los intérpretes que ejercen habitualmente en los centros sanitarios, que a pesar de realizar de buena fe su labor, no poseen conocimientos en materia de interpretación, ni se rigen por los principios básicos de los códigos éticos. Asimismo, este punto de vista suele acentuarse por el desconocimiento generalizado del papel del intérprete social, a veces visto como mediador cultural o confundido con un trabajador social. Finalmente, los que nunca han trabajado con intérprete consideran su presencia como una ayuda que aporta seguridad y tranquilidad. La gran mayoría de este grupo ha manifestado

8 . CONCLUSIONES

En los últimos años se han producido cambios sustanciales en los flujos migratorios de nuestro país provocando que España haya pasado de ser un país emisor de emigrantes a ser un país receptor de ellos. A 1 de enero de 2014 la población española era de 46.771.341 habitantes, de los cuáles 5.023.487 eran extranjeros. El número de estos últimos ha ido en aumento en los últimos años, aunque sufrió una ligera bajada si comparamos 2011 y 2014. Estos extranjeros tienen su origen, de mayor a menor presencia, en la Unión Europea, América, África, Asia, Europa no Comunitaria y Oceanía. Para acceder a España tienen 3 vías diferentes según sus características: la primera es la libre circulación, según se recoge en el Tratado de Schengen, para los ciudadanos de la Unión Europea; la segunda, por medio de visados de trabajo o turismo y por último, de manera ilegal a través de las fronteras del territorio, para ciudadanos que no pertenecen ni al primer colectivo, ni han conseguido un visado.

Nuestro foco de atención se centra en la comunidad autónoma de Andalucía que con un total de 8.402.305 habitantes, es la más poblada de España. En ella se localiza nuestro ámbito de estudio, la Costa del Sol, que a su vez pertenece a la provincia de Málaga. Esta provincia andaluza posee la densidad de población más elevada de toda su comunidad, entre 200 y 250 hab/km². A pesar de que en Andalucía la tasa de inmigración es de un 8 %, algo inferior a la media nacional, que se sitúa en un 11 %, la realidad de la Costa del Sol es totalmente distinta. En los 5 municipios que se han considerado el porcentaje de extranjeros se sitúan entre el 22 y el 35 %, por este motivo solo en este territorio se encuentra el 18,49 % de los extranjeros de toda la comunidad autónoma.

Las características de los extranjeros que residen en esta zona difieren, en parte, de las del resto del territorio español. La tendencia nacional es una concentración de nacionales con edades comprendidas entre los 25 y los 50, con procedencias muy variadas pero con una proporción muy homogénea de nacionalidades. Esto no ocurre de igual forma en la provincia de Málaga. Aquí los extranjeros proceden principalmente de la Unión Europea, siendo este porcentaje mucho más elevado que el resto, mientras que por detrás se encuentran los americanos y los africanos.

Para explicar la composición de los extranjeros residentes en la zona primero habría que diferenciar dos grupos: los procedentes de la Unión Europea y los procedentes de América y África. El primer grupo se traslada a la Costa del sol en búsqueda de comodidades respondiendo a un alto nivel de vida. Se trata de ciudadanos con edades entre los 55 y los 80 que viven en zonas de categoría alta, alejadas de los núcleos urbanos y con una alta concentración de extranjeros. En este grupo destacan los inmigrantes exteriores procedentes de Reino Unido, que suponen 27.188

habitantes en los 5 municipios. En el segundo grupo se encuentran los ciudadanos procedentes de América y África, ellos viajan a España motivados por la búsqueda de mejores sociales y de un empleo. Por ese motivo las características de estos no coinciden con la de los primeros. Estos segundos tienen unas edades comprendidas entre los 22 y los 44 años, edad activa. Sus residencias se encuentran en los núcleos urbanos y en lugares asequibles. Dentro de los dos grupos destacan los marroquíes, por parte de África, y los argentinos, por parte de América. La única similitud entre los europeos, los africanos y los americanos es que todos suelen concentrarse en zonas con una alta proporción de nacionales extranjeros.

Además de los ciudadanos que residen en la zona, la Costa del Sol también recibe una gran afluencia de turista a lo largo del año. En datos generales, España recibe un 66 % de turismo procedente del extranjero y solo un 34 % procede de nuestro propio país. El sector servicios supuso en 2013 un 75,9 % del PIB, considerando este dato cabe destacar que es el turismo, y en especial el turismo extranjero, uno de los principales motores de la economía española. En este sentido es importante mencionar que Málaga se encontraba en 2014 en el 4º puesto de las provincias más visitadas, y en concreto la Costa del Sol en el 5º puesto de las zonas con más pernoctaciones.

En esta sociedad multicultural y multilingüe que se está construyendo, la interpretación social se ha ido abriendo camino. Este tipo de interpretación ha recibido diferentes denominaciones, pero sobre todo destaca su carácter social, puesto que su finalidad es posibilitar la comunicación de individuos que no tienen conocimientos del idioma del país en el que se encuentran. El proceso de interpretación responde a tres pasos según Hale (2010): comprensión, conversión y reformulación. No obstante, los intérpretes tienen códigos éticos que les dictan las pautas a seguir en algunos aspectos de la profesión, aunque no son de obligado cumplimiento. El papel del intérprete es confuso dado que la interpretación social no está reconocida internacionalmente, ni tampoco está regulada.

En muchas ocasiones se asemeja al intérprete con la persona a la que interpreta, lo que conlleva que los intérpretes sociales se encuentren en el peldaño más bajo de la profesión, puesto que ellos realizan un servicio que en muchos casos está dirigido a los ciudadanos que se encuentran en desventaja (desconocimiento del sistema, ciudadanos ilegales...). Mientras que en el escalafón más alto se encontraría la interpretación de conferencia, ya que los intérpretes reciben una mayor consideración al hablar en nombre de personajes distinguidos. Esto nos lleva al extremo de que es tal la diferenciación entre ambas que mientras que en una interpretación de conferencias nunca se recurriría a un familiar sin formación como intérprete, en una interpretación social nadie se sorprende si esto ocurre. Actualmente, solo la interpretación social en el ámbito judicial está siendo

sujeto de regulaciones por ley, con objeto de garantizar unos servicios mínimos se ha redactado diferentes directivas europeas y un Proyecto de Ley, que la toman en consideración.

Por su parte, la interpretación social en el ámbito sanitario es una gran desconocida. Como hemos mencionado anteriormente no está considerada en ninguna normativa y a menudo se realiza por personas sin formación académica en interpretación. No es de extrañar encontrar a intérpretes voluntarios que ejercen la profesión o incluso a familiares y amigos que acompañan al paciente. En estos casos habría que subrayar la importancia que tiene la correcta comunicación médico-paciente, puesto que si no se llega a comprender correctamente el tratamiento o el diagnóstico las consecuencias pueden ser fatales. Diversos autores han coincidido que los intérpretes sanitarios deben establecer contacto con el personal sanitario previo a la consulta con el paciente, este procedimiento facilitaría la conciencia entre ambos de las condiciones de trabajo que van a acompañar a la intervención.

En la interpretación sanitaria en España también se hablan de alternativas al intérprete presencial que en algunos casos supone unos costes demasiado elevados para los centros que lo requieren. No obstante, para la consideración de estos gastos habría que tener en cuenta la calidad que aportaría al servicio. En los últimos años se ha desarrollado la denominada traducción telefónica, este tipo de interpretación ofrece unas ventajas como la gran disponibilidad de tiempo y los costes bajos si lo comparamos con los intérpretes presenciales. Aunque también tiene sus desventajas, la falta de contacto visual y el no compartir un mismo espacio a veces provoca que se pierdan matices de la comunicación y pueden incluso dificultar el proceso. Otros métodos como respuesta a las necesidades lingüísticas son los pictogramas⁷, paneles o los documentos traducidos en varios idiomas. Estos no cubren todas las necesidades lingüísticas que pudieran presentarse, pero sí posibilitan la comunicación más básica.

Los datos que hemos obtenido de la investigación a través de la encuesta no hacen más que respaldar lo expuesto anteriormente. Las personas entrevistadas han confirmado que en esta zona hay una elevada proporción de extranjeros, tanto residentes como turistas. Son los primeros los que demandan con mayor asiduidad los servicios sanitarios, tanto médico de familia como las especialidades quirúrgicas. Es tanto así, que se tiene constancia del turismo sanitario, ya que muchos de estos extranjeros acuden a la zona atraídos por la gratuidad de la sanidad pública. Aunque, los segundos también acuden con problemas de todo tipo, pero principalmente a enfermería o urgencias.

⁷ Véase anexo 4.

Se ha confirmado la procedencia europea de estos extranjeros. Como consecuencia de esto las lenguas más demandadas son el inglés, el alemán, francés y holandés. Su origen europeo facilita las tareas de comunicación con el personal sanitario, puesto que en gran parte de los centros se exige el conocimiento de inglés, que sirve como lengua puente en la mayoría de los casos. Además, por ese mismo motivo los conflictos culturales son casi inexistentes.

Es importante destacar que tratándose de una zona que concentra un número tan elevado de extranjeros no se hayan encontrado intérpretes profesionales en ninguno de los centros encuestados, y que tampoco en todos ellos se cuente con la presencia de un intérprete o cualquier otra solución lingüística. Es interesante mencionar el caso del Hospital Costa del Sol, en este centro los mismos extranjeros jubilados han creado una asociación de intérpretes que responde a las necesidades lingüísticas del centro y que además da servicio de lunes a viernes, mañana y tarde. Resulta paradójico que una zona que acoge tal cantidad de extranjeros no disponga de los medios necesarios para ofrecer un servicio de intérpretes profesionales en los idiomas más solicitados. Cabe destacar el funcionamiento de este servicio ha sido gracias a la iniciativa de los mismos extranjeros que se han preocupado por organizarlo. A pesar de que ya este servicio ya debería de ser una prioridad en la zona dado que su principal ingreso proviene del turismo y los ingresos de los residentes extranjeros.

A pesar de que a lo largo de las encuestas he obtenido respuestas como que «nos apañamos» o «chapurreo algo y con eso nos entendemos» cuando se les preguntaba su opinión acerca de la posibilidad de trabajar con un intérprete todos están de acuerdo que supone una mejora en los servicios de atención a los pacientes extranjeros. Incluso uno de los encuestados respondió: «trabajar con intérprete es un gustazo».

Finalmente, me gustaría destacar que a través de este estudio hemos podido comprobar la situación real de una zona con una gran proporción de extranjeros en la que las necesidades lingüísticas han hecho aparecer soluciones ad-hoc. Sin embargo, estas soluciones son solo un primer paso que podría concluir en la concienciación global sobre esta cuestión. Para que eso se produzca es necesario que se respalde la profesión a través de un reconocimiento regulado por la ley. Pero para llegar a este punto tanto los profesionales, como la administración, los interesados y el personal sanitario deben ser los que descubran esta realidad y actúen en consecuencia.

9 . REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abril Martí, María Isabel (2006). La Interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular [versión electrónica]. Tesis doctoral. Departamento de Traducción e Interpretación. Facultad de Traducción e Interpretación. Universidad de Granada. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16235320>.

Batista Zamora, Ana y Natera Rivas, Juan (2013). Extranjeros en la Costa del Sol Occidental: Diferenciación residencial y caracterización de su distribución espacial [versión electrónica]. Cuadernos Geográficos, 52 (1), 264-287. Recuperado el 07 de junio de 2015 de: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/cuadgeo/article/view/934/1108>

CHIA Standards & Certification Committee (2002). California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention [versión electrónica]. Recuperado el 30 de mayo de 2015 de: [http://c.ymcdn.com/sites/www.chiaonline.org/resource/resmgr/chia_california_standards_fo.pdf]

Cuerpo General de Policía Nacional. Recuperado el 30 de mayo de 2015 de: <http://www.policia.es/>

Directiva 2010/64/UE relativa al derecho a la interpretación y a la traducción en los procesos penales. Diario Oficial de la Unión Europea, Estrasburgo, 20 de octubre de 2010.

García Luque, Francisca (2009). La interpretación telefónica en el ámbito sanitario: Realidad social y reto pedagógico [versión electrónica]. *redit*, 3, 18-30. Recuperado el 21 de mayo de 2015 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3150217>

Hale, Sandra Beatriz (2010). La Interpretación Comunitaria. La interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social. Granada: Comares.

Instituto Geográfico Nacional (sf.). La población [versión electrónica]. Recuperado el 16 de junio de 2015 de: http://www.ign.es/espmap/poblacion_bach.htm

Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 15 de mayo de 2015 de: <http://www.ine.es>

Jiménez Ivars, Amparo (2002). Variedades de interpretación: Modalidades y tipos [versión electrónica]. *Hermēneus*, 4, 95-114. Recuperado el 8 de mayo de 2015 de: <http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html;jsessionid=32BDCFD4A94040EE3128580FA23D4D3E?id=454876&bd=LITTERA&tabla=docu>

Martin, Anne (2006). La realidad de la traducción e interpretación en los servicios públicos en Andalucía [versión electrónica]. *Revista española de lingüística aplicada*, 1, 129-150. Recuperado el 1 de junio de 2015 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198698>

Otero Ochaíta, Josefa (2004). *Emigrantes-Inmigrantes: Movimientos migratorios en la España del siglo XX* [versión electrónica]. Recuperado el 16 de junio de 2015 de: <http://sauce.pntic.mec.es/jotero/>

Ozolins, U. 2000. "Communication Needs and Interpreting Multilingual Settings: The International Spectrum of Response". In: Roberts, R., Carr S.E., Abraham, D., Dufour A. (eds.). *Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected papers from the Second International Conference on Interpreting in legal, health and social service settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. pp. 21-33.

Pampillón, Rafael (2014). *Estructura de la economía española por sectores económicos y el empleo (1970-2013)* [versión electrónica]. Economy Weblog. Recuperado el 16 de junio de 2015 de: <http://economy.blogs.ie.edu/archives/2014/02/estructura-de-la-economia-espanola-por-sectores-economicos-y-el-empleo-1970-2013.php>

Parrilla Gómez, Laura (2013). El reto de una interpretación comunitaria de calidad: buceo en las necesidades formativas y análisis crítico de un corpus de interacción oral en el contexto biosanitario y de servicios sociales español [versión electrónica]. Tesis doctoral. Departamento de Traducción e Interpretación. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Málaga. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de: <http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/6936>

Proyecto de Ley Nº 121/000114 Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley de Enjuiciamiento Criminal para transponer la Directiva 2010/64/UE, de 20 de octubre de 2010, relativa al derecho a interpretación y a traducción en los procesos penales y la Directiva 2012/13/UE, de 22 de mayo de 2012, relativa al derecho a la información en los procesos penales. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Madrid, 5 de septiembre de 2014.

Rodríguez Osuna, Jacinto (1991). *Métodos de muestreo*. Madrid, CIS, Cuadernos metodológicos 1.

Ruiz Mezcuca, Aurora (2014). Interpretación y formación para los centros sanitarios españoles [versión electrónica]. *Hermēneus*, 16, 265-289. Recuperado el 18 de mayo de 2015 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4918353>

Sánchez-Reyes, Peñamaría M^a Sonsoles y Martín Casado, Manuel (2004). Necesidad de la provisión de un servicio de intérpretes en los hospitales [versión electrónica]. *Hermēneus*, 6, 155-

168. Recuperado el 21 de mayo de 2015 de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1027643>

CHIA Standards & Certification Committee (2002). California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention [versión electrónica]. Recuperado el 30 de mayo de 2015 de:
[http://c.ymcdn.com/sites/www.chiaonline.org/resource/resmgr/chia_california_standards_fo.pdf]

ANEXOS

Anexo 1

Antequera	Alameda Antequera	Casabermeja Fuente de Piedra	Humilladero Mollina	Villanueva de la Concepción
Axarquía - Costa del Sol	Alcaucín Alfarnate Alfarnatejo Algarrobo Almáchar Árchez Arenas Benamargosa	Benamocarra Canillas de Aceituno Canillas de Albaida Colmenar Comares Cómpeta Cútar	El Borge Frigiliana Iznate La Viñuela Totalán Vélez-Málaga Macharaviaya Moclinejo	Nerja Periana Rincón de la Victoria Riogordo Salares Sayalonga Sedella Torrox
Costa del Sol	Benahavís Benalmádena Casares	Estepona Fuengirola	Manilva Marbella	Mijas Torremolinos
Guadalteba	Almargen Ardales	Campillos Cañete la Real	Carratraca Cuevas del Becerro	Sierra de Yeguas Teba
Nororma	Archidona Cuevas Bajas	Cuevas de San Marcos	Villanueva de Algaidas Villanueva de Tapia	Villanueva del Rosario Villanueva del Trabuco
Málaga - Costa del Sol	Málaga			
Serranía de Ronda	Algatocín Alpandeire Arriate Atajate Benadalid Benalauría	Benaoján Benarrabá Cartajima Cortes de la Frontera Faraján	Gaucín Genalguacil Igualeja Jimera de Líbar Jubrique Júzcar	Montecorto Montejaque Parauta Pujerra Ronda Serrato
Sierra de las Nieves	Alozaina Casarabonela El Burgo	Guaro Istán	Monda Ojén	Tolox Yunquera
Valle del Guadalhorce	Alhaurín de la Torre	Alhaurín el Grande Almogía Álora	Cártama Coín	Pizarra Valle de Abdalajís

Pueblos de Málaga. Fuente: <http://www.visitacostadelsol.com/descubre/la/pueblos>

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Innovación Sanitaria,

Sistemas y Tecnología

En Sevilla, a 17 de febrero de 2009

Estimado/a Compañero/a:

En la actualidad, Andalucía se caracteriza por su diversidad y multiculturalidad, de hecho, se observa como en el quehacer diario de la atención sanitaria aumenta progresivamente la demanda asistencial del colectivo de no hispanohablantes constituido por dos grandes grupos de población: por una parte los inmigrantes; y por otra, los turistas, independientemente de que tanto en un grupo como en otro se trate de residentes permanentes o no. Por tanto, no es de extrañar que este colectivo muestre como demanda percibida y sentida, la mejora en la accesibilidad al SSPA.

A nivel estratégico, el **III Plan Andaluz de Salud 2003-2008**, propugna el desarrollo de políticas socio-sanitarias que reduzcan las desigualdades, y se marca como uno de sus objetivos principales, la mejora de los servicios de salud para que sean accesibles y asequibles para personas con necesidades especiales. Es en esta línea en la cuál se enmarca este servicio de Tele- traducción que pretende implementar los criterios básicos de la política sanitaria en Andalucía: **equidad, igualdad, accesibilidad, continuidad y calidad.**

En este contexto socio-sanitario, la Consejería de Salud, a través la Dirección General de Innovación Sanitaria Sistemas y Tecnología, tiene el placer de comunicarte que ya se encuentra a disposición de todos los centros del SSPA, y por ende para todos los usuario/as y profesionales del Sistema el nuevo **Servicio de Tele-traducción Simultánea para no hispanohablantes**. Todo ello, con la colaboración y participación activa de **SaludResponde** como Centro especializado de Atención de llamadas para el SSPA.

Para finalizar, entendemos que este servicio de Tele-traducción aporta un valor añadido al conjunto del SSPA dotándolo de un potente servicio de relación y comunicación. Además, queremos indicar que la puesta en marcha de este servicio ofrece un amplio abanico de posibilidades de utilización que pueden y deben ser explotadas.

Atentamente, un cordial saludo.

LA DIRECTORA GENERAL



Fdo.: Purificación Gálvez Daza



Anexo I. Funcionamiento del Servicio.

1º Paso: El/la usuario/a no hispanohablante demanda asistencia sanitaria.

2º Paso: El/la profesional realiza una llamada desde un terminal fijo o móvil a Salud Responde solicitando la prestación de la traducción en el idioma deseado a través del número 953011080 si no se llama desde una línea corporativa o al número 211080 si sí lo es. Esta numeración cuenta con 10 líneas de salto.

3º Paso: Salud Responde vehiculiza y gestiona la llamada con tres interlocutores: profesional; traductor y no hispanohablante. Una vez puestos en contacto, el profesional habla e inmediatamente el intérprete traduce al inmigrante, y viceversa. Esta secuencia se repite tantas veces como sea necesaria en el proceso de comunicación. (ver Figura 1)

El Servicio de Tele- traducción garantiza como **requisitos mínimos** para su eficacia:

- **Confidencialidad y Privacidad:** El Servicio garantiza que todos los actores de la traducción respetan estos dos ítems, ya que la atención sanitaria esta impregnada de ambos por definición.

- **Inmediatez:** Este servicio presta una repuesta inmediata para que tenga utilidad real en la atención sanitaria que en muchas ocasiones es de urgencia o emergencia.

- **Disponibilidad y Cobertura Total:** A disposición de todos los usuarios/as del SSPA durante 24 horas al día y los 365 días del año para los siguientes idiomas: árabe, inglés, rumano, alemán, francés, chino, búlgaro, ruso, portugués, polaco y eslovaco. Además se implementa el servicio en días laborables y en horario de 8 a 18 horas con una oferta de otros 35 idiomas. (Ver Anexo II)



Proceso de traducción en sí.



Figura 1.- Arquitectura del Servicio de Traducción



Anexo II: Idiomas Ofertados.

11 Idiomas con disponibilidad 24 horas:

Alemán	Inglés
Árabe	Polaco
Búlgaro	Portugués
Chino	Rumano
Eslovaco	Ruso
Francés	

35 Idiomas con disponibilidad de 8:00 a 18:00 en días laborables:

Afgano	Indi
Albanés	Italiano
Armenio	Japonés
Bambara	Lituano
Berber	Mandinga
Bosnio	Noruego
Brasileiro	Persa
Checo	Pouilar
Chino Cantonés	Servio – Croata
Coreano	Sirio
Danés	Sueco
Esloveno	Suniki
Farsi	Tailandés
Finés	Turco
Georgiano	Ucraniano
Griego	Urdu
Holandés	Wolof
Húngaro	



Anexo 3

Encuesta

1. ¿Cuántos extranjeros asisten a la consulta?
2. ¿De dónde proceden los extranjeros demandantes de asistencia?
3. ¿Existen problemas de comunicación con los pacientes extranjeros?
4. ¿Existe algún tipo de conflicto cultural para ciertos temas?
5. ¿Cuáles son las principales lenguas que se demandan?
6. ¿Hay alguna lengua que presente mayores problemas?
7. ¿Qué áreas se ven más afectadas por la afluencia de extranjeros?
8. ¿Ha percibido el llamado «turismo sanitario»?
9. ¿En los últimos años ha observado un aumento de personas que demandan la actuación de un intérprete?
10. ¿Qué perfil suele tener el paciente extranjero que requiere la asistencia de un intérprete?
11. ¿Cómo resuelven los problemas de comunicación: recurriendo a intérpretes, empresas, protocolos, documentos traducidos?
12. ¿Tienen convenio o relación contractual con algún intérprete? ¿Son voluntarios o asalariados?
13. En caso afirmativo, ¿con cuántos? ¿desde cuándo? ¿De qué idiomas? ¿Cómo los seleccionan? ¿Se requiere a los intérpretes una formación específica en interpretación para ejercer como tales, o basta con el conocimiento de la lengua extranjera?
14. ¿Cuándo se llama a un intérprete?
15. ¿Siguen aún protocolo diferente del que utilicen con los hispanohablantes para atender a un paciente extranjero?
16. ¿Con qué frecuencia suelen recurrir a intérpretes ad-hoc (familiares, amigos o personal sanitario) con conocimientos de nuestro idioma para resolver la barrera lingüística?
17. ¿Hay situaciones en las que rechacen las interpretaciones realizadas por personas personalmente involucradas con el paciente?

18. ¿Ha contado alguna vez con la asistencia de un intérprete en la relación con los pacientes extranjeros?
19. ¿En general, se siente más cómodo si cuenta con la presencia de un intérprete en la relación con los pacientes extranjeros? Si no es así, ¿en qué no está satisfecho?
20. Si nunca ha estado en la situación, ¿qué opina de la actuación de un intérprete en la consulta?
21. Experiencias y anécdotas con pacientes extranjero con o sin intérpretes.

COMMUNICATION PANNEL

We care what you need and how you feel

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NURSE		DOCTOR												
YES		NO		SOMETIMES		WHEN?		WHAT TIME IS IT?		NURSE		DOCTOR													
 I WANT TO DRINK	 I WANT TO WALK	 SILENCE	 I CAN'T SWALLOW	 PAIN																					
 I WANT TO EAT	 I WANT TO SIT DOWN	 I WANT TO SLEEP	 I CAN'T BREATHE	 ITCH																					
 I WANT TO URINATE	 I WANT TO SIT UP	 I CAN'T SLEEP	 I FEEL DIZZY	 I'M COLD I'M HOT																					
 I WANT TO MOVE MY BOWELS	 I WANT TO CHANGE POSITION	 I WANT TO LIE DOWN	 I WANT TO BE SICK	 FEVER																					
						 I WANT MY GLASSES	 I WANT MY HEARING AID																		

JUNTA DE ANDALUCÍA
COMISIÓN DE SALUD
Servicio Atención Salud

COMMUNICATION PANNEL

We care what you need and how you feel

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NURSE		DOCTOR												
YES		NO		SOMETIMES				WHEN?	WHAT TIME IS IT?																
PYJAMA	SLIPPERS	I WANT TO CUT/COMB MY HAIR		WHAT HAPPENED?		DAY NIGHT		I FEEL BETTER I FEEL WORSE		I FEEL EXCITED															
NIGHTDRESS	TISSUES/ TOILET PAPER	I WANT TO CLEAN UP		WHERE AM I?		ON OFF		I'M SAD		I FEEL LONELY															
DRESSING GOWN	CHANGE THE BED SHEETS	SHAVE		MY FAMILY		ON OFF		I'M BORED		I'M ANGRY															
UNDERWEAR	CHANGE THE NAPPY/ SANITARY TOWEL	I WANT TO GO TO THE TOILET		RELIGIOUS SERVICE		I WANT TO READ		I'M WORRIED		I'M SCARED															



MITTEILUNGSPANEEEL



Wissen was Sie brauchen und wie Sie sich fühlen ist uns wichtig für Ihre Pflege

A	Ä	B	C	D	E	Ë	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	S	T	U	Ü	V	W	X	Y	Z
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Krankenpfleger/ Krankenschwester		Arzt/Ärztin																
JA		NEIN		MANCHMAL		Wann?		Wie spät ist es?																					
										<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Frontal</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Rücken</p> </div> </div>																			
Ich möchte trinken		Ich möchte laufen		Ruhe		Ich kann nicht schlucken		Schmerz																					
Ich möchte essen		Ich will mich hinsetzen		Ich möchte schlafen		Ich kann nicht schlafen		Jucken																					
								Mir ist es kalt		Mir ist es warm																			
Ich möchte urinieren		Ich möchte mich aufrichten		Ich kann nicht schlafen		Mir wird es schwindelig		Mir ist es kalt		Mir ist es warm																			
										Ich möchte meine Brille		Ich möchte mein Hörgerät																	
Ich möchte abklären		Stellung ändern		Ich möchte zu Bett gehen		Ich möchte brechen		Fieber		Ich möchte meine Brille		Ich möchte mein Hörgerät																	

MITTEILUNGSPANEEEL

Wissen was Sie brauchen und wie Sie sich fühlen ist uns wichtig für Ihre Pflege

A	Ä	B	C	D	E	Ë	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	S	T	U	Ü	V	W	X	Y	Z
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Krankenpfleger/ Krankenschwester		Arzt/Ärztin																
JA		NEIN		MANCHMAL		Wann?		Wie spät ist es?																					
						Tag		Nacht		Ich fühle mich besser/		schlechter		Ich bin ergriffen															
						Anmachen		Ausmachen		Ich bin traurig		Ich fühle mich einsam																	
						Anmachen		Ausmachen		Ich langweile mich		Ich bin böse (auf...)																	
						Ich möchte lesen		Ich bin besorgt		Ich habe Angst																			

Anexo 5

	Centros de salud	Consultorios	Hospitales	Centros de salud mental	Centros de consultas externas	Centros de diálisis
Benalmádena	Arroyo de la Miel-Benalmádena Torrequebrada	Benalmádena (Alcolea)	Hospital de Alta Resolución de Benalmádena	Unidad de Salud Mental Comunitaria Benalmádena (Torrequebrada)		
Fuengirola	Fuengirola-Oeste Los Boliches			Unidad de Salud Mental Comunitaria Fuengirola (Las Lagunas)		
Marbella	Las Albarizas Leganitos	La Campana Las Chapas	Hospital Costa del Sol	Unidad de Salud Mental Comunitaria Marbella	C.P.E. de Marbella	Centro de diálisis de Marbella
Mijas	Las Lagunas	La Cala Mijas Pueblo	Centro de Alta Resolución de especialidades de Mijas			
Torremolinos	La Carihuela San Miguel		Hospital Marítimo de Torremolinos	Comunidad Terapéutica de Salud Mental V. de la Victoria 1 Comunidad Terapéutica de Salud Mental V. de la Victoria 2 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil V. de la Victoria		Centro de diálisis de Torremolinos

Centros sanitarios público. Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Elaboración propia.

	Benalmádena	Fuengirola	Marbella	Mijas	Torremolinos
Centros médicos privados	Xanit Hospital Internacional Clínica Salus Benalmádena Clínica SOS Clínica Institución Montebello Benalmádena	Xanit Hospital Internacional Clínica Salus Fuengirola Clínica San Francisco	Hospital Marbella High Care Hospital Quirón Clínica Ochoa Centro médico Hilu Clínica Premium Guadalmina Clinic Elviria Medical & Dental Centre Magna Clinic	Clínica el Campanario Medicare Nursing Services Centro medico el Zoco Policlínica Alen Clínica Virgen De La Peña	Clínica Santa Elena Clínica Francisco Canca

Centros sanitarios privados. Fuente: Páginas amarillas. Elaboración propia.