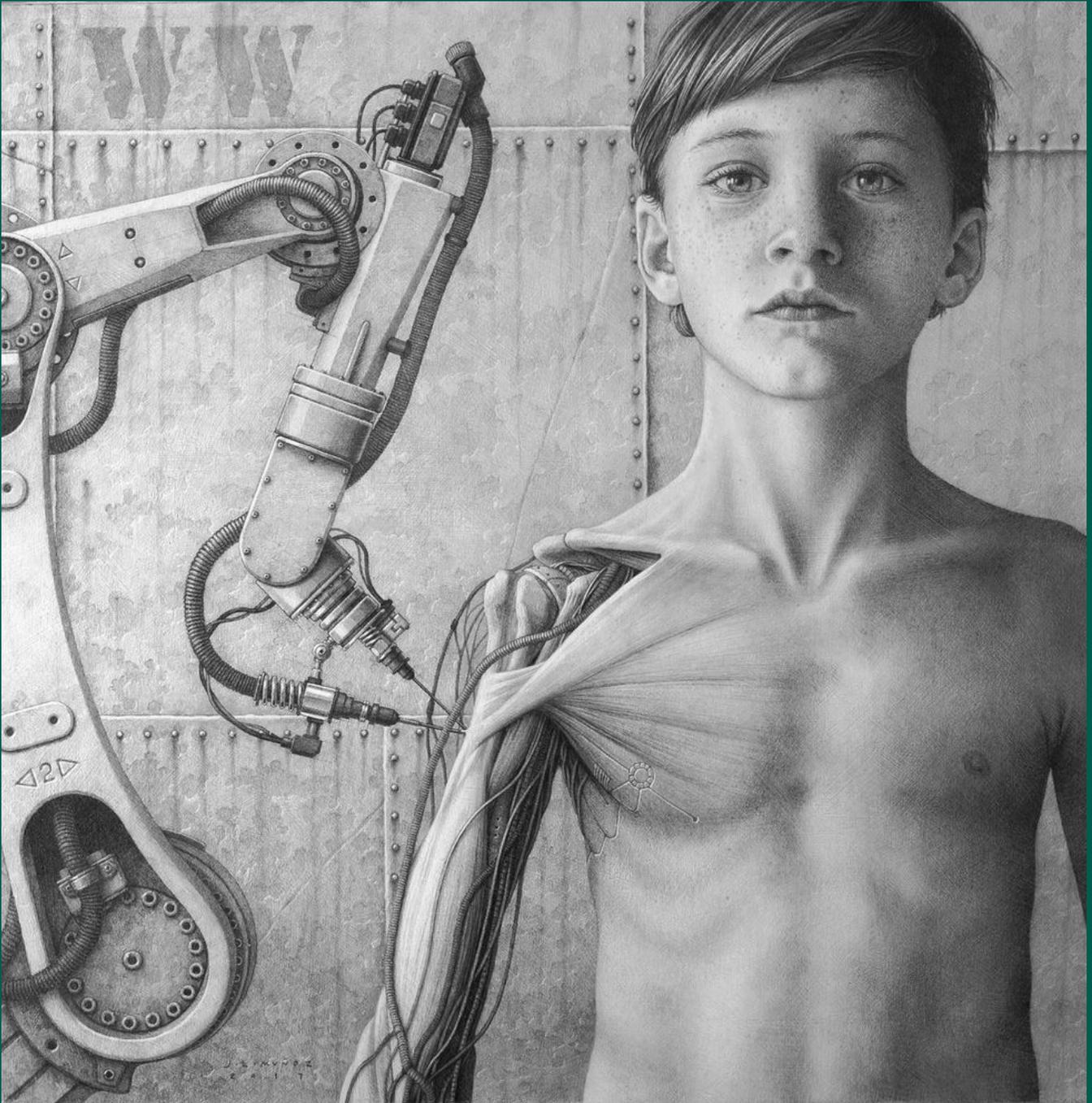


Panace@

Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción



Monográfico: La interpretación en el ámbito biosanitario
Vol. XVIII, n.º 46. Segundo semestre, 2017

Panace@ es una revista surgida en el año 2000 a partir de la lista de debate *MedTrad* y publicada en España desde 2006 por *TREMÉDICA*, la Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias Afines. *Panace@* publica textos originales sobre los diversos aspectos de la traducción y el lenguaje de la medicina y ciencias afines, sobre todo en español, pero la revista está abierta a colaboraciones en cualquier idioma.

Panace@ es una publicación semestral con dos números anuales, uno ordinario que aparece en junio y uno monográfico que aparece en diciembre. Los originales deben enviarse en soporte electrónico a panacea@tremedica.org y deberán guiarse por las **normas de publicación** de la revista. Los artículos de las secciones «Tribuna» y «Terminología y traducción» habrán de elaborarse partiendo de la plantilla creada a tal efecto y accesible [aquí](#). Los artículos publicados están sujetos a las normas internacionales de *copyright*.

Los originales recibidos se envían a evaluadores externos expertos en la materia, que evalúan según el sistema de «doble ciego», que busca preservar el anonimato tanto de los autores como de los evaluadores. La revista se compromete a dar constancia de la recepción de originales y, terminado el proceso de evaluación, comunicar al autor la decisión adoptada en un plazo máximo de seis meses. Al final de cada artículo figuran las fechas de recepción y aprobación del mismo. Los autores se comprometen, por su parte, a efectuar la corrección de pruebas de acuerdo con los plazos que oportunamente les marque la dirección de la revista.

Panace@ espera de los autores y colaboradores el máximo respeto a las consideraciones de ética editorial establecidas en las normas de Vancouver, disponibles en la página de *TREMÉDICA* en español, francés, inglés y portugués.

Panace@ mantiene una política sobre buenas prácticas y posibles conflictos de intereses que afecta tanto a los autores como a los revisores. Los primeros, cuando envíen su trabajo para evaluar, deberán adjuntar una carta en la que conste explícitamente que se trata de un trabajo original, que no se ha publicado anteriormente, tampoco en otro idioma y que no se encuentra en fase de evaluación en otras revistas. Los evaluadores, por su parte, actuarán de acuerdo con los criterios que se les supone de objetividad, imparcialidad, confidencialidad, respeto y premura. Si fuera el caso, pondrán en conocimiento de la dirección de la revista los posibles conflictos de intereses que surjan.

Panace@ no incluye publicidad comercial y los autores no reciben remuneración alguna por la publicación de sus artículos. El acceso a la revista es libre y gratuito y no requiere suscripción previa. La financiación de los costes involucrados en la producción de *Panace@* corre a cargo de *TREMÉDICA*, junto con las aportaciones de patrocinadores externos, que no desempeñan ningún tipo de influencia en su redacción. *Panace@* incluye los nombres y logotipos de todos sus colaboradores y patrocinadores en las páginas correspondientes de la revista en formato electrónico y en el sitio web donde se publica.

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

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

ISSN 1537-1964

Publicación incorporada a **e-revist@s**

Redacción

Directora: **Pilar Castillo Bernal**

Secretaría de redacción: **M. Luisa Rodríguez Muñoz**

Consejo de redacción: **Lorenzo Gallego Borghini, Tamara Varela Vila y Valentina Marta Rodríguez**

Equipo técnico

Revisión: **Cristina Río López y Carmen Expósito Castro**

Traducción y revisión de textos en inglés: **Martha Gaustad y Heather Hamilton**

Diseño y maquetación: **Juliana Serri**

Publicación electrónica: **Manuel Saavedra**

Consejo editorial

Rodolfo Alpízar Castillo (Cuba)	Fernando Pardos (España)
Jorge Avendaño Inestrillas (México)	José Antonio Pascual (España)
Christian Balliu (Bélgica)	Isabel Pérez Montfort (México)
María Teresa Cabré Castellví (España)	Luis Pestana (Portugal-Suiza)
Xosé Castro Roig (España)	Mercè Piqueras (España)
Gonzalo Claros (España)	Serge Quéryn (Canadá)
Francisco Cortés Gabaudan (España)	Carmen Quijada Diez (España)
Adriana Cruz Santacroce (Uruguay)	Héctor Quiñones (España)
Esther Fernández Berjón (España-Bélgica)	Graça Rio-Torto (Portugal)
Luisa Fernández Sierra (España)	José Antonio de la Riva Fort (España)
Joan Ferrer Costa (España)	Anna Romero Ibáñez (España)
Josefa Gómez de Enterría (España)	José Antonio Sacristán (España)
Paz Gómez Polledo (España)	María Verónica Saladrigas (Argentina-Suiza)
Luis González (España-Bélgica)	Karen Shashok (España)
Juan Manuel Martín Arias (España)	Lúcia M. Singer (Brasil)
José Martínez de Sousa (España)	José A. Tapia Granados (España-EE. UU.)
Vicent Montalt Resurreció (España)	Sylvie Vandaele (Francia-Canadá)
Luis Montiel (España)	Nelson Verástegui (Colombia-Suiza)
Laura Munoa (España)	Alicia Zorrilla (Argentina)
M. ^a del Carmen Navarro (Italia-España)	

Portada e ilustraciones: José Luis Muñoz. En portada: *Replicante R06 WestWorld* (v. página 161).

No está permitido el uso o la reproducción de las imágenes sin el permiso expreso del autor.

Panace@

Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción **Monográfico: La interpretación en el ámbito biosanitario**

<www.tremedica.org/panacea.html>

Vol. XVIII, n.º 46. Segundo semestre, 2017

Coordinadores: Rafael Porlán Moreno

y Óscar Jiménez Serrano

EDITORIAL

Entorno clínico y comunicación interpretada: una relación dinámica y en evolución

Rafael Porlán Moreno y Óscar Jiménez Serrano 93

TRIBUNA

Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Raquel Lázaro Gutiérrez y Jesús Manuel Tejero González 97

Los sistemas de gestión terminológica desde la perspectiva de los intérpretes en el ámbito biosanitario

María Teresa Ortego-Antón 108

Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula

Raquel Sanz-Moreno 114

Corpus e interpretación biosanitaria: extracción terminológica basada en bitextos del campo de la Neurología para la fase documental del intérprete

Miriam Seghiri 123

Interpretación sanitaria y herramientas informáticas de traducción: los sistemas de gestión de corpus

M^a del Mar Sánchez Ramos 133

La interpretación hospitalaria: realidad, características, aspectos formativos

Marta Franco López 142

ENTREMESES

¿Deberían los intérpretes cambiar de nombre?

Fernando A. Navarro 132

Novetats terminològiques en la taula periòdica: *nihoni*, *moscovi*, *tennessi* i *oganessó*

TERMCAT 154

Xylella fastidiosa: com s'escriu?, com es pronuncia?

TERMCAT 163

RESEÑAS

Radiografía de la traducción e interpretación en los servicios públicos en España

Carmen M.^a Cedillo Corrochano 149

Un libro de texto clave para la formación de intérpretes en los servicios públicos

Lara Domínguez Araújo 151

Panorámica de la formación del mediador y paciente desde una perspectiva inclusiva

Marta Franco López 153

SEMBLANZAS

Entrevista a Concha Ortiz, intérprete de conferencias especializada en medicina

Óscar Jiménez Serrano 155

Testimonio de Luis A. García Nevares: mi labor como intérprete voluntario de urgencia tras el azote del huracán

Luis A. García Nevares 158

NUESTRO ILUSTRADOR

Nuestro ilustrador: José Luis Muñoz, entre dos mundos

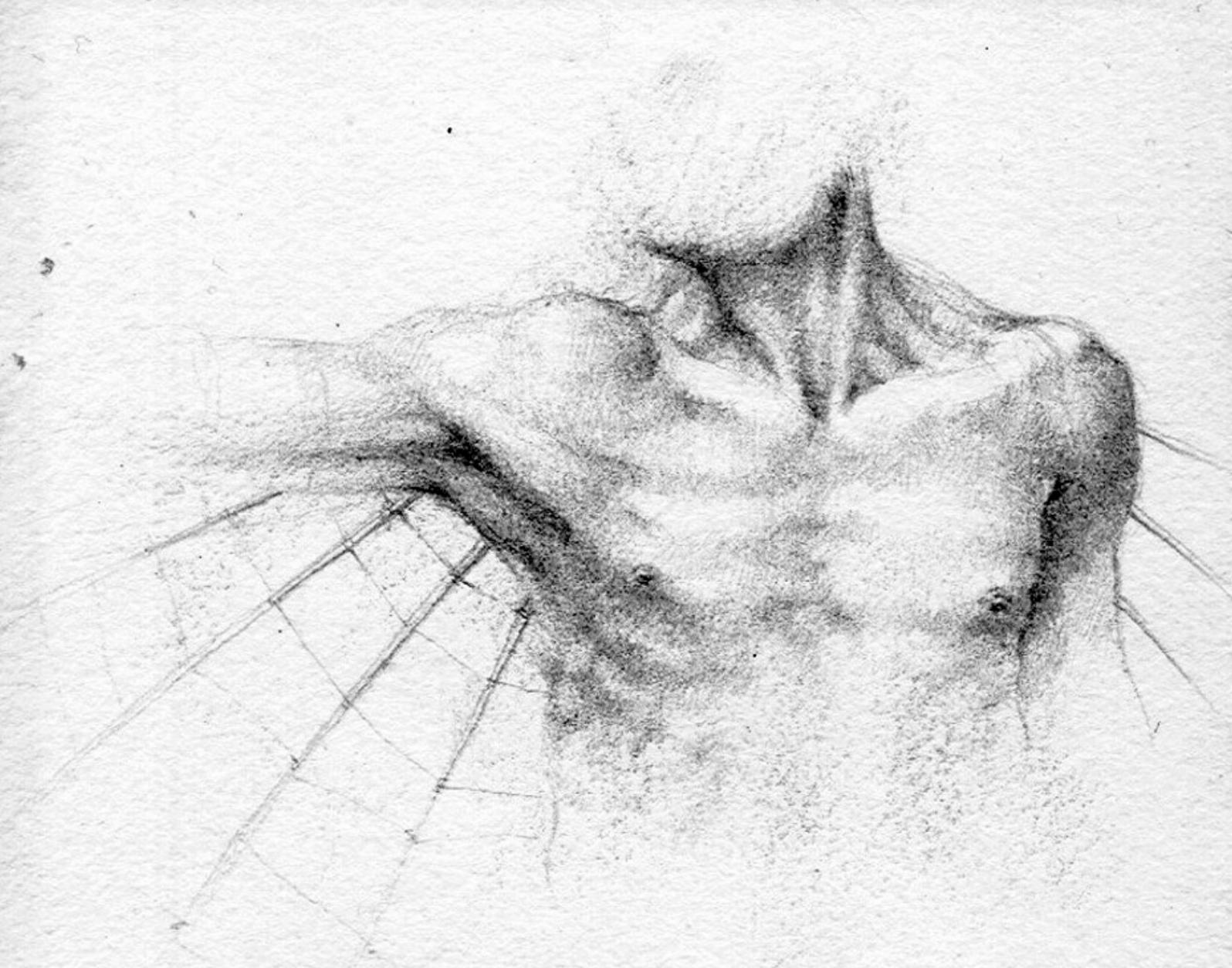
María Luisa Rodríguez Muñoz 161

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

LIDeditorial
<www.lideditorial.com>

LIDeditorial
.com





Apuntes sobre
la anatomía
de un Ícaro



J. L. M.

V estudio para la Icaro Suite



Apuntes sobre
la Anatomía
de un Icaro.

Entorno clínico y comunicación interpretada: una relación dinámica y en evolución

Rafael Porlán Moreno y Óscar Jiménez Serrano*

Medical science has made such tremendous progress that there is hardly a healthy human left.

Aldous Huxley

Es un gran honor asumir las labores de coordinación de este primer número monográfico de *Panace@* que, junto con el número habitual del presente año, inaugura una nueva etapa para la revista. Deseamos felicitar por ello al equipo de redacción, que ha trabajado sin descanso para poder materializar tal empresa en un tiempo reducido. Nuestra condición de intérpretes habituales de congresos de contenido médico y clínico propicia que asumamos la tarea de examinar este campo de especialización en interpretación —que, por su enorme dificultad y exigencia, genera respeto (y, a veces, hasta aversión) entre los profesionales— con enorme interés.

Resultado paradójico, a la par que grato, que nuestro monográfico lleve el presente título justo cuando se cumplen dos décadas de la publicación de un volumen pionero dentro del campo (Félix Fernández y Ortega Arjonilla: 1998) que, por primera vez en España, dedicaba el suyo a la *interpretación* —junto con la traducción— *en el ámbito biosanitario*. Más de una decena de contribuciones —entre las que se encontraba la de uno de los editores (Martin y Jiménez Serrano: 1998)— se atrevieron entonces a reivindicar la oportunidad de compartir con la traducción una parcela que, hasta ese momento, le había estado casi vedada en el terreno investigador. Hoy nos complace dedicar al mismo tema un número específico de esta prestigiosa revista.

El vasto terreno de las ciencias médicas—o *Life Sciences*, como se conocen en el ámbito de la comunicación internacional— siempre ha supuesto un doble desafío para el intérprete de conferencias: la dificultad inherente a la inmediatez del proceso de interpretación, por un lado, y la candente actualidad que tradicionalmente comporta el contenido de los congresos médicos, por otro. Cabe mencionar, asimismo, un elemento más reciente: la incesante mejora del conocimiento que los profesionales médicos (un colectivo siempre atento a la calidad del mensaje interpretado que recibía) poseen de las principales lenguas de comunicación. Esto ha conducido, por ejemplo, a que, en la actualidad, la interpretación médica en España sea más demandada desde el español hacia el inglés que a la inversa; o, incluso, a que cada vez se realicen más congresos con el inglés como única lengua de trabajo.

El intérprete especializado en medicina vive muy diversas experiencias en los congresos médicos: edificantes y muy satisfactorias algunas, difíciles y comprometidas otras, pero de enorme atractivo en todos los casos. Hoy día, el intérprete si-

gue necesitando invertir sus esfuerzos en localizar la información y la documentación adecuadas para preparar un congreso médico. Afortunadamente, no obstante, han quedado atrás los tiempos en que debía esperar un paquete de ponencias fotocopiadas enviadas por correo postal, o el momento de respiro que suponía recibir un disco con el que correr hasta el ordenador para realizar lecturas y preparar glosarios. La comunicación digital contemporánea permite, en la mayoría de los casos, encontrar documentación referida a los autores incluidos en el programa de una conferencia y visualizar documentos videográficos con las comunicaciones orales más recientes de los expertos clínicos que participarán en la reunión. Gracias a ello, los intérpretes de medicina ya podemos familiarizarnos no sólo con los contenidos específicos de un determinado congreso, sino con los usos orales y los modos lingüísticos de los ponentes que figuran en el programa. Han quedado atrás, igualmente, los tiempos en que aguardábamos con paciencia en las recepciones de los hoteles a que los ponentes bajasen de su habitación para compartir con nosotros los contenidos de su ponencia durante unos minutos. Aún así, siguen siendo preciosos para el desarrollo de la labor del intérprete los momentos en que, después de haber repartido la carga del estudio entre compañeros, se comparten contenidos e impresiones sobre los procedimientos clínicos y los resultados objetivos obtenidos con los pacientes. Es, asimismo, un tipo de experiencia que los autores han trasladado al aula con resultados positivos mediante el uso de técnicas de imprimación cognitiva o *memory priming* (Porlán, 2017). Estas ventajas que reportan las nuevas tecnologías quedan de manifiesto, igualmente, en virtud de las herramientas de gestión terminológica y de corpus, tal como se manifiesta en dos de los artículos que aquí incluimos.

Por otra parte, con cada vez más frecuencia, la interpretación en el marco de los temas clínicos no se desarrolla únicamente en los congresos internacionales. A pesar del revés que para la interpretación en los servicios públicos (ISP) ha supuesto la reducción drástica de la inversión pública en sanidad y servicios sociales, la demanda generada por la población inmigrante en España y el interés de los propios profesionales del sector sanitario por la prestación eficiente de sus servicios han evitado que se estanque la prometedora evolución de la presencia del intérprete en el ámbito sanitario asistencial. Como prueba de ello, este monográfico incluye varias contribuciones que reflejan la evolución tanto del propio sector como del diseño de los servicios de interpretación en la medicina pública y privada. En este entorno, no cabe soslayar la dimensión de la implicación personal del profe-

* Profesor asociado de la UCO y profesor titular de la UGR e intérpretes de conferencia en activo. Dirección para correspondencia: rafael.porlan@uco.es y ojimene@ugr.es.

sional, pues el análisis de los sentimientos subjetivos puede revelar presupuestos culturales e interpretaciones tácitas de la realidad que influyen en la práctica de la interpretación (Hokkanen, 2017:32). Dichas contribuciones específicas —así como las que formulan propuestas para el uso de herramientas que faciliten la labor del intérprete en el contexto inmediato de la prestación del servicio— inciden en la necesidad de incorporar a la formación reglada elementos que la investigación ya ha identificado, como el uso y aprendizaje dinámico de las herramientas digitales, o la incorporación de referencias deontológicas en el trato con el usuario de los servicios de interpretación.

La relevancia del papel del intérprete en este entorno resulta cada vez más reconocida por los profesionales del sector. De hecho, en su reciente reseña en la revista *Interpreting* del libro *Bilingual Health Communication* de Elaine Hsieh (2016), Alexander Bischoff (2016) nos dice que nadie se encuentra en mejor posición que un intérprete para ofrecernos un relato detallado de la comunicación sanitaria bilingüe. El merecido reconocimiento a la labor que desempeñamos como profesionales en dicho ámbito resulta esencial para la tan demandada profesionalización de una actividad que tuvo sus orígenes en el altruismo y el voluntariado.

El énfasis en la necesidad de una colaboración interdisciplinar es constante entre los investigadores del campo, de ahí que encontremos títulos reclamando dicho enfoque colaborativo en artículos de las principales revistas existentes sobre interpretación, como el de Krystallidou (2012) «Training doctor-minded interpreters and interpreter-minded doctors. The benefits of collaborative practice in interpreter training» en *Interpreting*, o el de Gallai (2012) «The judge, the doctor, the immigration officer and the interpreter» en *The Interpreter's Newsletter*. Varios artículos de este monográfico también abogan por ello.

En nuestro primer artículo, «Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito biosanitario», Raquel Lázaro y Jesús Manuel Tejero nos presentan un *programa de interculturalidad* —integrado por diversos proyectos (interpretación telefónica multilingüe, guías multilingües para pacientes, mediación intercultural y formación de profesionales)— que el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ha mantenido (no sin interrumpir algún proyecto por el camino) desde el año 2007, a pesar de los recortes que llegaron con los peores años de la crisis. En este trabajo, los autores relacionan conceptos como cultura, interculturalidad y mediación intercultural en conexión directa con la realidad regional de Castilla-La Mancha. Subrayan, además, la incidencia que tuvo en el diseño y la configuración de los servicios de interpretación sanitaria de esta región la propia participación del personal sanitario, y su concienciación acerca de la existencia de diferencias culturales que era preciso atender ante los pacientes extranjeros. Como punto de partida, podemos subrayar las referencias a la antropología y al análisis del concepto de multiculturalismo desde una perspectiva actual. De esta manera, se hace posible

un análisis fluido del proceso posterior de descripción de los servicios de atención a los pacientes prestados en la región. Finalmente, conviene reseñar la valoración positiva que hacían los profesionales sanitarios del servicio descrito, dada la necesidad de una integración feliz de todos los perfiles para poder prestar a los usuarios un servicio sanitario fiable y de calidad.

Por su parte, la contribución de María Teresa Ortego Antón titulada «La gestión de la terminología en interpretación biosanitaria» identifica una disparidad que ya cabía sospechar en principio: el hecho de que sean pocos los trabajos que analizan la relevancia de la gestión de la terminología para el intérprete, mientras que son muchos más los que lo hacen para el traductor. En concreto, se nos ofrece un examen de lo que la autora nos presenta como los diez sistemas de gestión terminológica más utilizados por la Asociación Internacional de Intérpretes de Conferencia (AIIC), el organismo internacional de referencia para la profesión. El análisis de las herramientas —y su relación con el contexto de realización del trabajo de interpretación— aporta referencias interesantes para el intérprete que desee reducir al mínimo el proceso de elección de unos instrumentos de esta índole, a la par que el tiempo de adaptación a su uso. En opinión de la autora, los sistemas de gestión terminológica son esenciales para los intérpretes que trabajan en el ámbito biosanitario, puesto que contribuyen a almacenar, clasificar y recuperar el conocimiento especializado. Con ello, el intérprete puede ser más autónomo, y hasta casi autosuficiente, en cuanto a la obtención y extracción de la información necesaria para cubrir un servicio (Kalina, 2007). Es de agradecer este acercamiento empírico a unos sistemas a los que el intérprete, acuciado por la inmediatez de las necesidades del entorno clínico, podría mostrarse renuente.

En «Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula», Raquel Sanz Moreno nos ofrece los resultados preliminares de una innovadora experiencia docente que utiliza el «role-play» y las simulaciones para acercar al estudiante a la realidad de la prestación del servicio: «trainee interpreters need to be prepared for a wide range of discourse types within healthcare settings» (Russell y Dunkley, 2015). Por supuesto, los estudiantes siempre se beneficiarán de una interacción lo más realista posible dentro de los límites presupuestarios y logísticos que condicionen el entorno académico (Crezee y Grant, 2016: 10). En este caso concreto, los profesionales médicos representados son una ginecóloga, un intensivista, un anestesiólogo y una enfermera, con quienes los estudiantes debían interactuar para después resolver casos prácticos que derivasen de la experiencia profesional con pacientes extranjeros. Se resalta el valor de la profesionalización, por los problemas éticos y de eficiencia comunicativa que plantea el empleo en el entorno clínico de intérpretes no profesionales. Asimismo, se realiza un análisis de la oferta formativa en la ISP en España. Se otorga importancia al contacto directo con el usuario, así como a los aspectos psicológicos que influyen en el intérprete, y la necesidad de formarle para afrontar su gestión. La autora destaca el problema de que no se cuente en la actualidad en el país con un código deontológico específico que pudiera ser utilizado como referencia tanto por

profesionales como por voluntarios. Son útiles las referencias extensas a conceptos tales como imparcialidad, fidelidad, confidencialidad, profesionalidad y objeción de conciencia.

El artículo de Miriam Seghiri «Corpus e interpretación biosanitaria: extracción terminológica basada en bitextos para la fase documental del intérprete» destaca que, a diferencia del traductor, el intérprete dispone de opciones limitadas para sustentar su trabajo mediante ayudas suplementarias, una vez el proceso está ya en marcha. Por eso, su propuesta supone un paso adicional respecto a la preparación terminológica tradicional, y plantea la confección de referencias terminológicas a partir de bitextos: los textos originales y sus correspondientes traducciones, en tanto que dimensión textual que trasciende las dos partes integrantes. Es de reseñar la atención específica al diseño del proceso de extracción terminológica en el campo de la neurología; así como el propio diseño del estudio, muy cuidado, que incide en la utilización de los *abstracts* o resúmenes de artículos de revistas especializadas. Ciertamente, señala aquí, con acierto, la autora uno de los elementos que, con más frecuencia, utilizan los intérpretes de conferencia para la preparación de los congresos médicos. El aprovechamiento de las herramientas de gestión de textos gratuitas, a pesar de su aparente complejidad, podría acelerar el proceso de preparación de la terminología tras el necesario periodo de adaptación. De cualquier manera, será siempre necesario por parte del intérprete un ejercicio de evaluación de las ventajas y los inconvenientes, de modo que se pueda compensar la necesidad de prestar atención a un elemento adicional en la comunicación —el dispositivo electrónico, con las consideraciones necesarias sobre ergonomía (Torres-Hostench, Moorkens, O'Brien, Vreeke, 2017) — con la obtención de resultados que amortigüen los escollos de interpretación o comunicación.

En su artículo «Interpretación sanitaria y herramientas informáticas de traducción: los sistemas de gestión de corpus», María del Mar Sánchez Ramos aborda la utilización de los corpus para la provisión de herramientas terminológicas de las que puedan servirse los intérpretes. Como hemos mencionado con anterioridad, resolver las dificultades terminológicas que plantea el lenguaje biosanitario resulta esencial para estos, por lo que todo tipo de ayuda será bienvenida por su parte. La autora realiza una útil introducción a las distintas vías que ha seguido el análisis de corpus en la bibliografía y subraya las dificultades con las que ha topado este tipo de metodología para encontrar un lugar propio. Su propuesta incide en encontrar la utilidad de estas nuevas opciones de preparación ya desde la fase formativa del intérprete, y describe su utilización en los cursos de máster, así como la percepción que de ello extraían los estudiantes. Al mismo tiempo, se incide en la necesidad de abundar en la formación digital de los futuros traductores e intérpretes, abogando por una evolución que esté a la altura de las herramientas disponibles. Estimamos que este tipo de estudios seguirán estando presentes en la bibliografía durante los próximos años, ya que los intérpretes suelen recibir una cantidad limitada de material para la preparación de congresos médicos (Stoll, 2009).

Finalmente, «La interpretación hospitalaria: realidad, características, aspectos formativos» es una propuesta de

carácter descriptivo realizada por Marta Franco López, intérprete hospitalaria y colaboradora habitual de la Universidad de Córdoba en el desarrollo de seminarios didácticos y de acercamiento de la realidad del hospital al aula. El principal punto de interés del documento es la traslación de las referencias teóricas disponibles en la literatura a la realidad de la prestación del servicio de interpretación en la sanidad privada y, más concretamente, en el entorno de un centro hospitalario específico. La ciudad en la que se realiza el estudio, Sevilla, recibió más de un millón de turistas en poco más de seis meses del año 2017, y en ella se ubican más de 2000 estudiantes extranjeros de intercambio por año, por lo que la interacción entre pacientes extranjeros y servicios sanitarios es habitual. Se estudia el caso de un hospital que ha optado por la profesionalización del servicio de interpretación y se analizan los factores que influyen en la interacción entre el personal sanitario y el paciente, además de la calidad del acto comunicativo interpretado. Por las respuestas ofrecidas al cuestionario de Angelelli (2006), es posible observar que la realidad de los servicios de atención hospitalaria con soporte lingüístico no difiere de la encontrada por otros autores presentes en este mismo volumen (véase Lázaro y Tejero). Destaca también la alusión a la necesaria consciencia del intérprete del proceso en el que está inmerso, siempre en relación con el contexto específico de realización del servicio.

La presencia significativa de la ISP y las herramientas en las contribuciones recibidas, que acabamos de reseñar, contrasta con la ausencia de análisis relativos a las particularidades de la interpretación de discursos con contenido médico entre nuestros artículos. Dado que, como expertos en dicha parcela, no podíamos dejar fuera de nuestro examen del ámbito biosanitario ese terreno específico, hemos incluido en el monográfico una entrevista con una intérprete de medicina que posee casi 25 años de experiencia, Concha Ortiz. Las exigencias que plantean los congresos de medicina son múltiples: las reticencias por parte de los investigadores a compartir con el intérprete la información que finalmente van a transmitir a la audiencia; la dificultad de seguir en muchos casos información en pantalla cargada de cifras ilegibles; la velocidad con la que los oradores se conducen; la sucesión constante de oradores a los que se asigna un tiempo reducido en el programa, lo que no permite al intérprete acostumbrarse a un contexto cambiante y supone otro escollo añadido; los intensos «partidos de tenis» en que se convierten los turnos de palabra y réplica en los debates, tras la conclusión de las ponencias formales; y, recientemente, el reto de la interpretación remota. La esclarecedora conversación con Concha nos ha ayudado a explorar varias de ellas.

Finalmente, queremos agradecer a Luis A. García Nevares, de la Universidad de Puerto Rico en Río Piedras, el dramático testimonio que nos ha aportado sobre sus labores de interpretación de urgencia tras el desastre causado por el azote del huracán María en la zona en la que él mismo vive. Resulta instructivo conocer los dilemas a los que ha tenido que enfrentarse, al comprobar que la situación extrema experimentada como voluntario le obligaba a tomar decisiones que, como él mismo reconoce, pueden ser contradictorias con las reco-

mendaciones profesionales existentes. Muy poco se ha sabido en España de la cruda realidad que ha sufrido —y sigue hoy sufriendo— el país hermano por otro de los cada vez más frecuentes desastres naturales que propicia el cambio climático, y el relato de Luis nos brinda nueva luz sobre ello.

Esperamos que todas estas contribuciones ayuden a ampliar la relevancia de la parcela biosanitaria dentro del marco general de la interpretación. La realidad reflejada por los autores participantes lleva a considerar, entre otros aspectos, la necesidad de contar con códigos éticos de referencia y con elementos formativos que incidan en la preparación psicológica del intérprete para afrontar los retos del entorno sanitario con garantías, tanto para la prestación eficaz del servicio, como para garantizar una continuidad sustentada en profesionales estables. Las carencias de referencias bibliográficas en el ámbito en que se encuadra este monográfico —todavía existentes a pesar de una paulatina mejora— se verán ahora ampliadas por unos análisis de la realidad profesional que permiten delimitar un número considerable de nuevos conceptos, entornos y necesidades.

Referencias bibliográficas

- Bischoff, A. (2016): «Review of *Bilingual health communication: Working with interpreters in cross-cultural care* by Elaine Hsieh», *Interpreting*, 19 (2): 299-304.
- Creezee, I. & Grant, L. (2016): «Thrown in the deep end: Challenges of interpreting informal paramedic language», *Translation and Interpreting: The International Journal for Translation and Interpreting Research*, v. 8, núm. 2. <www.trans-int.org> [consulta: 10.XII.2017].
- Félix Fernández, L. & Ortega Arjonilla, E. (1998): *Traducción e interpretación en el ámbito biosanitario*. Comares: Granada.
- Gallai, F. (2012): «The judge, the doctor, the immigration officer and the interpreter. Community interpreter's role perception – a Polish perspective», *The Interpreters' Newsletter*, 17: 139-156.
- Hokkanen, S. (2017): «Analyzing personal embodied experiences: Autoethnography, feelings and fieldwork», *Translation and Interpreting: The International Journal for Translation and Interpreting Research*, v. 9, núm. 1. <www.trans-int.org> [consulta: 10.XII.2017].
- Hsieh, E. (2016): *Bilingual health communication: Working with interpreters in cross cultural care*. Routledge: Londres y Nueva York.
- Kalina, S. (2009): «Dolmetschen im Wandel - neue Technologien als Chance oder Risiko», *Tagungsband der internationalen Fachkonferenz des Bundesverbandes der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ)*, Berlín, pp. 393-401.
- Krystallidou *et al* (2018): «Training doctor-minded interpreters and interpreter-minded doctors. The benefits of collaborative practice in interpreter training», *Interpreting*, 20 (1): 127-146.
- Martin, A. & Jiménez Serrano, O. (1998): «The influence of external factors in the interpretation of biomedical discourse», en Félix Fernández, L. & Ortega Arjonilla, E. (1998): *Traducción e interpretación en el ámbito biosanitario*. Comares: Granada, pp. 339-352.
- Porlán, R. (2017): *Elaboración de unidades didácticas específicas para la formación de intérpretes de conferencias mediante la integración de material multimedia procedente de la realidad profesional*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Russell, D. & Dunkley, J. (2015): «Interview with a trailblazer», *International Journal of Interpreter Education* 7 (1): 84-89.
- Stoll, C. (2009): *Jenseits simultanfähiger Terminologiesysteme*, Wvt Wissenschaftlicher Verlag: Tréveris.
- Torres-Hostench, O., Moorkens, J., O'Brien, S., Vreeke, J. (2017): «Testing interaction with a mobile MT postediting app», *Translation and Interpreting: The International Journal for Translation and Interpreting Research*, v. 9, núm. 2. <www.trans-int.org> [consulta: 10.XII.2017].



Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Raquel Lázaro Gutiérrez* y Jesús Manuel Tejero González**

Resumen: Los servicios públicos (sanitarios, educativos, administrativos) deben atender a personas que no dominan el castellano, superando barreras producidas por las diferencias culturales y lingüísticas entre usuario y proveedores de servicios. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) mantiene desde el 2007 un «programa de interculturalidad» (interpretación telefónica multilingüe, guías multilingües para pacientes, mediación intercultural y formación de profesionales). Aunque varios de estos proyectos se interrumpieron en 2011 por dificultades presupuestarias, el programa de formación de profesionales, se ha mantenido sin interrupción hasta la actualidad. En este artículo se presentan las características de ese programa, en el que está participando activamente la Universidad de Alcalá.

Palabras clave: accesibilidad de la atención sanitaria, calidad asistencial, interculturalidad, interpretación, mediación.

Interculturality and cultural mediation in health care settings: description of the implementation of an intercultural mediation programme in the health care service of Castilla-La Mancha

Abstract: Public service providers in the health care, education and administrative settings must assist people who do not speak Spanish to overcome barriers caused by cultural and linguistic differences between users and themselves. The Health Service of Castilla-La Mancha developed an intercultural program in 2007 that included multilingual telephone interpreting, multilingual patient guides, intercultural mediation and professional training. Although several of these projects were discontinued in 2011 due to budget constraints, the professional training program has continued uninterrupted to the present. This article presents the characteristics of this program, in which the University of Alcalá is actively participating.

Keywords: health care accessibility, interculturality, interpretation, mediation, quality of care.

Panace@ 2017; 18 (46): 97-107

Recibido: 27.IX.2017. Aceptado: 06.XII.2017.

1. Introducción

La realidad social actual nos ofrece un panorama de diversidad y multiculturalidad. Los movimientos de población son cada vez más masivos, frecuentes y variados, por lo que en un mismo entorno ya no es raro observar la convivencia de personas provenientes de gran multitud de naciones. Los distintos servicios públicos (sanitarios, educativos, administrativos, etc.) están, como no podría ser de otro modo, a disposición de todas y cada una de las personas que habitan estos entornos multiculturales, pero se ven en la situación de tener que enfrentarse a un gran reto: superar barreras de acceso que tienen su causa precisamente en las diferencias culturales y lingüísticas que existen entre usuarios y profesionales de las entidades proveedoras de servicios.

En este artículo nos centraremos en la dimensión cultural de estas barreras. Para ello, comenzaremos por realizar una revisión de los conceptos teóricos relacionados con la cultura, la interculturalidad y la mediación intercultural para posterior-

mente describir la experiencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) en su esfuerzo por garantizar una atención de calidad para los usuarios inmigrantes. Entre las medidas tomadas se encuentra la puesta en marcha de un completo servicio de mediación, la formación del personal sanitario en competencias interculturales y la contratación de un servicio de interpretación telefónica y mediación intercultural presencial.

2. Contextualización y marco teórico

2.1. Cultura y multiculturalismo

«[...] no soy, no hay yo, siempre somos nosotros... muestra tu rostro al fin para que vea mi cara verdadera, la del otro, mi cara de nosotros...». (Octavio Paz, *Piedra de sol*)»

El concepto de cultura es uno de los fundamentos de la ciencia de la antropología. Resulta muy difícil, sin embargo,

* Universidad de Alcalá, Grupo FITISPos-UAH.

** D.G. de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de C. La M. Contacto: mtejero@jccm.es.

establecer una definición que no pueda ser cuestionada por algún grupo o escuela dentro de la comunidad científica, dado que es un concepto muy cargado de ideología y los científicos no pueden prescindir de sus propios valores ideológicos. Malgesini y Giménez citan varias definiciones, en distintas épocas, desde el nacimiento de la antropología como ciencia hasta nuestros días, como la siguiente, de Tylor, formulada en 1860:

[...] aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad (Malgesini y Giménez, 2000: 83-90).

Tylor está considerado como uno de los fundadores de la antropología cultural (Edward Burnett Tylor, 1832-1917), pero durante el siglo XIX, la antropología todavía no estaba libre del etnocentrismo de la sociedad europea occidental (quizá deberíamos decir británica) que se consideraba superior al resto de las formaciones sociales. Hoy sabemos que cada cultura tiene sus propias características específicas, y que no hay culturas superiores a otras. Plog y Bates (1980: 19), por ejemplo, definen la cultura como «el sistema de creencias, valores, costumbres, conductas y artefactos compartidos, que los miembros de una sociedad usan en interacción entre ellos mismos y con su mundo, y que son transmitidos de generación en generación a través del aprendizaje».

La diversidad humana es un valor positivo y constituye una oportunidad de intercambio y enriquecimiento. El *multiculturalismo* promueve la no discriminación por razones de origen étnico o cultural, el reconocimiento de las diferencias culturales y el derecho a ellas de todos los seres humanos (Dietz y Segura, 2007). Surgió como un modelo de políticas públicas, en países en los que la convivencia entre ciudadanos de distintos orígenes culturales tiene ya varios siglos de antigüedad, como en el Reino Unido o en Holanda, debido al intenso intercambio comercial, y como una filosofía o pensamiento social de reacción frente a la uniformización cultural en tiempos de globalización.

Rex (2002) señala el papel destacado del multiculturalismo en el conjunto de las preocupaciones de la Unión Europea y explica de qué manera se han desarrollado políticas en torno a este concepto. Desde los años 50 hasta nuestros días, se ha pasado por una preocupación en torno al asentamiento de inmigrantes en Europa occidental, el reconocimiento de minorías sub-nacionales (particularmente las surgidas tras la desintegración de la URSS), la gestión de un número creciente de refugiados y solicitantes de asilo e, incluso, «los peligros derivados de la presencia de grupos de inmigrantes considerados inasimilables» (Rex, 2002: 29, haciendo referencia a grupos terroristas).

El multiculturalismo se ha concebido como una oposición a la tendencia presente en las sociedades modernas hacia la unificación y la universalización cultural —asimilacionismo— que celebra y pretende proteger la variedad cultural, al tiempo que se centra en las frecuentes situaciones de desigualdad y falta de equidad de las minorías respecto a las cul-

turas mayoritarias. En el campo de las políticas sociales para la inmigración, la polémica sobre la integración estriba en su confusión con la asimilación o en un uso erróneo del término. Contrariamente a la asimilación, la integración alude al proceso sociocultural interactivo fundado sobre la interdependencia, la confrontación, el intercambio, la igualdad. Es, pues, el proceso gradual mediante el cual los nuevos residentes se hacen participantes activos de la vida económica, social, cívica y cultural del país de acogida. En un proceso de integración, cada persona conserva su identidad y su originalidad, al contrario de lo que ocurre con la asimilación, que implica sumisión y una identificación completa al cuerpo social dominante. La integración pone énfasis en una relación dinámica entre el inmigrante o los grupos de inmigrantes y la sociedad de recepción. Supone el reconocimiento de los valores de cada grupo, así como la puesta en marcha de condiciones para que estos puedan enriquecerse mutuamente. El «otro» es reconocido en su diferencia, así como en su igualdad de derechos y deberes para aportar y enriquecer al conjunto social.

2.2. Interculturalidad, comunicación intercultural y competencia intercultural

La noción de interculturalidad introduce una perspectiva dinámica de las culturas y pretende disminuir los riesgos de esencialismos, etnicismos y culturalismos. Se centra en el contacto y la interacción, la mutua influencia, el sincretismo, el mestizaje cultural, es decir, en los procesos de interacción sociocultural cada vez más intensos y variados en el contexto de la globalización económica, política e ideológica y de la revolución tecnológica de las comunicaciones y los transportes. Pero, ¿cómo se puede construir una nueva síntesis cuando los grupos que deben participar en el proceso de mutuo enriquecimiento cultural, es decir, las mayorías y las minorías son también dominantes o dominados? Amin Maalouf ha planteado este problema referido a los inmigrantes de cultura islámica en Europa:

Es con ese espíritu con el que me gustaría decirles primero a los “unos”: “cuanto más os impregnéis de la cultura del país de acogida, tanto más podréis impregnarlo de la vuestra”; y después a los “otros”: “cuanto más perciba un inmigrado que se respeta su cultura de origen, más se abrirá a la cultura del país de acogida (Maalouf, 1999: 20).

Según Millán (2004: 87) «La interculturalidad se refiere a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura». A esto lo llamaremos «comunicación intercultural», que es un proceso simbólico en el que personas de diferentes culturas crean significados compartidos. Se produce cuando existen importantes diferencias culturales que dan lugar a interpretaciones y expectativas diferentes acerca de cómo comunicarse de manera competente. Diremos que una persona —o un grupo, una institución o una organización— es competente en comunicación intercultural cuando se comunica con personas o instituciones de diferentes culturas en el contexto adecuado, de forma efectiva e idó-

nea, teniendo en cuenta los conocimientos y las motivaciones del otro, o de los otros, y suscitando el reconocimiento o el comportamiento deseado.

Por otro lado, la competencia intercultural es contextual. No es independiente de las relaciones y situaciones en las que se produce la comunicación y no es una cualidad del individuo, sino más bien una característica del proceso de comunicación: de la interacción y la relación entre individuos (Young, 1996). Las primeras formulaciones de la interculturalidad, como propuesta de actuación, surgieron en el campo educativo. De hecho, en las últimas décadas del siglo XX estamos asistiendo a un cambio de paradigma: de la educación «multicultural», a la «interculturalidad», apreciándose ya una verdadera integración de culturas (Coulby, 2006).

En el ámbito de la atención sanitaria, diremos que un profesional, o un servicio, hospital, centro de salud, etc., es “competente en interculturalidad” si los pacientes y usuarios que proceden de culturas minoritarias —no dominantes—, por motivo de inmigración, minoría étnica, u otro cualquiera, reciben la información y la orientación que realmente necesitan, en términos comprensibles para ellos, acordes con sus valores, sus creencias y sus costumbres, de forma que puedan realizar las conductas necesarias para seguir las pautas terapéuticas, o adquirir hábitos de comportamiento saludables, y beneficiarse, así, en términos equitativos respecto a las personas de la cultura mayoritaria, de la atención sanitaria que reciben. El Consejo de Europa, en el *Libro Blanco sobre el Diálogo Intercultural*, cita a los profesionales de los servicios sanitarios entre aquellos que deben ser competentes para que los encuentros con personas de minorías culturales o lingüísticas sean productivos, y menciona explícitamente que deben ser capaces de recurrir a la interpretación si es necesario (2008: 41).

2.3. Atención sanitaria a población inmigrante

En el proceso de adaptación de las personas migrantes al país de acogida intervienen diferentes factores, entre ellos: las políticas migratorias de los estados receptores, los niveles de aceptación de la población y la influencia social y cultural de la comunidad de los inmigrantes. Cuanto mayores sean las diferencias entre las características de la sociedad de origen y la de acogida, mayor será el riesgo psicosocial para las personas, y mayor la probabilidad de que aparezcan conflictos sociales y trastornos psicológicos o somáticos en los inmigrantes (Martínez-Otero, 2002).

Las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios sanitarios de las personas inmigrantes se han estudiado ya en profundidad (Sundquist, 2001; Gijón-Sánchez *et al.*, 2006; Wekers, 2009; Jiménez-Rubio y Hernández-Quevedo, 2011; Bjegovic-Mikanovic, 2014). A continuación damos unas pinceladas que resumen los resultados de estas investigaciones.

Las condiciones de salud de los inmigrantes, desde su llegada al país de acogida, pasan por distintas etapas. En un primer momento, los factores determinantes serían las particularidades de cada país de origen (hábitos alimenticios, rasgos culturales, salud materno-infantil, déficits en la educación sanitaria, en el control preventivo de los alimentos, factores

de riesgo ambiental, dificultades para acceder a la atención sanitaria, etc.). Aunque la inmensa mayoría de los inmigrantes económicos son jóvenes y, por lo general, están en buen estado de salud —sencillamente porque aquellos que no lo están no son capaces de vencer las enormes dificultades para llegar a España— el agotamiento físico y emocional, el hacinamiento y las malas condiciones en la vivienda y el trabajo pueden afectar gravemente a su salud. Posteriormente, pueden aparecer enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, no solo porque los inmigrantes recién llegados sean portadores de infecciones (Serre-Delcor *et al.*, 2017) sino también por las malas condiciones de vida en el país de acogida, trastornos nutricionales, incumplimiento de tratamientos farmacológicos, o falta de seguimiento y control de los embarazos (Sánchez-Montalbá *et al.*, 2017).

La incorporación al sistema sanitario público de un número considerable de inmigrantes que provienen de contextos culturales diferentes supone un reto importante para la organización de los recursos sanitarios y de los servicios sociales. La representación cultural de la salud, los hábitos saludables, las ideas sobre la enfermedad y la curación difieren entre las diversas culturas que conviven en las sociedades pluriculturales, lo que hace necesario que los sistemas de salud —y sus profesionales— adquieran las competencias adecuadas para que las diferencias no se conviertan en barreras que dificulten el acceso a la atención sanitaria.

En un estudio llevado a cabo durante la primera década de este siglo sobre la atención sanitaria a la población inmigrante en España se encontraron los siguientes resultados (Jansá y García de Olalla, 2004):

- Salud mental: La migración no supone mayor riesgo de presentar trastornos mentales, aunque sí se pueden presentar trastornos adaptativos como consecuencia de las situaciones de estrés intenso y prolongado al que están sometidas estas personas.
- Salud materno-infantil: durante la última década del siglo XX se observó un aumento de la tasa de natalidad en el área de salud de Barcelona como consecuencia del aumento de nacimientos de madres no españolas. En las madres subsaharianas se observó una proporción mayor de bebés de bajo peso al nacer y pretérmino que en el resto de las madres no españolas.
- Salud bucodental. Los niños procedentes de la inmigración presentaban déficits en la higiene dental y alteraciones de los hábitos alimenticios. También se observó que estas familias tienen mayores dificultades para que los niños reciban la atención bucodental que precisan, dado que estas prestaciones son escasas en la atención primaria pública.
- Vacunaciones. Existen calendarios vacunales diferentes en los distintos países de origen. Por otra parte, se han detectado déficits de vacunación en algunos colectivos, recomendándose una revisión completa del calendario de vacunaciones de los niños procedentes de la inmigración.

- Enfermedades de transmisión sexual. A pesar del aumento de mujeres y hombres de origen inmigrante que practican la prostitución, las fuentes citadas en este estudio encontraron que las tasas de infección por VIH entre la población autóctona que practicaba la prostitución y la población inmigrante eran similares.

En el año 2000, en un estudio del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT, 2000), se encontró que en algunas zonas del país descendían los casos en la población autóctona y aumentaba entre las personas inmigrantes, lo que posiblemente esté relacionado con las condiciones de hacinamiento y falta de higiene en las que pueden vivir las personas inmigrantes, sobre todo durante los primeros meses después de su llegada. Pese a todo esto, y pese a la creencia popular de que la población inmigrante «abusa» de los recursos sanitarios, los datos indican que la atención hospitalaria a este colectivo es menos costosa que a la población autóctona, hecho posiblemente relacionado con su juventud y el buen estado de salud previo de este colectivo (Cots *et al.*, 2002; Hernando *et al.*, 2009).

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, excluyó a las personas inmigrantes sin permiso de residencia del derecho a la atención sanitaria, salvo en situaciones especiales (urgencias, seguimiento del embarazo y atención al parto y menores que precisaran atención sanitaria).

En el informe presentado por la Defensora del Pueblo a las Cortes Generales en el año 2014 se dice:

Algunas quejas ante el Defensor del Pueblo ponen de manifiesto que, en supuestos de enfermedades crónicas y padecimientos graves, la atención al referido colectivo de personas se limita a episodios agudos y se dispensa exclusivamente en servicios específicos de urgencias, sin la debida continuidad asistencial en otros ámbitos (atención primaria y atención especializada), con la consecuencia de que, tras la interrupción de los tratamientos surgen, con frecuencia, nuevos episodios que obligan a acudir otra vez a urgencias (2014: 297).

En algunas Comunidades Autónomas se ha restituido el derecho de las personas inmigrantes sin permiso de residencia a la atención sanitaria, en igualdad de condiciones con la población española. En Castilla-La Mancha, la *Orden de la Consejería de Sanidad de 9 de febrero de 2016* extendió la cobertura de la asistencia sanitaria pública, con cargo al SESCAM, a las personas extranjeras que residan de forma irregular en cualquier municipio de la región.

Pero el problema del acceso a la atención sanitaria de la población inmigrante no afecta solamente a las personas en situación irregular. Además de las barreras legales o administrativas, existen otras, las barreras culturales, que también pueden dificultar, y hasta impedir, que las personas que no comparten la «cultura mayoritaria» accedan a la atención que precisan (Vázquez *et al.*, 2014).

2.4. Mediación intercultural

La mediación intercultural es una variedad o modalidad de la mediación social; son ya muy conocidos los distintos ámbitos y contextos en que se viene aplicando la mediación social: en la familia, en el sistema judicial, en conflictos laborales, en la práctica pedagógica (Six, 1997). Estos campos no están desconectados, sino que se solapan unos con otros. La mediación intercultural procede del desafío de las migraciones internacionales y la configuración de nuevas comunidades y grupos interétnicos. Nos encontramos ante un nuevo ámbito extremadamente particular en cuanto a que introduce la variante cultural, esto es, un conjunto de factores étnicos, lingüísticos, religiosos... que afectan profundamente a la relación entre las partes involucradas, a su percepción del conflicto y a sus salidas posibles, a la comunicación o incomunicación entre ellas.

Entendemos la mediación intercultural o mediación social en contextos pluriétnicos o multiculturales, como la modalidad de intervención de terceras partes en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento de la otra persona o grupo y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional etnoculturalmente diferenciada (Gimeno, 2006; Ortí *et al.*, 2008; Valverde-Jiménez, 2013).

En el ámbito sanitario, la mediación lingüística e intercultural facilita la comunicación entre los profesionales del ámbito sanitario y las personas inmigrantes. Es un apoyo para resolver los posibles conflictos que pueden surgir asociados a barreras culturales y lingüísticas, para facilitar la información a los pacientes y conseguir una buena comunicación mutua, la adherencia al tratamiento, y una buena relación terapéutica. La *Ley 1/2015, de 12 de febrero, del Servicio Regional de Mediación Social y Familiar de Castilla-La Mancha*, entre los conflictos que serían objeto de mediación social o familiar, incluye «los conflictos surgidos en el ámbito sanitario, estableciendo contextos de diálogo que promuevan una mejor relación interpersonal entre las partes» (Art. 3 g).

2.5. Interpretación en el ámbito sanitario

En España conviven mediadores interculturales e intérpretes sanitarios y ambas figuras se ocupan de facilitar la comunicación entre proveedores de servicios y usuarios con dominio limitado de la lengua del país de acogida. Teóricamente, los intérpretes en el ámbito sanitario se limitan a trasladar la información manteniéndose en un rol neutral y fieles al texto origen, mientras que los mediadores abordan una cantidad mayor y más diversa de tareas, como proporcionar al personal sanitario información sobre particularidades culturales de los pacientes, guiar a los pacientes sobre el funcionamiento del sistema sanitario y las prestaciones que ofrece, participan en actividades de promoción de la salud, e incluso median en casos de conflictos con origen cultural (Vargas Urpí, 2013). Los mediadores, por lo tanto, pueden intervenir con voz propia (García Beyaert y Serrano Pons,

2009) y parte de su trabajo es asegurarse de que ambas partes ven satisfechas sus expectativas (Sales Salvador, 2014).

En la práctica, las diferencias entre mediadores e intérpretes en el ámbito sanitario son difusas y es frecuente que estas dos profesiones se confundan (Lázaro Gutiérrez, 2014), algo que puede sugerir un bajo grado de profesionalización o de aceptación de estas nuevas figuras profesionales por parte de la sociedad y de las comunidades con las que trabajan. Independientemente del nombre que reciban, hoy en día se espera que una misma persona sea capaz de desempeñar ambas tareas (interpretación y mediación) adecuándose a los contextos cambiantes del ámbito sanitario. De este modo, podemos encontrar intérpretes aportando aclaraciones sobre aspectos culturales y mediadores trasladando mensajes de una lengua a otra (aunque no se debe olvidar que los mediadores interculturales no tienen por qué conocer más de una lengua y, como ejemplo, podemos traer a colación a aquellos que median entre las etnias gitana y paya de España). Dadas estas mezcolanzas e indefiniciones, algunos autores han propuesto el término “mediador interlingüístico e intercultural, MILIC” (CRIT, 2014) para hacer referencia a esta nueva figura profesional.

3. El programa de interculturalidad del SESCAM

Este programa se inició en el año 2007, dentro de la Estrategia de Confortabilidad, en el marco de la cual se establecía que:

Se tendrán establecidos los medios y mecanismos que faciliten la comunicación entre profesionales y usuarios de habla no hispana, tales como servicios de interpretación telefónica, software informático multilingüe, guías, protocolos y documentos de consentimiento informado multilingües, y cualquier instrumento que posibilite la comunicación y el entendimiento entre los actores del proceso de atención (SESCAM, 2008: 85).

Desde octubre de 2007 hasta diciembre de 2012, y gracias a un convenio de colaboración entre el SESCAM, Médicos del Mundo y la Universidad de Castilla-La Mancha, vino funcionando un servicio de mediación social intercultural en las Áreas Sanitarias de Toledo y Talavera de la Reina, que se extendió en 2009 a las Áreas de Alcázar de San Juan y Tomelloso (Bleda y Simón, 2007). El objetivo de este servicio era favorecer la integración de la población inmigrante en nuestra comunidad, así como facilitar la comunicación y el buen entendimiento entre los profesionales sanitarios y las personas inmigrantes a través de esas actuaciones de mediación lingüística e intercultural.

El servicio de mediación se prestaba de forma programada mediante cita previa, y de forma presencial y/o por contacto telefónico. El horario de atención era de lunes a viernes, de 8 a 15 horas. Este servicio cosechó un gran éxito, que se reflejó en el progresivo incremento en la actividad que se registró desde la puesta en marcha de este servicio, que pasó de atender a 710 personas en 2008 a las más de 2000 atendidas el año 2011 (se triplicó el número de usuarios).

En la evaluación que se realizó de este servicio, se encontró que el 71 % de las personas atendidas fueron mujeres, en clara relación con el principal ámbito de actuación en el servicio de mediación intercultural: el materno-infantil. En el momento de la intervención la mayoría se encontraba desempleada y era de origen magrebí. Este colectivo suele ocuparse de las tareas del hogar, máxime si tiene hijos a su cargo. Por esta razón las mujeres magrebíes tienen menos posibilidades de aprender castellano, conocer el funcionamiento de las distintas administraciones y, en definitiva, de integrarse en la sociedad.

Es en este contexto donde la mediación favorece el entendimiento, evitando interpretaciones erróneas. La percepción del profesional sanitario que ha protagonizado o participado en una intervención de mediación es que resultan eficaces y de gran utilidad. Aparentemente, la mediación hace necesario más tiempo, del que los profesionales andan muy escasos, pero merece la pena, porque al vencerse las barreras, mejora la adherencia al tratamiento y el número de intervenciones es menor.

Aunque durante el periodo señalado se realizaron un total de 2054 actuaciones con usuarios inmigrantes, las intervenciones profesionales llevadas a cabo con ellos superan las 15000, estando relacionadas con tareas de mediación intercultural, información y asesoramiento, o acompañamiento, entre otras. Un aspecto fundamental del trabajo de las mediadoras interculturales era la información y asesoramiento al paciente inmigrante sobre el funcionamiento del sistema sanitario (trámites para acceder a la tarjeta sanitaria, acompañamiento educativo por el centro u hospital correspondiente, etc.). El mayor número de intervenciones se registraron en los centros de Atención Primaria de Toledo, seguido del Hospital Virgen de la Salud.

En la actualidad (diciembre de 2017), la Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria, dentro del Plan de Humanización, se ha propuesto instaurar de nuevo el servicio de «interpretación telefónica y mediación (presencial) intercultural», mediante concurso público, que se convocará en fecha próxima.

En los apartados sucesivos se describirá cómo se prestaban estos servicios de mediación.

3.1. Inicio de la intervención

Para poner en marcha un servicio de mediación es necesario comprobar si existe demanda. Para ello se tienen en cuenta los siguientes criterios:

1. Hay dos partes implicadas: la demanda viene por una de las partes, bien por el paciente o el cuidador o la cuidadora, bien por el profesional del ámbito sanitario, pero ambas están involucradas y aceptan la intervención de la mediación sin ser coaccionadas para ello.
2. Las partes tienen identidades culturales diferentes y un determinado grado de conocimiento y también, en la mayoría de los casos, de desconocimiento respecto de la otra; sus actitudes están condicionadas positiva

o negativamente por estereotipos, temores y posicionamientos etnocéntricos, así como una distinta percepción del binomio enfermedad-salud y unas diferentes expectativas sobre las consecuencias de la enfermedad y, en su caso, de la resolución del conflicto.

3. La base de la demanda es un problema social y sanitario relacionado con el binomio salud-enfermedad, y de la actuación se espera que se derive una mejora de la situación del paciente y se facilite la intervención del profesional sanitario.
4. La intervención de los mediadores, entendida como un proceso y no solo como una acción puntual, completa o apoya la intervención de otros profesionales del ámbito sanitario, pero no la sustituye.

En el modelo que se aplicó en el SESCAM, las funciones que realizaban los mediadores eran muy variadas y abarcaban multitud de tareas. Su tarea fundamental era realizar mediaciones interculturales, pero también llevaban a cabo traducciones e interpretaban. La mediación no solo se limitaba a las interacciones que tenían lugar en la consulta, sino que se incluían todas las situaciones comunicativas en que fuera necesario un apoyo para la resolución de conflictos y dificultades de comunicación de origen lingüístico o cultural entre las personas inmigrantes y los profesionales sanitarios o no sanitarios del SESCAM. Además, los mediadores proporcionaban asesoramiento a la población inmigrante sobre el funcionamiento y la utilización adecuada de los recursos del sistema de salud, participaban en el seguimiento y la derivación de los casos y daban apoyo en el desarrollo de talleres de educación para la salud.

Las actuaciones se llevaban a cabo en atención primaria, atención urgente, hospitalaria y consultas externas de atención especializada del área de Salud de Talavera de la Reina y Toledo. Para que se produjera la intervención, el paciente o usuario debía aceptar de forma expresa la mediación, tras ser informado verbalmente por el mediador. El profesional sanitario responsable anotaba en la historia de salud o en la historia clínica, según tuviera lugar la intervención en el nivel de atención primaria o el de atención especializada, que se realiza la mediación.

3.2. Dificultades detectadas

Durante el funcionamiento del programa, mediante un estudio cualitativo utilizando técnicas de grupo de discusión, se detectaron una serie de dificultades que se pueden agrupar en dos grandes bloques: las dificultades encontradas por el personal sanitario y las encontradas por parte de pacientes y familiares (Bleda y Simón, 2010:67). Se trata de dificultades que afectaban a la comunicación efectiva con los pacientes y, consecuentemente, a los resultados sobre el estado de salud de los mismos, y que se solventaron, al menos en parte, con la ayuda de los mediadores del programa.

3.2.1. Dificultades del personal sanitario

Entre las dificultades que se le plantearon al personal sanitario se encuentra, en primer lugar, la barrera idiomática.

Al desconocer la lengua del paciente, era de importancia crítica contar con los servicios de un profesional que realizara la interpretación e incluso tradujera a la vista algunos documentos que se aportaban en la consulta. Sin embargo, pese a ser la principal y más inmediata necesidad, el personal sanitario también se enfrentaba al desconocimiento de la situación sociopersonal del paciente. Con la ayuda de la información facilitada por los mediadores directamente o mediante preguntas al paciente a través de ellos se logró una mejor comprensión.

El personal sanitario sufre hoy en día una permanente falta de tiempo en la consulta (apenas cuenta con tres minutos para cada paciente). Esto hace especialmente complicado que pueda dedicarle una atención especial a pacientes que lo necesiten, como los pacientes inmigrantes, sin retrasar el horario de visitas. Del mismo modo, no existe un tiempo que los miembros del personal sanitario tengan entre las consultas para poder coordinarse con otros miembros del equipo, entre los que se encuentran los mediadores. Si bien, como hemos mencionado antes, las consultas mediadas duran ligeramente más tiempo que las consultas con pacientes autóctonos, merece la pena señalar que son más cortas y efectivas (reducen el número de visitas posteriores) que aquellas con pacientes inmigrantes en las que no interviene ningún mediador.

Los factores culturales también pueden suponer una importante barrera de comunicación. Por ejemplo, el personal sanitario señala las diferencias que existen sobre la exteriorización de la enfermedad según la cultura de origen del paciente. En ocasiones encontramos pacientes que no son conscientes de la necesidad de acudir a los servicios sanitarios (tómense como ejemplo las consultas de seguimiento del embarazo) y otras veces hay pacientes que le dan una importancia excesiva a alguna dolencia y acuden directamente a urgencias o intentan ir a un especialista sin haber visitado previamente al médico de familia. Por otro lado, la descripción de una dolencia puede variar enormemente entre personas procedentes de distintas culturas. Por ejemplo, un anglohablante puede indicar que tiene quemazón en el corazón cuando en realidad tiene ardores de estómago, o un paciente chino puede describir su estado de salud con numerosas referencias a aquello que ha comido o incluso que ha soñado en vez de remitirse únicamente a sus síntomas. Sin la intervención de un mediador es muy difícil resolver estas dificultades, ya que este suele ser el único participante en la conversación que cuenta con información sobre ambas culturas y puede darse cuenta de posibles malentendidos.

Por último, el personal sanitario mostró una gran preocupación y frustración ante las consecuencias de la mala comunicación con sus pacientes, a saber, la falta de seguimiento de los tratamientos, que se traduce en la falta de asistencia a citas posteriores o la toma de medicación de manera errónea, entre otros aspectos. Muchas veces queda la sensación entre el personal sanitario de que han logrado hacerse entender con el paciente inmigrante. Sin embargo, este suele abandonar la consulta con grandes dudas. A veces, por no haberse enterado correctamente de que tenía que volver a la consulta, o por no saber cuándo o cómo pedir cita, o incluso por no querer repetir la experiencia, el paciente inmigrante no vuelve a consul-

tas de seguimiento. Esto, junto con los ya frecuentes errores sobre cómo, cuándo y con qué frecuencia tomar la medicación prescrita, constituye un gran riesgo tanto para la salud del paciente inmigrante como para la de la población general (cuando estamos tratando con enfermedades infecciosas).

3.2.2. Dificultades de pacientes y familiares

Como en el caso del personal sanitario, los pacientes y familiares, en primera instancia, encuentran barreras idiomáticas a la hora de comunicarse con el personal de los servicios sanitarios (tanto personal sanitario como personal administrativo y de servicios). A esta gran barrera se le une el desconocimiento del sistema de salud, que forma parte del acervo cultural del país de acogida. Afortunadamente, los mediadores pueden atajar ambos problemas con su intervención, cuando realizan tareas de interpretación y cuando median entre ambas partes y proporcionan información sobre aspectos desconocidos para alguna de ellas.

Como cualquier otro paciente, los inmigrantes desconocen la enfermedad y sus consecuencias y pueden tener dificultades a la hora de asumir que están enfermos. Si a esto sumamos el estado de estrés (Achótegui, 2002) en que se encuentran debido a que no conocen la lengua de la interacción en consulta ni el funcionamiento del sistema sanitario, podemos comprender de qué modo se agrava el problema.

Por otro lado, debido a sus dificultades socioeconómicas, a veces surgen problemas a la hora de adquirir la medicación (por falta de medios económicos e incluso por desconocimiento sobre dónde y cómo se adquiere) y seguir y mantener el tratamiento (por problemas comunicativos, condiciones laborales precarias, falta de medios económicos, desconocimiento sobre los recursos que proporciona el sistema de salud, etc.).

Como última dificultad señalaremos la soledad y la falta de apoyo familiar de algunos inmigrantes que vienen a nuestro país dejando toda su familia atrás. Esta soledad no solo agrava la situación emocional del paciente, sino que le despoja de una ayuda fundamental a la hora de hacerse cargo de sí mismos y de sus obligaciones.

3.3. Desarrollo de la intervención

Las actuaciones en mediación no se limitan, como ya se ha mencionado anteriormente, a la interpretación y mediación en consulta, sino que abarcan un ámbito mucho más amplio. En los siguientes apartados se describen distintas fases de la intervención o actuación en mediación.

3.3.1. Entrevistas

Al recibir la demanda (de un profesional, de un paciente o de un familiar) se recogen los datos de identificación en la primera entrevista, siempre con autorización verbal informada de los pacientes o en su caso del familiar de quien esté a cargo, con fines estadísticos de evaluación del funcionamiento de servicio, cumpliendo lo establecido en la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*.

Coordinación con los profesionales sanitarios para compartir información verbal general y básica sobre la enferme-

dad, con el consentimiento verbal del o de la paciente. El acceso de los mediadores o mediadoras a la documentación de la historia clínica, si resultara necesaria para la intervención, requerirá la autorización por escrito del paciente, que quedará incorporada a la historia clínica.

El mediador o mediadora se asegurará de que el o la paciente ha recibido y comprendido la información adecuada sobre los siguientes aspectos:

- Qué es la enfermedad (identificación del proceso patológico) y qué consecuencias puede tener.
- Tratamiento general propuesto por el profesional sanitario, las alternativas posibles, riesgos y consecuencias de las intervenciones.
- Implicación para las personas que conviven con pacientes.
- Importancia del seguimiento del tratamiento.

Se utilizan folletos informativos sencillos, avalados por los profesionales sanitarios del SESCAM, traducidos al rumano y al árabe, o a cualquier otro idioma, cuando se incorporan nuevos mediadores procedentes de otros ámbitos culturales.

3.3.2. Identificar los componentes del conflicto

Cada intervención es distinta en función de las necesidades de las partes entre las que se media. De este modo, si las partes no comparten una lengua vehicular, será necesario realizar interpretaciones y traducciones a la vista de certificados, informes médicos u otros documentos de interés para ambas partes. Sin embargo, podemos encontrar muchas más necesidades y puede ser conveniente realizar entrevistas individuales con los pacientes para informarles sobre su enfermedad, o entrevistas con la familia del paciente también con fines informativos. Estas entrevistas pueden realizarse con diferentes profesionales, incluso fuera del centro sanitario (por ejemplo, una trabajadora social de los servicios sociales básicos), con la participación del mediador. Algunas de las necesidades cubiertas por este tipo de intervenciones serían las siguientes:

- Empadronamiento: información-traducción sobre los requisitos, mediación institucional con el Ayuntamiento si se precisa.
- Tarjeta sanitaria: mediación-coordinación institucional con el SESCAM, información-traducción a población inmigrante sobre los trámites, apoyo a profesionales de las unidades administrativas para traducción.
- Recursos económicos: derivación-coordinación con trabajador social del ámbito sanitario y servicios sociales.
- Trámites de Extranjería: derivación-coordinación con entidades sociales, y servicios sociales.

3.3.3. Seguimientos de los casos

Para realizar el seguimiento de los casos es de suma importancia la coordinación con el profesional sanitario implicado en el caso para informar de las actuaciones posteriores

a la entrevista diagnóstica inicial (por ejemplo, resultados de pruebas diagnósticas, modificación de la terapéutica prescrita, etc.). Esto se lleva a cabo preferiblemente de forma presencial, aunque si esto no es posible se puede hacer a través de informaciones escritas.

Mediante entrevistas telefónicas o personales se lleva a cabo un seguimiento programado de otras actuaciones, como el acompañamiento al paciente, si procede y de forma puntual, a revisiones médicas. De este modo, el miembro del personal sanitario que está a cargo del paciente contacta con el mediador que ya ha participado en el caso, encarga el trabajo (acompañamiento, por ejemplo), y vuelve a contactar con el mediador una vez finaliza el encargo para conocer cómo se ha desarrollado la actuación.

Para garantizar la calidad, se desarrollan sesiones informativas quincenales en los locales de Médicos del Mundo, en las que participan el equipo técnico del servicio, la trabajadora social especialista en Mediación Intercultural, profesionales del ámbito socio-sanitario voluntarios de la entidad y, por supuesto, los mediadores. Tanto los mediadores como todas las personas participantes en estas sesiones están obligadas al secreto según lo previsto en el artículo 16.6 de la Ley 41/2002.

3.3.4. Cierre de la intervención

La intervención en mediación se da por terminada bajo tres supuestos fundamentales. El primero de ellos sería la resolución del conflicto entre el paciente y el profesional sanitario, esto es, la desaparición de las dificultades comunicativas. No obstante, cabe destacar que no es habitual que estas desaparezcan, por lo que el cierre de la intervención por este motivo no es frecuente. Otro motivo de cierre de la intervención es el cambio de domicilio del paciente si su residencia pasa a estar fuera de Castilla-La Mancha, ya que estamos hablando de un servicio que se proporciona a nivel regional. El más frecuente de los motivos por los que se cierra una actuación de mediación es porque se finaliza la intervención sanitaria. Cuando el paciente ya no necesita acudir a los servicios de salud, también se le da de alta en el programa de mediación, sin que esto impida que se vuelva a abrir un proceso si el paciente vuelve a necesitarlo.

En algunas ocasiones, los problemas comunicativos (o, siguiendo la terminología del ámbito de la mediación, la situación conflictiva), persisten y se hace necesaria la actuación de instancias superiores. En estos casos, se emite una comunicación escrita a la Unidad de Atención al Usuario de la Gerencia en que se produzca la intervención, en la que se informará de las actuaciones realizadas, y que incluirá una propuesta de actuación (en los casos en los que sea posible). Cuando esto no sea posible, el caso se estudia en la comisión de seguimiento del programa.

Un ejemplo puede ser la alimentación de los pacientes de origen magrebí y religión musulmana. Aunque los profesionales del hospital sí pueden informar de los ingredientes de los platos cocinados, no existe una entidad «oficial» que certifique que un alimento es «halal», es decir, que los animales hayan sido sacrificados siguiendo el rito ordenado

por el Corán. A propuesta de la comisión de seguimiento del convenio de colaboración entre el SESCAM, la UCLM y Médicos del Mundo de Castilla-La Mancha, en la *Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios* (F.P.C., 2010) se incluyó la recomendación de que los hospitales incluyeran un menú en árabe, de forma que el paciente musulmán pudiera estar seguro de no ingerir ningún alimento impuro.

3.4. Otras actuaciones

El servicio de mediación intercultural es la gran estrella del programa de interculturalidad del SESCAM, pero no es la única herramienta con que se cuenta para resolver problemas comunicativos. El programa contaba con un servicio de interpretación telefónica, un servicio de traducción y un programa de formación en interculturalidad para los profesionales del servicio de salud. En los siguientes apartados procedemos a describirlos.

3.4.1. La interpretación telefónica

Está suficientemente acreditada la eficacia de la interpretación profesional en el ámbito sanitario en diferentes países de la Unión Europea. Existen ya diversas experiencias de la aplicación de estas actuaciones en el ámbito sanitario en España (Faya Ornia, 2016) y existe ya el suficiente consenso sobre la necesidad de dotar a los servicios sanitarios de un recurso de interpretación complementario al servicio de mediación intercultural para facilitar el acceso de toda la población con dificultades idiomáticas a la atención sanitaria en igualdad de condiciones que el resto de la población (Abril y Martín, 2011). Interpretación y mediación son en realidad intervenciones diferentes, aunque relacionadas entre sí. La interpretación permite superar barreras lingüísticas, facilitando la comunicación entre dos personas (el profesional sanitario y el paciente), mientras que la mediación tiene el objetivo de superar barreras culturales, facilitando la gestión de conflictos relacionados con los diferentes valores, creencias, costumbres o hábitos de personas que proceden de entornos culturales diferentes.

El intérprete es una persona que explica a otras, en la lengua que entiende cada uno de ellos, lo dicho en otra lengua que les es desconocida. La interpretación es la transmisión de un mensaje de una lengua a otra de forma oral. Es frecuente que las personas inmigrantes acudan a consulta acompañadas de algún familiar o amigo que puede entenderse en castellano, pero la intervención de estos intérpretes «aficionados» constituyen un riesgo añadido, ya que pueden interpretar erróneamente el mensaje, lo que puede dar lugar a eventos adversos. Es importante, en el ámbito sanitario como en el resto de los servicios públicos, la profesionalización de los intérpretes (Valero Garcés y Lázaro Gutiérrez, 2004; Lázaro Gutiérrez, 2014).

Trabajando con un intérprete profesional se evitan gastos injustificados, así como explicaciones mal dadas, situaciones de incomprensión y seguimiento erróneo de los tratamientos, repetición innecesaria de consultas, realización de tests y análisis injustificados y errores de diagnóstico. Por otro

lado, se logra mejorar la adhesión al tratamiento, enriquecer el intercambio comunicativo, reducir la sensación de exclusión del paciente, crear una experiencia intercultural triangular beneficiosa, tener acceso a otras fuentes de información, reducir costes, mejorar la satisfacción personal y profesional del sanitario y darle al paciente la satisfacción de ser entendido y la garantía de haber comprendido.

El SESCAM comenzó a ofrecer el servicio de interpretación telefónica de forma paralela a la mediación intercultural en el año 2009. Después de un periodo en el que estuvo suspendido, debido a limitaciones presupuestarias, actualmente se pretende reanudar de nuevo. Estaba disponible los 365 días del año, las 24 horas del día, accesible desde cualquier terminal telefónico fijo o móvil. Los intérpretes son licenciados universitarios, formados en interpretación e interculturalidad y son bilingües, nativos de una de las lenguas que interpretan. Los idiomas disponibles eran los siguientes: alemán, árabe estándar, armenio, bambara, benin, bereber, bielorruso, bosnio, búlgaro, catalán, checo, chino cantonés, chino mandarín, croata, danés, esan, eslovaco, esloveno, francés, griego, hazañilla, hindi, húngaro, inglés, inglés africano (pidgin), italiano, japonés, letón, lituano, malinké, mandinga, marroquí, mongol, neerlandés, noruego, persa, polaco, portugués, pular, punjabi, rumano, ruso, serbio, soninké, sueco, susu, tagal, tailandés, taiwanés, turco, twi, ucraniano, urdu, valenciano y wolof.

Durante el año 2011, los porcentajes de utilización en los diferentes idiomas ofertados fueron los siguientes:

IDIOMA	% DEL TOTAL DE LLAMADAS
Chino mandarín	24,24 %
Árabe marroquí	19,19 %
Rumano	18,86 %
Árabe estándar	7,74 %
Búlgaro	6,40 %
Francés	4,04 %
Inglés	4,04 %
Ruso	3,37 %
Alemán	3,03 %
Ucraniano	2,69 %
Polaco	1,35 %
Urdu	1,35 %
Persa	1,01 %
Bereber	0,67 %
Hindi	0,67 %
Italiano	0,67 %
Bambara	0,34 %
Chino cantonés	0,34 %

3.4.2. Traducción de documentos

En la práctica diaria, es frecuente que haya que atender a niños con registros de vacunaciones o adultos con informes clínicos en lenguas de otros países. Existía la posibilidad de solicitar a la empresa contratada para el servicio de interpretación telefónica, a través del teléfono de sus oficinas, la traducción de un documento «a la vista»; es decir, enviar por fax o escaneado por correo electrónico el documento a un intérprete, y que este leyera el documento en castellano, por teléfono, al profesional.

Esta solución es válida cuando el contenido del informe o del documento no compromete la seguridad del paciente. Cuando es necesario dejar constancia en la historia clínica de que la traducción ha sido «fehaciente», es decir, cuando sea necesaria una traducción escrita oficial, la forma de estar seguros de que refleja fielmente el contenido del documento original es solicitarla a un «traductor jurado», un profesional que tiene reconocida por la Embajada del país de origen que está autorizado para traducir documentos oficiales. Por otra parte, mediante el convenio de colaboración entre la UAH y el SESCAM, también se tradujeron a varios idiomas documentos informativos de carácter general, como modelos de consentimiento informado, guías informativas para la mujer embarazada, o recomendaciones para el cuidado del recién nacido.

3.4.3. Formación en interculturalidad de los profesionales sanitarios.

El programa de interculturalidad del SESCAM, desde el año 2007, ha incorporado la realización de cursos de formación, presenciales y en línea, en competencias interculturales. Se siguió el modelo de la Red Isir, creada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (Falcón y Rodríguez, 2011). Estos cursos han continuado celebrándose año tras año, con un número anual de alumnos de entre 200 y 300. Podemos decir que al menos 1500 profesionales (sanitarios y no sanitarios) han recibido una formación en competencias interculturales en estos años. En 20 horas lectivas, el programa incluye una introducción teórica sobre «organizaciones sanitarias competentes en interculturalidad», nociones sobre mediación e interpretación en la atención a los pacientes de origen inmigrante, atención a la diversidad religiosa, un módulo sobre las características específicas de la atención a la población de etnia gitana, vacunaciones y enfermedades infecciosas en la población de origen inmigrante en la atención primaria, y la relación entre migración y salud mental.

4. Conclusión

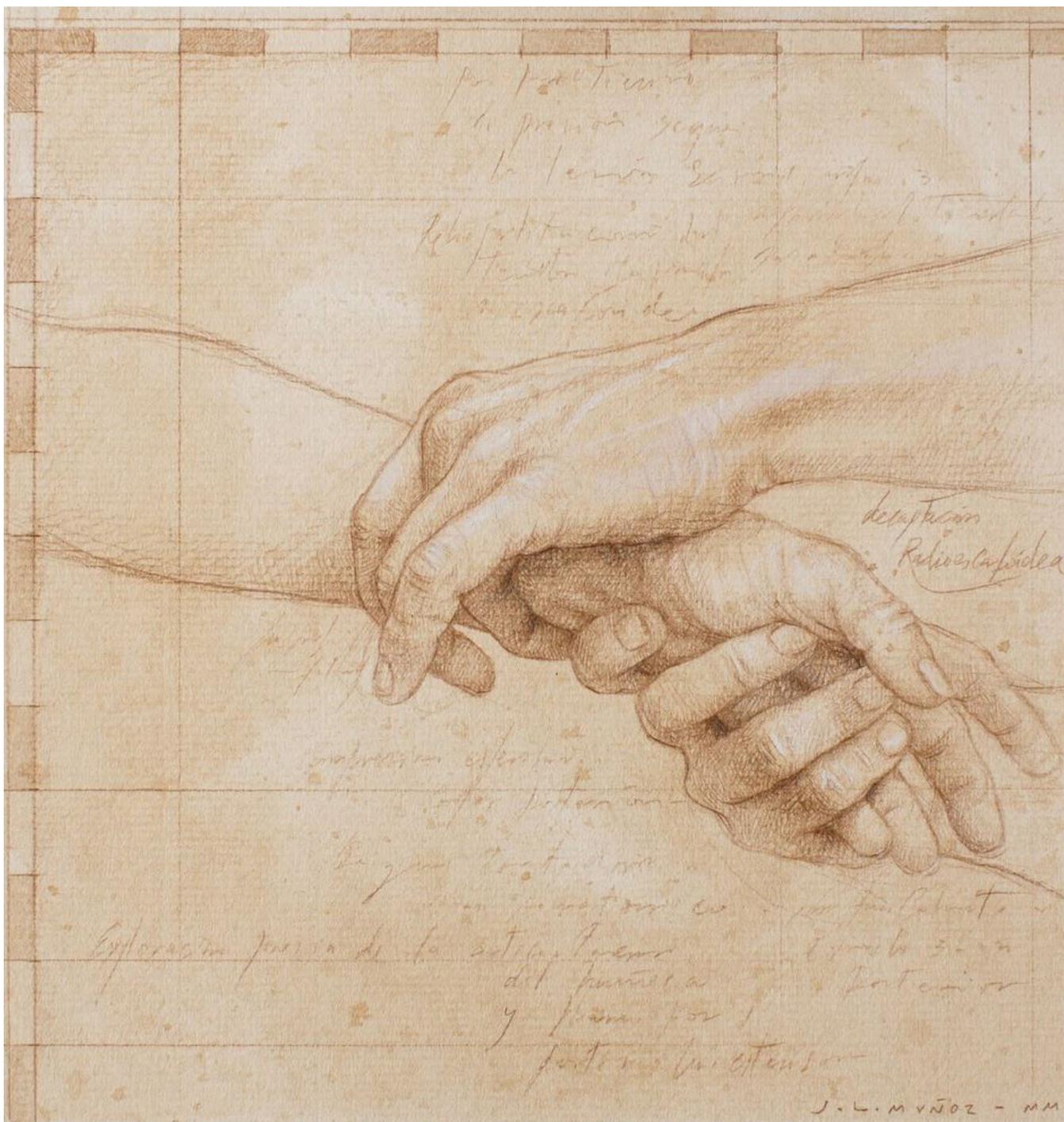
En los últimos años los movimientos migratorios se han visto teñidos por el dramatismo de los conflictos bélicos, como en Oriente Medio y el centro de África, a lo que hemos de añadir la actitud vacilante de la Unión Europea para acoger a los refugiados que huyen de esos conflictos. A esto hay que añadir la crisis económica global y, en España, las limitaciones en el acceso a la atención sanitaria de la población inmigrante en situación irregular, introducidas en la legislación desde 2012.

Confiamos en que experiencias como la del programa de interculturalidad del SESCAM contribuyan a mejorar la accesibilidad y la equidad en el sistema sanitario, y en que la mediación intercultural y la interpretación multilingüe se incluyan como prestaciones básicas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía

- Abril, M.I. y A. Martín (2011): «La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes», *I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*. Granada.
- Achótegui, J. (2002): *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Ayala, E. S. (2007): *Educación para la convivencia intercultural*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Bisin, A., y T. Verdier. (2000): «Beyond the Melting Pot: Cultural Transmission, Marriage and the Evolution of Ethnic and Religious Traits», *Quarterly Journal of Economics*, vol. 115 (3): 955-988.
- Bjegovic-Mickanovic, V. et al. (2014): *Addressing needs in the public health workforce in Europe*. Copenhagen: WHO.
- Bleda, J. M. y N. Simón. (2010). Inmigrantes y salud. Un análisis cualitativo en el Servicio Público de Salud de Castilla-La Mancha. UCLM. Toledo.
- Consejo de Europa (2009): *Libro Blanco sobre el diálogo intercultural*. Ministerio de Cultura. Madrid. <http://www.coe.int/t/dg4/intercultural/Source/Pub_White_Paper/WhitePaper_ID_SpanishVersion.pdf> [consulta: 02.XI.17].
- Cots, F. et al. (2002): «Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona», *Gac Sanit*, 16: 376-84.
- Coulby, D. (2006): «Intercultural Education: Theory and Practice» *Intercultural education*, 17 (3): 245-257.
- CRIT (eds.) (2014): *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*, 55-90. Granada: Comares.
- Dietz, G. y Segura S. (2007): *Multiculturalismo e interculturalidad*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Falcón, C. S., y C. M. Rodríguez (2011): «El fenómeno de la inmigración sanitaria en Andalucía: el modelo granadino», *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*, 1467-1478. Granada: Instituto de Migraciones.
- Faya Ornia, G. (2016): «La necesidad de servicios de traducción e interpretación en el sector sanitario. La situación en Londres, Düsseldorf y Madrid», *Entreculturas*, 7-8: 543-574.
- F.P.C. Fundación Pluralismo y Convivencia. (2010): Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Inmigración.
- García-Beyaert, S. y J. Serrano Pons, J. (2009): «Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud» En Morera Montes, J., Alonso Barbrro, A. y Huerga Aramburu, H. (eds.) *Manual de atención al inmigrante*, 53-66. Madrid y Barcelona: Ergon.
- Gijón-Sánchez, M. T., et al. (2006): «Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce», *Eurohealth*, 16 (1).
- Gimeno, F. R. (2006): «Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario», *Revista española de lingüística aplicada*, 1: 217-230.
- Hernando, L. et al. (2009): «Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: recuentación, casuística y repercusión económica», *Gaceta Sanitaria*, 23 (3): 208-215.
- Jansá, J. M. y P. García de Olalla (2004): «Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos», *Gaceta sanitaria*, 18: 207-213.
- Jiménez-Rubio, D. Y C. Hernández-Quevedo (2011): «Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences?», *Eur J. Health Econ*. 12: 17-28.
- Korsbaek, L. (2004): «Tylor en México: una excursión a Texcoco», *Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 11 (30): 157-196.
- Lázaro Gutiérrez, R. (2014): «Use and abuse of an interpreter», en Valero Garcés, C. (RE) *Considerando ética e ideología en situaciones de conflicto*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Maaluf, A. (1999): *Identidades asesinas*. Madrid: Alianza.
- Malgenisi, G. y C. Giménez (2000): Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Ed. Catarata, Madrid. Concepto de cultura. <<http://www.fongdcam.org/manuales/educacionintercultural/datos/docs/ArticulyDocumentos/Clarificacion%20de%20conceptos/culMultIntr/CULTURA.pdf>> [consulta: 02.XI.17].
- Martín-Barbero, J. (2000): «Globalización y multiculturalidad: notas para una agenda de investigación», en Moraña, M. *Nuevas perspectivas desde/sobre América Latina: el desafío de los estudios culturales*: 17-27, Ed. Cuarto Propio.
- Martínez-Otero, V. (2002): «El reto de la interculturalidad: investigación sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos» *IV Congreso Católicos y Vida Pública*, Madrid.
- Millán, T. A. (2004): *Comunicación intercultural. Antologías sobre la Cultura Popular Indígena*. México: Conaculta.
- Ortí, R., E. Sánchez y D. Sales. (2008): «Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural» En B. Gallardo, C. Hernández, & V. Moreno (Eds.), *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*: 117-139 Valencia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valencia.
- Plog, F. y D. Bates (1980): *Cultural Anthropology*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
- PMIT, Grupo de trabajo del, (2000): «Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis». *Med Clin* (114): 530-537.
- Rex, J. (2002): «Multiculturalismo e integración política en el Estado nacional moderno». *Isegoría*, (26): 29-43.
- Sales Salvador, Dora. (2014): «La delgada línea roja de la imparcialidad.» En CRIT (eds.) *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*, 55-90. Granada: Comares.
- Sánchez-Montalbá, A. et al. (en prensa): Tuberculosis e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin*.
- Serre-Delcor, N, et al. (en prensa): «Estrategia secuencial para el cribado de la ITBL en inmigrantes recién llegados en situación social vulnerable». *Enferm Infecc Microbiol Clin*.
- Sundquist, J. (2001): «Migration, equality and access to health care services», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (10): 691-692.
- SESCAM (2008): *Estrategia de Confortabilidad*. Servicio de Publicaciones de Castilla-La Mancha. <http://sescam.jccm.es/e_confort/> [consulta: 02.XI.17].

- Six, J.F. (1997): *Dinámica de la mediación*. Barcelona: Paidós.
- Tylor, E. B. (1987): *Antropología: introducción al estudio del hombre y de la civilización*. Barcelona: Altafulla.
- Valero Garcés C., y R. Lázaro Gutiérrez (2004): «Estudio empírico sobre la comunicación entre personal sanitario y pacientes inmigrantes», *Actas del IV Congreso sobre la inmigración en España: ciudadanía y participación*. Gerona: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Girona.
- Vargas-Urpi, Mireia. (2013): «ISP y / o mediación intercultural: la realidad de los profesionales que trabajan en el contexto catalán». *Cuadernos de Aldeu*, 25: 131-163.
- Vázquez, M. L., I. Vargas y M. B. Aller. (2014): Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.*, 28 (S1):142-146.
- Weekers, J., et al. (2009): *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant health Needs in Europe*. Ginebra: IOM. International Organization for Migration
- Yampara, S. (2009): Interculturalidad: encubrimiento o descubrimiento de las matrices civilizatorio-culturales. *ISEES: Inclusión Social y Equidad en la Educación Superior*, 4: 33-56.
- Young, R. (1996): *Intercultural communication. Pragmatics, genealogy, deconstruction*. Clevedon: Multilingual Matters Ltd.



Los sistemas de gestión terminológica desde la perspectiva de los intérpretes en el ámbito biosanitario

María Teresa Ortego-Antón*

Resumen: Los traductores tienen una amplia variedad de herramientas para gestionar la terminología, pero los intérpretes no se han beneficiado del mismo nivel de innovación, a pesar de que el léxico especializado constituye una de las principales dificultades para los intérpretes en el ámbito biosanitario. En consecuencia, en este trabajo nos proponemos establecer unos parámetros para analizar los sistemas de gestión terminológica actuales desde la perspectiva de los intérpretes del ámbito biosanitario. Los resultados que se desprendan del análisis nos permitirán mejorar tanto el diseño de los sistemas de gestión terminológica como los procedimientos de búsqueda utilizados por los intérpretes de este ámbito.

Palabras clave: ámbito biosanitario, gestión terminológica, interpretación, parámetros, sistemas de gestión terminológica.

Terminology management systems for interpreters in medical settings: an overview

Abstract: Translators have a wide variety of computer-assisted tools for terminology management. However, interpreters have not benefited from the same level of innovation, despite the fact that specialised vocabulary is one of the main difficulties for interpreters in medical settings. In this study, a set of parameters is established to analyse existing terminology management systems (TMS) from the point of view of interpreters in medical settings. The results suggest the need to improve the design of TMS as well as to inform new searching procedures used by interpreters in medical settings.

Keywords: medical settings, terminology management, interpreting, parameters, terminology management systems.

Panace@ 2017; 18 (46): 108-113

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

1. Introducción

España se ha convertido en un país receptor de dos tipos de inmigrantes: los económicos, que proceden de países menos desarrollados económicamente y llegan a España en busca de un futuro mejor, entre los que se encuentran los solicitantes de refugio y asilo, y los sociales, que se corresponden con personas de elevado nivel socioeconómico (profesionales, técnicos, estudiantes y jubilados) procedentes de culturas próximas que suelen establecerse en Madrid y en zonas costeras (Navaza *et al.*, 2009: 141).

En este contexto, los proveedores de los servicios públicos tienen que atender a usuarios que no comparten la lengua oficial del país y que, además, pertenecen a culturas con sus propios códigos, costumbres y creencias. Para solventar los problemas comunicativos en un ámbito como el biosanitario, es necesario que el sistema se adapte y ofrezca sus servicios de forma efectiva. Por tanto, es necesaria la interpretación en los servicios públicos, que tiene por finalidad permitir a la población que no domina la lengua oficial del país comunicarse con los proveedores de servicios públicos para hacerles posible acceder a los servicios que estos prestan (Roberts, 1994: 127). En consecuencia, esta actividad responde a una necesidad social de comunidades que, por una u otra razón, no hablan la lengua mayoritaria del país y «se ven perjudicadas en el trato con la administración y en el ejercicio de sus derechos y deberes a la hora de acceder a los servicios públicos» (Martin, 2000: 208).

Por otro lado, los intérpretes en el ámbito biosanitario son, además, mediadores interculturales que sobrepasan el papel tradicional del intérprete, puesto que no solo realizan la transferencia interlingüística, sino que también coordinan, median y negocian el significado social y cultural (Valero-Garcés, 2014: 28). Atendiendo a las distintas funciones que realizan los intérpretes que trabajan en el ámbito biosanitario, coexisten varios términos para denominarlos: «intérprete en los servicios sanitarios», «mediador intercultural en los servicios sanitarios» o «mediador sociosanitario». En este sentido, Ruiz-Mezcua (2014: 278) señala que los intérpretes pueden adoptar cuatro tipos de participación dentro de la comunicación bilateral: *message converter* (el intérprete facilita el flujo de conversación entre las dos partes), *clarifier* (el intérprete intenta obtener más información del hablante para poder explicar el mensaje de manera más clara), *culture broker* (el intérprete proporciona o confirma datos, de manera transparente, referidos a los aspectos culturales) o *advocate* (en caso de que el intérprete proporcione ayuda activa, generalmente al paciente).

Por lo que respecta a las modalidades de interpretación en el ámbito biosanitario, esta puede llevarse a cabo presencialmente, de forma remota (generalmente, por teléfono) o a través de dispositivos multimedia (Navaza *et al.*, 2009: 142-151). En la primera modalidad, la interpretación presencial, los centros sanitarios de algunas regiones españolas cuentan

* CITTAC, Universidad de Valladolid (España). Dirección para correspondencia: tortego@lesp.uva.es.

con intérpretes profesionales que actúan en consultas médicas, en intervenciones quirúrgicas, en charlas de promoción de salud y en las dependencias administrativas de dichos centros. La segunda modalidad, la interpretación remota, suele realizarse a través del teléfono (Fernández Pérez, 2015: 261) y se caracteriza por la ausencia de información visual, por la sobreexposición del intérprete en un breve lapso de tiempo a un gran número de usuarios procedentes de diferentes lugares, culturas, ámbitos profesionales y variantes dialectales; y por el equipo técnico utilizado, que determina el tipo de llamada y las estrategias adoptadas por el intérprete para coordinar el encuentro correctamente (Rosenberg, 2007: 75). En la tercera modalidad, la multimedia, se han desarrollado aplicaciones informáticas en varias lenguas con frases explicativas, preguntas y posibles respuestas que se utilizan para informar y preguntar a los pacientes por sus datos, realizar una anamnesis lo más completa posible, informar del sistema sanitario, de los procedimientos, del diagnóstico, del recetario, etc. En esta última modalidad no interviene el intérprete, por lo que suelen producirse situaciones en las que la comunicación requiere de familiares y amigos que interpretan de forma no profesional entre pacientes y profesionales de la salud.

Independientemente de la modalidad de interpretación, uno de los principales problemas a los que hacen frente los intérpretes en el ámbito biosanitario se corresponde con la necesidad de manejar un vocabulario muy concreto y apropiado (Ruiz-Mezcua, 2014: 275). A pesar de que la gestión terminológica constituye una de las competencias básicas que los intérpretes en los servicios públicos tienen que dominar (Tipton y Furmanek, 2016: 6), la realidad es que estos no reciben suficiente formación y conocimiento sobre terminología especializada (Valero-Garcés, 2014: 29).

Además, los intérpretes en los servicios públicos tienden a desarrollar su actividad en distintos ámbitos: sanitario, jurídico, educativo o servicios sociales (Bancroft, 2015: 221), por lo que no pueden especializarse en un determinado campo. En consecuencia, la elección de un buen sistema de gestión terminológica unido a un buen método de trabajo terminográfico son dos factores decisivos para que la interpretación sea un éxito.

Teniendo en cuenta los factores expuestos, en este trabajo pretendemos establecer una serie de parámetros basándonos en la literatura previa (Gile, 1987; Moser-Mercer, 1992; Bilgen, 2009; Rodríguez y Schnell, 2009; Costa *et al.*, 2014a, 2014b; Valero-Garcés, 2014; Ortego-Antón, 2016, 2017), para analizar los sistemas de gestión terminológica desde la perspectiva del intérprete que desarrolla su actividad en el ámbito biosanitario.

2. Terminología e interpretación en el ámbito biosanitario

Aunque los trabajos que abordan la terminología desde la perspectiva del traductor son abundantes, son pocos los estudios que se centran en la terminología desde el punto de vista del intérprete (Gile, 1985; 1986; 1987; Moser-Mercer, 1992; Rodríguez y Schnell, 2009; Bilgen, 2009; Costa *et al.*, 2014a; 2014b; 2015; Ortego-Antón, 2016, 2017). De hecho,

los mencionados autores señalan en las conclusiones de sus trabajos que las herramientas dirigidas a este colectivo son insuficientes e incapaces de satisfacer todos los requisitos de esta actividad (Costa *et al.*, 2014a). Además, están orientadas principalmente a la interpretación de conferencias (Costa *et al.*, 2015).

La interpretación en el ámbito biosanitario efectuada por intérpretes profesionales se caracteriza, entre otros elementos, por la cercanía del acto comunicativo y por la temática especializada, puesto que se emplea un lenguaje técnico en el que se diferencian diversos niveles de especialización. Por un lado, existen voces integradas en el acervo de los hablantes de una lengua, tales como «anginas» o «fiebre». En un segundo nivel, semiespecializado, se encuentran las voces que son conocidas por los hablantes a pesar de no ser especialistas en el campo, por ejemplo «glucosa», «fimosis» o «leucocito»; en el nivel especializado se localizan los términos empleados por expertos que algún hablante por sus circunstancias personales podría conocer, por ejemplo «mampoplastia», «cauterización» o «*bypass*» y, finalmente, existen términos ultraespecializados que son de dominio exclusivo de los profesionales de este campo del saber: «opsonización» o «colangiopancreatografía» (Gutiérrez Rodilla, 2005: 29).

Dado que los intérpretes en el ámbito biosanitario no disponen de tiempo *in situ* para documentarse, estos necesitan haber realizado la gestión terminológica previamente a la interpretación y tienen que prever los posibles problemas terminológicos para anticiparse a ellos. En consecuencia, una buena gestión terminológica es crucial en este ámbito.

Dicha gestión consta de cuatro fases según Kutz (2000): la preparación del tema, la preparación lingüística, la preparación de la traducción y la preparación de la interpretación. Tradicionalmente las mencionadas fases se realizaban de forma manual, pero actualmente los intérpretes y, específicamente, los intérpretes en el ámbito biosanitario se asisten de sistemas de gestión terminológica y de Internet. Durante la primera fase, los intérpretes del ámbito biosanitario se familiarizan con el conocimiento experto, buscan información, diseñan la estructura de la base de datos terminológica y definen los campos, que podrían ser idénticos a los tradicionalmente empleados en traducción, por ejemplo, campo de especialidad, subcampo, término en la lengua origen y equivalente o equivalentes en la lengua meta, definición y ejemplo de uso (Vargas Sierra, 2010: 35-36). En la segunda fase, se analiza el material compilado, se extraen los términos y se recupera la terminología específica del campo. Asimismo, los intérpretes en el ámbito biosanitario tienen que prever que el usuario podría desconocer los términos en su propia lengua por tratarse de un área de especialidad que no domina. En consecuencia, los intérpretes deberían incluir explicaciones sencillas o párrafos explicativos, así como información contextual y equivalentes exactos o funcionales (Hebenstreit y Soukup-Unterweger, 2011) de términos especializados. También deberían recoger hiperónimos, sinónimos, abreviaciones, nombres propios o nombres de producto, información relativa al registro, la pronunciación y la fraseología más común. Además, en este ámbito las imágenes cobran especial relevancia, puesto

que pueden resultar muy ilustrativas y ayudar al usuario a la correcta comprensión del mensaje. En la tercera fase, los intérpretes transfieren los términos a la lengua meta utilizando los datos extraídos del corpus en las lenguas de trabajo y eliminan las redundancias. Para finalizar, tras la interpretación, los intérpretes en el ámbito biosanitario realizan correcciones, modificaciones y adiciones en la base de datos que han elaborado para evitar la pérdida de información.

Una vez descrita cómo se realiza la gestión terminológica por parte de los intérpretes en el ámbito biosanitario procedemos a acotar los sistemas de gestión terminológica y detallar los parámetros que vamos a emplear para analizarlos.

3. Metodología de análisis

Ante la gran variedad de sistemas de gestión terminológica, limitamos el análisis a los más utilizados por la Asociación Internacional de Intérpretes de Conferencia (AIIC) (Rütten, 2014a, 2014b): Glossary Assistant¹, Interplex², InterpretBank³, Interpreters' Help⁴, Intragloss⁵, Lingo 4.0.⁶, LookUp Professional⁷, SDL MultiTerm 2017⁸ y Terminus⁹. Nos hubiese gustado basarnos en datos procedentes de asociaciones de intérpretes en los servicios públicos, pero actualmente este colectivo aún no se ha constituido como asociación internacional.

Por lo que respecta a los parámetros para analizar los mencionados sistemas, hemos tenido en cuenta varios estudios sobre la gestión terminológica desde la perspectiva de los intérpretes de conferencias (Bilgen, 2009; Rodríguez y Snell, 2009; Costa *et al.*, 2014a; 2014b; 2015; Ortego-Antón, 2016, 2017) y hemos adaptado dichos parámetros a la actividad del intérprete en el ámbito sanitario. Según hagan referencia a las características del *software*, a la usabilidad, a la base de datos o a las posibilidades de búsqueda, hemos agrupado los parámetros en cuatro bloques.

En el primer bloque, el relativo a las características del *software*, comprobamos si los sistemas son autónomos o tienen que utilizarse dentro de un paquete de herramientas de traducción asistida por ordenador. También verificamos si funcionan sin conexión a Internet, puesto que los intérpretes profesionales en el ámbito biosanitario desarrollan su actividad en dependencias de los centros sanitarios en los que puede que no dispongan de conexión por diversos motivos. Además, valoramos que sean compatibles con distintos sistemas operativos, es decir, que puedan utilizarse con Windows, iOS y Android (Ortego Antón, 2016: 53). De hecho, el sistema operativo está relacionado con el dispositivo que admite dicho sistema, puesto que lo ideal es que el intérprete trabaje en un ordenador y pueda consultar los datos *in situ* desde la tableta o el teléfono móvil, dispositivos que se caracterizan por sujetarse con una mano y manejarse con la otra, dado que, en ocasiones, los intérpretes que desarrollan su actividad en los centros sanitarios no tienen un soporte de apoyo (Ortego-Antón, 2017: 78).

El segundo bloque está relacionado con la usabilidad, es decir, los sistemas tienen que ser intuitivos (Rodríguez y Snell, 2009: 27) para que los intérpretes en el ámbito biosanitario no pasen mucho tiempo aprendiendo a utilizar el

software, dado que su esfuerzo tiene que ir encaminado a preparar la terminología para que la interpretación tenga éxito. Además, deberían ser de fácil acceso, por ejemplo que puedan descargarse desde Internet, y tener un precio asequible.

El tercer bloque está relacionado con la base de datos. Comprobamos si los sistemas seleccionados permiten diseñar la estructura de la base de datos terminológica según las necesidades de cada proyecto y modificarla una vez creada (Rodríguez y Snell, 2009: 27), añadir nuevos campos, actualizar la información de la entrada así como exportar e importar las entradas a otros formatos.

El último bloque versa sobre las posibilidades de búsqueda (Costa *et al.*, 2014a, 2014b). Analizamos si el motor de búsqueda es rápido y si permite buscar simultáneamente en varios glosarios. También observamos los distintos tipos de búsqueda, por ejemplo si permite recuperar no solo equivalentes, sino también explicaciones, nombres propios, acrónimos y abreviaciones. Además, verificamos si permite filtrar datos según diferentes necesidades del intérprete en el ámbito biosanitario, por ejemplo ofrecer únicamente el término, el término y el equivalente, nombres propios, etc.

4. Análisis y resultados

4.1. Requisitos del software

Como se puede observar en la Tabla 1, todos los sistemas son autónomos, salvo SDL MultiTerm 2017, que también puede utilizarse integrado en SDL Trados Studio 2017. Además, dos de los sistemas (Interpreters' Help y LookUp Professional) funcionan a través de un navegador web, por lo que no pueden utilizarse sin conexión a Internet.

Por lo que respecta al sistema operativo y al dispositivo compatible, Intragloss solo funciona con iOS. Lingo 4.0., SDL MultiTerm 2017 y Terminus únicamente aceptan Windows, por lo que su uso está limitado a determinados dispositivos.

4.2. Usabilidad

Como muestran los datos expuestos en la Tabla 2, todos los sistemas cuentan con interfaces intuitivas y fáciles de usar al alcance de cualquier intérprete. No obstante, el precio puede llegar a ser una limitación: Glossary Assistant es gratuito, otros sistemas son asequibles (Interplex UE, InterpretBank y Terminus) pero Interpreters' Help, Intragloss o SDL MultiTerm 2017 pueden llegar a tener un precio elevado para los intérpretes autónomos que desarrollan su actividad en el ámbito biosanitario.

4.3. Base de datos

En los datos de la Tabla 3 se pone de manifiesto que Interpreters' Help no ofrece la opción de diseñar la estructura de la base de datos. Además, tan solo dos sistemas, Lingo 4.0. y SDL MultiTerm 2017, permiten modificar la estructura de la base una vez creada. Respecto a añadir nuevos campos según se desarrolla la gestión terminológica en la interpretación en el ámbito biosanitario, cuatro de los sistemas no ofrecen esta opción: Glossary Assistant, Interplex UE, Interpreters' Bank y LookUp Professional. No obstante,

Tabla 1. Requisitos de software									
	Glossary Assistant	Interplex UE	InterpretBank	Interpreters' Help	Intragloss	Lingo 4.0.	LookUp Professional	SDL MultiTerm 2017	Terminus
Autónomo / Paquete	A	A	A	A (web)	A	A	A (web)	A/P	A
Necesita Internet	No	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No
Sistema operativo	And. Win.	Wind. iOS	And. Win. iOS	And. Win. iOS	iOS	Wind.	And. Win. iOS	Win.	Win.
Dispositivo	Tableta	PC iPhone iPad	Todos	Todos	Mac, PC	PC	Todos	PC	PC

Tabla 2. Facilidad de uso									
	Glossary Assistant	Interplex UE	InterpretBank	Interpreters' Help	Intragloss	Lingo 4.0.	LookUp Professional	SDL Multiterm 2017	Terminus
Intuitivo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Disponible	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Precio	-	64 €	89 €	20 € / mes	229 € / año	-	-	250 €	127 €

Tabla 3. Base de datos										
	Glossary Assistant	Interplex UE	InterpretBank	Interpreters' Help	Intragloss	Lingo 4.0.	LookUp Professional	SDL MultiTerm 2017	Terminus	
Diseño de la estructura	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Modificación de la base	No	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	
Añadir campos	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	
Actualización de la entrada	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Importar / Exportar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	

Tabla 4. Búsquedas									
	Glossary Assistant	Interplex UE	InterpretBank	Interpreters' Help	Intragloss	Lingo 4.0.	LookUp Professional	SDL MultiTerm 2017	Terminus
Rapidez del motor de búsqueda	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Búsqueda en diferentes glosarios	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	No
Tipos de búsqueda	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Filtrado de datos	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí

nos gustaría destacar que los sistemas analizados permiten actualizar las entradas en cualquier momento, así que los intérpretes en el ámbito biosanitario pueden incluir nuevas entradas o modificar las existentes en las distintas fases de la gestión terminológica. Por último, salvo LookUp Professional, los sistemas seleccionados permiten importar y exportar entradas a otros formatos.

4.4. Búsquedas

Con relación a las búsquedas, dos de los motores de los sistemas analizados (Lingo 4.0. y LookUp Professional) no se caracterizan por ser rápidos, puesto que el tiempo de búsqueda supera los 10 segundos. Cuatro de ellos (Glossary Assistant, Interpreters' Help, LookUp Professional y Terminus) no admiten búsquedas en diferentes glosarios de forma simultánea y tres de los anteriores (los mencionados salvo Terminus) no ofrecen la posibilidad de efectuar distintos tipos de búsqueda. En lo relativo a las opciones de filtrado, no es posible filtrar la información por campos en tres de los sistemas analizados (Glossary Assistant, Interpreters' Help y LookUp Professional).

Teniendo en cuenta los resultados expuestos, los intérpretes cuentan con sistemas de gestión terminológica que se caracterizan por ser intuitivos, por ser de fácil uso, por estar dotados en su mayoría de motores de búsqueda rápidos, así como por permitir diseñar y configurar la base de datos en función de las características del proyecto de interpretación. No obstante, todavía se hace necesario el desarrollo de nuevas versiones e, incluso, de nuevos sistemas que ofrezcan solución a las debilidades descritas, tales como la compatibilidad con cualquier sistema operativo, la posibilidad de emplear distintos sistemas de escritura, la posibilidad de elegir los campos, etc.

5. Conclusión

Los sistemas de gestión terminológica son esenciales para los intérpretes en los servicios públicos y, en especial, para los intérpretes en el ámbito biosanitario, puesto que contribuyen a almacenar, clasificar y recuperar el conocimiento especializado. En este sentido, Stoll (2002) reconoce que la gestión de la terminología con herramientas diseñadas para intérpretes libera la memoria a corto plazo y promueve la recuperación de más estructuras sintácticas dado que los conceptos se convierten en vocabulario casi activo para el intérprete.

Ante las debilidades detectadas, en un futuro cercano a los intérpretes en el ámbito biosanitario se les debería proporcionar sistemas de gestión terminológica que se caractericen por la rapidez y por la fiabilidad, así como por la usabilidad. También deberían ser compatibles con distintos sistemas operativos y diferentes dispositivos, estar provistos de sistemas de búsqueda rápidos y de diferentes posibilidades de filtrado de datos en función de las necesidades que le surjan a los intérpretes en el ámbito biosanitario.

Asimismo, se deberían dedicar más recursos a la formación de los intérpretes en este ámbito, puesto que las situaciones comunicativas en las que se produce esta actividad tienen unas características muy diferentes a las interpretaciones que

se producen en otros ámbitos y requieren de una especialización en la terminología de las ciencias de la salud. Además, durante la formación de estos intérpretes se debería incidir en la importancia de optimizar los procedimientos de búsqueda para recuperar la información en el menor tiempo posible.

Por último, entre nuestros planes de futuro destaca realizar un estudio empírico para comprobar la opinión que de estos sistemas tienen los intérpretes profesionales en el ámbito biosanitario y qué uso hacen de estos durante el desarrollo de su actividad profesional en los centros sanitarios.

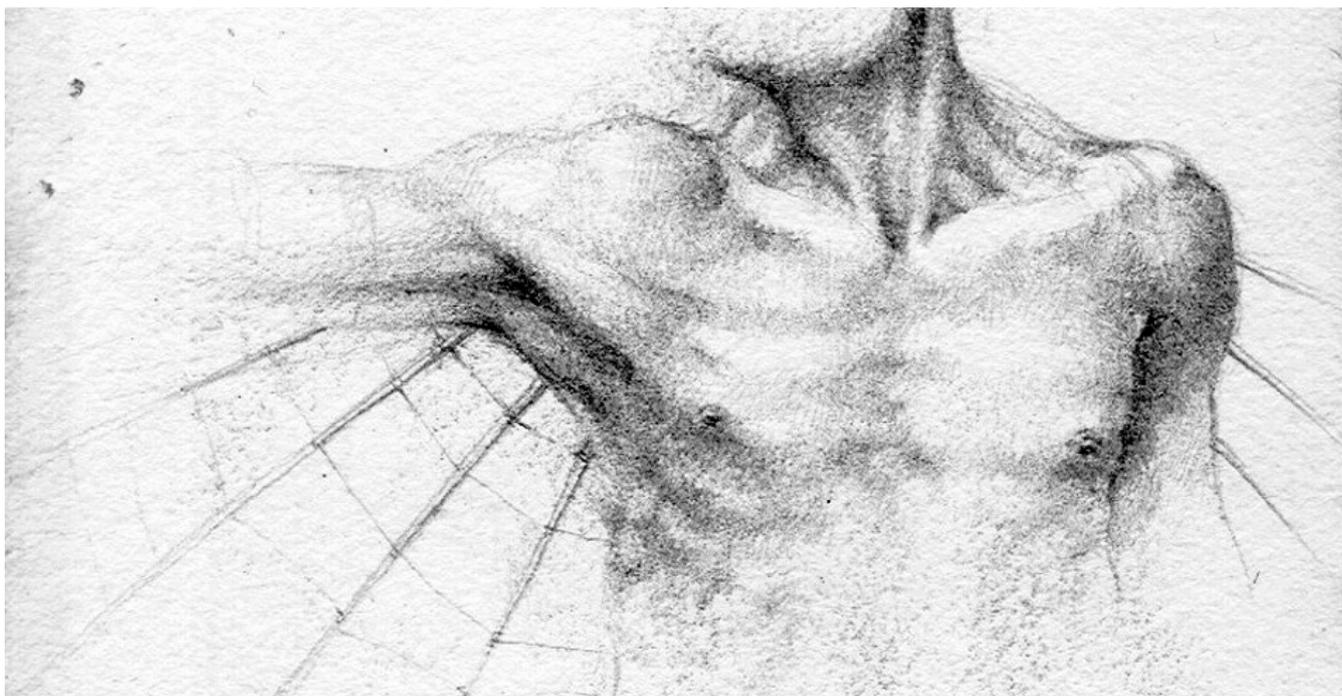
Notas

1. Glossary Assistant: <<http://swiss32.com/>> [consulta: 12.XII.17].
2. Interplex: <<http://www.fourwillows.com/interplex.html>> [consulta: 12.XII.17].
3. InterpretBank: <<http://www.interpretbank.com/>> [consulta: 12.XII.17].
4. Interpreters' Help: <<https://interpretershelp.com/>> [consulta: 12.XII.17].
5. Intragloss: <<http://intragloss.com/>> [consulta: 12.XII.17].
6. Lingo 4.0.: <https://www.lexicool.com/soft_lingo2.asp?IL=3> [consulta: 12.XII.17].
7. LookUp Professional: <<http://www.dog-gmbh.de/en/products/look-up/>> [consulta: 12.XII.17].
8. SDL MultiTerm 2017: <<http://www.sdl.com/es/download/sdl-multi-term-2017/110112/>> [consulta: 12.XII.17].
9. Terminus: <<http://www.wintringham.ch/cgi/ayawp.pl/t/terminus>> [consulta: 12.XII.17].

Referencias bibliográficas

- Bancroft, Marjory A. (2015): «Community interpreting. A Profession Rooted in Social Justice», en H. Mikkelsen y R. Jourdenais (eds.), *The Routledge Handbook of Interpreting*. London/New York: Routledge, 217-235.
- Bilgen, Baris (2009): *Investigating Terminology Management for Conference Interpreters*. MA dissertation. Ottawa: University of Ottawa.
- Costa, Hernani; Gloria Corpas, Isabel Durán (2014a): «Technology-Assisted Interpreting», *MultiLingual*, 143, 25(3): 27-32.
- Costa, Hernani; Gloria Corpas, Isabel Durán (2014b): «A Comparative User Evaluation of Terminology Management Tools for Interpreters», en *Proceedings of the 4th International Workshop on Computational Terminology*, Dublin, Ireland, August 23 2014, 68-76. <<http://www.aclweb.org/anthology/W14-4809>> [consulta: 10.XI.2017].
- Costa, Hernani; Gloria Corpas, Isabel Durán (2015): «An Interpreters' Guide to Selecting Terminology Management Tools», en *NATO Conference on Terminology Management, Brussels, Belgium, November 2015*. <<https://eden.dei.uc.pt/~hpcosta/docs/papers/201511-NATO.pdf>> [consulta: 10.XI.2017].
- Fernández Pérez, María-Magdalena (2015): «Propuestas de ejercicios de simulación para la didáctica de la interpretación telefónica», *MonTI, special issue*, 2: 259-279.
- Gile, Daniel (1985): «Les termes techniques en interprétation simultanée». *Meta: Translators' Journal*, 30(3): 199-210. DOI: 10.7202/002891ar [consulta: 10.XI.2017].
- Gile, Daniel (1986): «Le travail terminologique en interprétation de conférence». *Multilingua*, 5(1): 31-36.

- Gile, Daniel (1987): «La terminotique en interprétation de conférence: un potentiel à exploiter». *Meta: Translators' Journal*, 32(2): 164-169.
- Gutiérrez-Rodilla, Bertha (2005): *El lenguaje de las ciencias*. Madrid: Gredos.
- Hebenstreit, Gernot; Irmgard Soukup-Unterweger (2011): «Terminologiemangement als Wissensmodellierung für das Community Interpreting», en C. Kainz, E. Prunc y R. Schöger (Eds.), *Modelling the Field of Community Interpreting. Questions of methodology in research and training*. Wien / Berlin: LIT.
- Kutz, Wladimir (2000): «Training für den Ernstfall. Warum und wie sich die Vorbereitung auf den Dolmetscheinsatz lohnt», *MDÜ*, 3: 8-13.
- Martin, Anne (2000): «La interpretación social en España», en D. Kelly (Ed.), *La traducción y la interpretación en España hoy: perspectivas profesionales*. Granada: Comares, 207-223.
- Moser-Mercer, Barbara (1992): «Banking on Terminology: Conference Interpreters in the Electronic Age». *Meta: Translators' Journal*, 37(3): 507-522. DOI: 10.7202/003634ar
- Navaza, Bárbara; Laura Estévez, Jordi Serrano (2009): «“Saque la lengua, por favor” Panorama actual de la interpretación sanitaria en España», *Panace@*, 10 (30): 141-156. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf> [consulta: 10.XI.2017].
- Ortego-Antón, María-Teresa (2016): «La gestión de la terminología en interpretación social a través de dispositivos móviles», *Tradumàtica*, 14: 49-57. <http://revistes.uab.cat/tradumatica/article/view/166/pdf_28> [consulta: 10.XI.2017].
- Ortego-Antón, María-Teresa (2017): «Las herramientas de gestión terminológica: Una aproximación desde la perspectiva de los intérpretes en los servicios públicos», en C. Valero Garcés (Ed.), *Superando límites en Traducción e Interpretación en los servicios públicos / Beyond Limits in Public Service Interpreting and Translation*. Alcalá: Universidad de Alcalá.
- Roberts, Roda P. (1994): «Community Interpreting Today and Tomorrow», en P. Krawutschke (Ed.), *35th Annual Conf. of the American Translators Association*. Medford, NJ: Learned Information, 127-138.
- Rodríguez, Nadia; Bettina Schnell (2009): «A Look at Terminology Adapted to the Requirements of Interpretation», *Language Update*, 6(1): 21-27. <http://www.btb.termiplus.gc.ca/tpv2guides/guides/favart/index-eng.html?lang=eng&lettr=indx_autr8gijKBACeGnl&page=9oHAHvmFzkgE.html> [consulta: 10.XI.2017].
- Rosenberg, Brett Allen (2007): «A Data Driven Analysis of Telephone Interpreting», en C. Wandensjö, B. Englung-Dimitrova y A. L. Nilsson (Eds.), *The Critical Link 4: Interpreters in the Community. Selected Papers from the 2nd International Conference in Legal, Health and Social Service Settings, Stocokholm, Sweden, 20-23 May 2004*. Amsterdam: John Benjamins, 65-76.
- Ruiz-Mezcua, Aurora (2014): «Interpretación y formación para los centros sanitarios españoles», *Hermēneus, Revista de Traducción e Interpretación*, 16: 265-289. <<http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/8638/1/Hermeneus-2014-16-InterpretacionYFormacion.pdf>> [consulta: 10.XI.2017].
- Rütten, Anja (2014a): *Booth-friendly terminology management programs for interpreters – a market snapshot*. <<http://blog.sprachmanagement.net/?p=265>> [consulta: 10.XI.2017].
- Rütten, Anja (2014b): *Booth-friendly terminology management revisited – 2 newcomers*. <<http://blog.sprachmanagement.net/?p=305>> [consulta: 10.XI.2017].
- Stoll, Christoph (2002): «Terminologiesysteme für Simultandolmetscher», *MDÜ*, 3: 47-51.
- Tipton, Rebecca; Olgierda Furmanek (2016): *Dialogue Interpreting. A Guide to Interpreting in Public Services and the Community*. London/New York: Routledge.
- Valero-Garcés, Carmen (2014): *Communicating across Cultures. A Coursebook on Interpreting and Translating in Public Services and Institutions*. Lanham/Plymouth: University Press of America.
- Vargas Sierra, Chelo (2010): «Combinatoria terminológica y diccionarios especializados para traductores», en M. Ibáñez Rodríguez (Ed.), *Lenguas de especialidad y terminología*. Granada: Comares, 17-46.



Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula

Raquel Sanz-Moreno*

Resumen: Existe un interés creciente en acercar la didáctica de la interpretación en los servicios públicos (ISP) a la realidad profesional. En este artículo, presentamos los resultados de un proyecto docente en el que integramos a profesionales del ámbito médico-sanitario en el aula de interpretación, que colaboran no solo en la preparación de los *role plays*, sino que además forman parte activa de estos, asumiendo el papel que ejercen en su vida diaria. Al abordar dilemas éticos que se plantean en el intercambio comunicativo entre el profesional médico, el paciente, sus familiares y el intérprete, el experto en Medicina toma la palabra y explica las obligaciones contenidas en el Código de Deontología Médica, con el fin de que el alumno realice un paralelismo y adopte decisiones de forma consciente y responsable.

Palabras clave: competencias, formación, interpretación médica, *role play*, socialización.

Ethical dilemmas in healthcare interpreting: the doctor enters the classroom

Abstract: There is growing interest in bringing the didactics of interpreting in public services (IPS) closer to professional reality. In this article, we present the results of a teaching project in which we include healthcare professionals in the interpreting classroom, who collaborate not only in the preparation of the role plays, but also have an active part in their development by taking on the roles they play in their daily life. Handling ethical dilemmas raised in the communicative interaction between doctors, patients and family members, the medical professionals take the floor and explain the principles set out in the Code of Medical Ethics so that the students establish a parallelism and make decisions consciously and responsibly.

Keywords: competencies, healthcare interpreting, role play, socialization, training.

Panace@ 2017; 18 (46): 114-122

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

1. Introducción

En las últimas décadas, España se ha convertido en un país receptor de población inmigrante que se desplaza esencialmente por motivos laborales y profesionales, aunque también lo hacen por motivos turísticos, de estudios, de ocio o para disfrutar de los años de jubilación en nuestro país. Según el Instituto Nacional de Estadística de España (INE), a fecha 1 de enero de 2017, nuestro país cuenta con 4 424 409 extranjeros. Estos ciudadanos proceden mayoritariamente de Rumanía (678 098), Marruecos (667 189), Reino Unido (294 295), Italia (203 118) y China (177 738).¹

La presencia de extranjeros se consolida en nuestro país, por lo que es de prever un más que posible aumento de las necesidades de servicios de interpretación, sobre todo en los ámbitos de servicios públicos como la justicia, la policía, los hospitales, las universidades, las ONG o los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIES). Sin embargo, la situación de la interpretación en los servicios públicos (ISP) españoles se encuentra todavía «en una fase claramente pre-profesional» (Martin, 2007: 99). En numerosas ocasiones, los propios proveedores de estos servicios públicos desconocen el papel que puede desempeñar el intérprete en estos contextos, lo que favorece la intervención de familiares

o personas cercanas al usuario del servicio que hablan el idioma y que realizan funciones de interpretación de forma no profesional. Tal y como señala Valero Garcés, los inconvenientes de contar con personas no profesionales en estos ámbitos son numerosos ya que, obviamente, carecen de formación específica en el ámbito de la interpretación social (2004: 28). Desde el ámbito académico se está realizando un verdadero esfuerzo para concienciar a los proveedores de los servicios de la necesidad de contar con intérpretes profesionales en estos contextos, por una parte, y ofrecer la mejor formación a los futuros intérpretes, por otra.

Este artículo presenta los resultados de un proyecto que desarrollamos en el aula de interpretación en el grado de Traducción y Mediación Interlingüística de la Universitat de València. En un primer momento, nos centraremos en la didáctica de la ISP en España, prestando especial atención a la interpretación en el ámbito médico-sanitario. A continuación, explicaremos brevemente el uso del *role play* en el aula así como las obligaciones éticas a las que está sometido el intérprete en este ámbito. Nos adentraremos en los objetivos y la dinámica del proyecto que hemos desarrollado, y finalmente abordaremos los dilemas éticos que se debatieron en clase y las intervenciones de los profesionales.

* Departamento de Teoría de los Lenguajes y Comunicación. Facultad de Filología, Traducción y Comunicación. Universitat de València (España). Dirección para correspondencia: Raquel.Sanz-Moreno@uv.es.

2. Didáctica de la ISP en España

2.1. Estudios de interpretación sanitaria en España

Como se ha adelantado, existe una conciencia creciente de la necesidad de profesionalización del intérprete en los servicios públicos. Siguiendo a Rudvin, entendemos que la profesionalización supone «gaining and maintaining credibility as an occupational group towards the public and those served (the general public, patients or customers, business clients)» (2007: 50). En el esfuerzo por conseguir esa mayor credibilidad, los formadores intentamos no solo proporcionar una preparación intelectual y profesional adecuada a la realidad del mercado laboral que se van a encontrar nuestros alumnos cuando finalicen sus estudios, sino también concienciar de la importancia del papel del intérprete tanto a nuestros estudiantes como a sus futuros compañeros de trabajo.

La entrada en vigor del nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) implica que el máster o los estudios de posgrado se consideran la vía de especialización por excelencia del estudiante (Martin, 2015: 101), por lo que muchas asignaturas que antes se impartían en las licenciaturas han desaparecido de los programas de grado, pasando a formar parte, en el mejor de los casos, de los cursos de posgrado más o menos especializados. De forma general, la asignatura de interpretación se imparte en el grado de traducción, teniendo más o menos peso en función de la universidad. El máximo de créditos de interpretación que se ofertan son 30 (por ejemplo, en la Universidad de las Palmas de Gran Canaria).² Aunque las denominaciones de la mayoría de asignaturas de interpretación en los programas universitarios son generales y abarcan la interpretación consecutiva, la traducción a la vista y la ISP (y de manera excepcional la interpretación simultánea), no se permite un estudio muy pormenorizado de las mismas por cuestiones de tiempo.

En la actualidad, solo la Universidad de Alcalá de Henares ofrece un máster específico sobre *Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos* (de 60 ECTS). Otros másteres o cursos específicos como el *Curso de Formación Superior en Mediación Intercultural e Interpretación en el Ámbito Sanitario* de la Universitat Jaume I o el *título de Experto Universitario en Traducción e Interpretación para los Servicios Comunitarios: Mediadores Lingüísticos (EUTISC)* de la Universidad de la Laguna, han dejado de ofertarse durante el curso 2017-2018. En ocasiones, los másteres o posgrados más generales sobre traducción e interpretación incluyen algunas asignaturas sobre ISP: es el caso del *Curso de Especialización en Interpretación Judicial* de la Universitat Autònoma de Barcelona o el *Máster en Comunicación Internacional, Traducción e Interpretación* de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla. En otros másteres de interpretación de conferencias como el de la Universidad Europea de Madrid, se ofertan igualmente asignaturas sobre ISP; asimismo, el máster de la Universidad de Granada organiza conferencias, charlas y talleres de forma paralela a las clases regladas, en los que invitan a personas relacionadas con la ISP, aunque no es el objeto principal del máster.³

A pesar de que la presencia de asignaturas dedicadas a la ISP en los grados y másteres en España no es abundante, lo

cierto es que la investigación es prolífica en este ámbito. Baste citar la red Comunica,⁴ cuyo objetivo es erigirse en Observatorio Permanente de la Comunicación entre lenguas y culturas en nuestro país y que se centra en la traducción e ISP. Así, los grupos de investigación sobre TISP en España abarcan la mayor parte del territorio español, organizan reuniones periódicas e informan regularmente sobre las novedades en estos ámbitos.⁵

En España no existe ningún estudio de posgrado específico sobre interpretación en el ámbito sanitario, y eso a pesar de que el campo de la medicina ofrece numerosas salidas profesionales al intérprete, ya sea en el marco de la interpretación de conferencias en congresos con un alto nivel de especialización o en el ámbito de la interpretación social (Ruiz Rosendo, 2013: 203-204). En el Máster de *Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos* de la Universidad de Alcalá, se dedica una asignatura obligatoria a la interpretación social en el ámbito sanitario (5 ECTS). De igual forma, en el Máster de Traducción Médica de la Universidad Jaime I de Castellón, que se imparte en el curso 2017-2018 de forma virtual, se ofertan dos asignaturas relacionadas con la ISP médico-sanitaria: *Mediación intercultural en el ámbito sanitario* (4 ECTS) y *Técnicas de interpretación en los servicios públicos sanitarios* (4 ECTS), pero estas son optativas. Por otra parte, en el máster de interpretación de conferencias de la Universidad Europea de Madrid se dedica un módulo a la interpretación médica, esta vez más orientado a la interpretación en congresos médicos.

2.2. Role play y especialización en la ISP: el ámbito sanitario

El *role play* es una de las herramientas más utilizadas en la clase de ISP (Baigorri *et al.*, 2006; Alonso y Baigorri, 2008; Fernández Pérez, 2011, 2015; Ozolins, 2013; Lázaro, 2009; Jiménez Ivars, 2012). El que los alumnos accedan a la ISP a través de situaciones simuladas favorece el aprendizaje de las distintas destrezas interpretativas que se exigen en este ámbito (interpersonales, temáticas, estratégicas, etc.). No obstante, la inclusión de un profesional en el aula de ISP elimina los inconvenientes que pueden surgir cuando se trabajan situaciones simuladas con alumnos: el experto en la materia dispone de conocimientos especializados que utiliza diariamente, emplea terminología propia de su ámbito de trabajo y conoce cómo suelen desarrollarse las interacciones en ámbitos especialmente sensibles como una consulta ginecológica, un CIES o un calabozo. Por todo ello, contar con un experto en la materia en el aula contribuye a que los *role plays* se desarrollen con mayor realismo, mayor autenticidad y mayor precisión (Sanz-Moreno, en prensa). Asimismo, favorece que el alumno-intérprete esté en contacto por primera vez con profesionales del Derecho o de la Medicina y conozca de primera mano cuáles son los contextos en los que va a desempeñar su trabajo.

Por otra parte, en su propuesta didáctica para la ISP, del Pozo Triviño incluye prácticas de interpretación reales o simuladas en sus distintas modalidades (consecutiva, traducción a la vista e interpretación de enlace) y en los dos idiomas de trabajo (2009: 45). Pero además, incide en la necesidad de

formar en multiculturalidad y códigos deontológicos introduciendo conceptos básicos de interpretación social. En lo que respecta a la interpretación médica, la autora diseña una unidad en la que los alumnos deben conocer el sistema sanitario español y el modo de acceso de los ciudadanos extranjeros al mismo. Además, se pretende un acercamiento del alumnado a fuentes de información terminológicas especializadas y se proponen juegos de rol para que se familiarice con este ámbito de interpretación (2009: 40). Estos trabajos nos han servido como base para diseñar el proyecto que presentamos.

3. Deontología profesional en ISP. Obligaciones del intérprete

Los dilemas éticos que pueden plantearse al intérprete son múltiples y dependen en gran medida del contexto en el que realiza sus funciones. Tal y como afirma Kalina (2015: 69), «[T]here is agreement that general ethical principles such as discretion, professional secrecy, careful handling of documents received, and, with a view to interpreting quality, accuracy, apply to virtually all interpreting situations and settings». Pero, obviamente, en la ISP, muchas de estas obligaciones adquieren un significado distinto dada la especial naturaleza de la misma: el contacto directo con el usuario y el experto en la materia, los temas que se tratan en la interacción comunicativa, el posible impacto psicológico de estos en el intérprete y el acceso a información sensible, son algunas de las cuestiones que se abordan específicamente en el ámbito de la ISP y que requieren, a nuestro entender, una especial consideración en el aula de interpretación. Y si bien es cierto que, de manera general, la imparcialidad, la fidelidad, la confidencialidad y la profesionalidad son las obligaciones deontológicas de aplicación a los intérpretes (Valero Garcés, 2006; Lázaro, 2009) y que aparecen recogidas en la práctica totalidad de códigos deontológicos de aplicación en nuestro país,⁶ lo cierto es que es necesario interpretar estos deberes en función de los contextos a los que se enfrentan los intérpretes, y considerar si su cumplimiento «helps fulfil the function of the service rendered» (Kalina, 2015: 69).

Y aunque existe cierto consenso a la hora de considerar estos deberes como parte fundamental de la deontología profesional del intérprete, ningún código se aventura a explicarlos, ofreciéndose, en la mayoría de casos, pautas de comportamiento y recomendaciones genéricas. Esta falta de definición plantea problemas a la hora de dotar de contenido estas obligaciones y de determinar sus limitaciones, como veremos a continuación.

La imparcialidad es una de las obligaciones deontológicas que presentan más controversia a la hora de interpretarse. Implica, de forma general, que el intérprete no debe tomar partido por ninguna de las partes y que mantendrá su independencia y su neutralidad, a pesar de que pudieran existir injerencias o intereses ajenos. No obstante, sus límites son todavía tema de debate (Martin, 2000: 218), y son numerosos los modelos de intervención del intérprete que determinan su mayor o menor grado de implicación en la interacción comunicativa. Así, Niska distingue entre *conduit role*, *clarifier*, *culture broker* y *advocate* (2002: 138); partiendo de un rol de

mero transcodificador, el intérprete puede optar por hacerse cada vez más visible, participando de forma más activa en la situación, llegando incluso a abogar por el usuario (lo que equivaldría al modelo abogacía de Cambridge). Coincidimos con García Luque en que esto pondría en riesgo la neutralidad del intérprete (2009: 656), lo que conllevaría una ausencia de imparcialidad buscada, algo que podría afectar de forma negativa a la interpretación y que contravendría la totalidad de los códigos deontológicos existentes. Parece, pues, que se asimila la imparcialidad del intérprete a su pasividad. Cambridge manifiesta:

Interpreters using the impartial model relay messages accurately, completely and in as closely as possible the same style as the original. They do not give personal advice or opinions; do not add or omit parts of the message; do make every effort to foster the full, accurate transfer of information; do maintain strict confidentiality. They will intervene only when they need clarification of part of a message, they cannot hear what is being said, they believe a cultural inference has been missed; they believe there is a misunderstanding (Cambridge, 2002:123).

En cualquier caso, el estudiante deberá conocer todas las opciones a su alcance y optar por aquella que mejor garantice el éxito de la interacción comunicativa y con la que considere que desempeña su función con mayor profesionalidad.

Según el modelo imparcial de Cambridge, esta obligación está directamente relacionada con la fidelidad, ya que implica la interpretación completa y leal del mensaje en lengua meta, “sin alterar, omitir o añadir nada a lo que se declare o escriba en la medida de lo posible” (APTIIJ, 2010, art. 1). No se trata de ofrecer una traducción literal, sino más bien de ser fiel al contenido, a la intencionalidad del mensaje, sin perder de vista su adecuación al nuevo contexto cultural. De ahí que el *conduit role* o el papel de mero transcodificador conlleve una reproducción fiel y precisa del mensaje, que no permite introducir explicaciones, omitir información o intervenir de ningún otro modo, más allá de transferir en lengua meta las intervenciones de los usuarios. Para ello, es esencial que el intérprete tenga un perfecto dominio de sus lenguas de trabajo, así como un profundo conocimiento cultural y temático que permita garantizar la exactitud y precisión de su interpretación.

Aunque la obligación de confidencialidad se recoge en todos los códigos de conducta de intérpretes y traductores, tampoco se ofrece ninguna definición al respecto. El código de conducta de ASETRAD incluye la obligación del intérprete de guardar secreto «sobre cualquier información de la que tengan conocimiento a través del ejercicio de su oficio» (ASETRAD, s.f., art. 5). Asimismo, el deber de confidencialidad no prescribe, incluso habiendo finalizado la prestación de servicios. Es obvio que, en el ejercicio de sus funciones, el intérprete accederá a información sensible y que pertenece a la vida privada de los usuarios. De nuevo, este deber adquiere una nueva dimensión en el ámbito médico-sanitario, ya que

la información que se comparte en estos contextos pertenece a la intimidad personal del paciente, por lo que el respeto debe ser escrupuloso.

Por último, destacamos el deber de profesionalidad, en el que se incluyen:

- el respeto a la dignidad de los tribunales u otros órganos y a los compañeros de profesión (APTIJ)
- la discreción (APTIJ)
- el deber de rechazar un encargo de interpretación cuando se considere que no se está suficientemente cualificado (AICE, ASETRAD)
- el deber de no aceptar trabajos si no se puede cumplir el plazo estipulado (ASETRAD)
- el deber de estar debidamente cualificado, lo que implica un perfecto dominio de las lenguas de trabajo.

El estudiantado debe ser consciente de los deberes a los que está sometido el intérprete y aplicar los códigos deontológicos frente a situaciones complejas. De la comprensión e interpretación que hagan de estas obligaciones dependerá su actuación, por lo que estimamos que un contacto con la realidad le permitirá adoptar decisiones de una forma más responsable y calibrar las posibles consecuencias que se derivan de su actuación.

4. Proyecto docente

4.1. Objetivos

Como hemos adelantado, el objetivo primordial de este proyecto consistía en acercar al alumnado la realidad de la práctica de la ISP en el ámbito sanitario, con el fin de que desarrollara competencias socioprofesionales, interpersonales y actitudinales. Pretendíamos que los alumnos conocieran los aspectos básicos de su profesión en el ámbito sanitario, que trabajaran en equipo (o que al menos lo intentaran) con el experto en Medicina y que colaboraran con él en la resolución de los posibles conflictos que pudieran surgir en la interacción comunicativa. El fin último era que el estudiante tomara conciencia de la importancia de su papel y se afirmara como agente facilitador de la comunicación entre médico y paciente y no mero transmisor de información.

4.2. Descripción

El proyecto piloto que presentamos se lleva a cabo en la Universitat de València, en el marco de la asignatura Técnicas y Prácticas de Interpretación Francés-Español I, en la que se incluyen prácticas tutorizadas de ISP. Entre ellos, se ha abordado la interpretación en juzgados, en consulta con abogados y la interpretación en ONG (Sanz-Moreno, en prensa) y en el ámbito comercial. En este artículo, presentamos los resultados de las sesiones que versaron sobre la interpretación en el ámbito sanitario.

Las sesiones tienen una duración de 4 horas, que se articulan normalmente en una hora teórica y tres prácticas. En este caso, solo se dieron unas pautas muy generales sobre interpretación social, con el fin de que el alumno se viera inmerso en un contexto que en principio desconoce y que reaccionara de

forma natural frente a situaciones imprevistas. Los alumnos sabían que debían realizar una interpretación de enlace francés-español, y que se les podría pedir una traducción a la vista.

Durante los *role plays*, contamos con la inestimable colaboración desinteresada de tres profesionales de la medicina:

- Dr. Rafael Faus, médico intensivista del Hospital 9 d'Octubre y del Hospital Universitario Dr. Peset.
- Dra. Esther Ortiz, ginecóloga y obstetra del Hospital Universitario Dr. Peset.
- Dra. Elia García Verdevio, ginecóloga y obstetra del Hospital Universitario Dr. Peset.

Todos los profesionales cuentan con una amplia experiencia en el ámbito sanitario, y participaron de forma activa no solo en los *role plays*, sino también en la preparación previa de los mismos, puesto que la mayoría de casos provenían de situaciones a las que se habían enfrentado personalmente. Los alumnos fueron debidamente informados de que los profesionales acudían a clase de forma voluntaria, desinteresada y gratuita, por lo que todos valoraron el esfuerzo que realizaban y la generosidad que demostraban.

En cada sesión se abordaban entre cuatro y cinco casos prácticos. Para empezar, se entregaba una ficha al experto en medicina y al alumno que interpretaba el papel del paciente y/o de un familiar, mientras que el alumno que hacía de intérprete no recibía instrucción específica alguna, salvo que iba a realizar una interpretación en un hospital (una consulta, la UCI, puertas de quirófano, etc.). En las fichas, se explicaba la situación a la que se enfrentaban y se daban instrucciones sobre lo que debían hacer las partes implicadas.

Caso práctico 1. Ginecóloga.

La paciente acude a la última consulta antes de la operación. Le entregas a la paciente el documento con las instrucciones previas a una histerectomía laparoscópica (Documento 1).⁷ No debes entrar a dar explicaciones específicas a no ser que la paciente o la intérprete soliciten información adicional o aclaraciones al respecto.

Figura 1. Ejemplo de ficha con caso práctico para la ginecóloga

Caso práctico 1. Paciente.

Acudes a la consulta antes de someterte a una operación. Te van a informar sobre los detalles y te van a dar instrucciones específicas al respecto. Puedes preguntar todo lo que consideres importante.

Figura 2. Ejemplo de ficha con caso práctico para el alumno-paciente

Todos los documentos que se aportaron a las simulaciones eran reales. Cada caso práctico no solía durar más de 15 minutos. A continuación, se abría un intenso debate sobre lo

que había sucedido, en el que los alumnos que habían observado la interacción planteaban sus dudas o realizaban sus comentarios. Finalmente, el experto tomaba la palabra para dar su opinión sobre lo ocurrido y explicar las obligaciones a las que, en ese caso, el experto está sometido. Todas las sesiones se grabaron en vídeo para poder analizarlas con posterioridad junto con el alumnado. Las decisiones adoptadas por los alumnos que hacían de intérpretes y las opiniones de los demás estudiantes permitían la introducción de temas teóricos sustentados por la práctica que acababan de experimentar, lo que contribuyó a una mejor comprensión y un análisis crítico más profundo. Las opiniones de todos los intervinientes en las simulaciones (médico, alumnos-pacientes, alumnos-familiares de pacientes), así como de los alumnos observadores privilegiados de la interacción sustentan el presente artículo. En la Figura 3 presentamos las fases en las que se desarrolló el proyecto.



Figura 3. Fases del proyecto

5. Dilemas éticos. La intervención del profesional médico en el aula

5.1. Imparcialidad

Como hemos visto en el apartado 3, la imparcialidad es una de las cuestiones que más dudas plantean cuando se trata de determinar sus límites y su contenido en ISP, lo que se reflejó en los *role plays* abordados en clase. En el primer caso, un paciente se negaba a comer en las horas estipuladas por el hospital durante su ingreso. El médico manifestaba su contrariedad y le exigía que debía comer para su pronta recuperación. La alumna-intérprete optó, en este caso, por tomar la iniciativa y preguntar por las causas al paciente, que le indicó que era musulmán y se encontraban en Ramadán, por lo que sus convicciones religiosas le impedían ingerir alimentos durante el día. La alumna se erigió en mediadora cultural, explicando al médico los motivos de la negativa del paciente, lo que contribuyó a una mayor comprensión por su parte. Con

posterioridad, los alumnos realizaron una valoración crítica de la interacción y consideraron necesaria la intervención de la intérprete: «Si se hubiera limitado a traducir los mensajes, no se hubieran entendido. El hecho de que [la alumna] tome la iniciativa y le explique al médico lo que pasa hace que este comprenda mejor y pueda pensar en alternativas. En definitiva, no es que el paciente no quiere colaborar, es que hay una razón cultural para negarse a comer». En el debate posterior, un alumno manifestó que no consideraba que se hubiera infringido la obligación de imparcialidad. «Yo creo que ella ha sido fiel al mensaje, y también ha averiguado la causa, el porqué de su actitud. Ha demostrado ser una profesional y que ha mediado entre las partes». Al respecto, el médico recordó que ellos también deben respetar las opiniones y creencias de sus pacientes, aunque no las compartan:

Artículo 9. El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias. 2.- En el ejercicio de su profesión el médico actuará con corrección y delicadeza, respetando la intimidad de su paciente.

En otro caso práctico, decidimos poner a prueba al intérprete. La ginecóloga empleó palabras inadecuadas para referirse a la paciente, aprovechando que no entendía lo que decía, y sirviéndose de estereotipos culturales extendidos en España. Ante la falta de respeto de la profesional médica, la intérprete, en este caso, decidió defender a la paciente, llamando la atención a la profesional sanitaria e indicándole que todo lo verbalizado por ella podría ser objeto de interpretación. En el debate posterior, varios alumnos manifestaron que no hubieran dicho nada al respecto ya que esto podría entorpecer la interacción. Al fin y al cabo, no aportaba nada, sino que, al contrario, contribuía a agudizar el mal ambiente entre ambas. En cualquier caso, se les hizo notar que las omisiones que pretendían hacer también podrían contribuir a cierta pérdida de imparcialidad. «Yo no podría haberme quedado ahí, sin decir nada. Me da pena la paciente y la médico aquí se ha pasado». Este tipo de actitud en los médicos es poco frecuente, aunque el estrés, la falta de tiempo, el alto número de pacientes que se deben atender en un día, pueden contribuir a que el médico pierda las formas. La médico indicó: «No pasa nunca, pero a veces sí que pueden malinterpretarse algunas palabras o el tono que empleas. También hay pacientes que son maleducadas, que esperan algo que no obtienen o que están cansadas por la espera...y se enfadan».

Artículo 8. El médico debe cuidar su actitud, lenguaje, formas, imagen y, en general, su conducta para favorecer la plena confianza del paciente

No obstante, también se dio el caso contrario. Cuando un médico comunicó a un alumno-paciente que se encontraba perfectamente y que podía incorporarse a su trabajo, por lo que iba a tramitarle el alta médica, este se opuso y, de forma ruda, comenzó a insultarle. En este caso, la intérprete optó por no traducir los insultos, aunque la médico (que no entendía francés) manifestó que

se daba cuenta de que algo pasaba y que le hubiera gustado saber qué estaba diciendo. «Si me está faltando al respeto o me está insultando, estaría bien saberlo. Porque esas cosas no se toleran. Hay veces que se ponen nerviosos o tienen otras preocupaciones y la pagan contigo, pero eso tampoco es excusa».

5.2. Fidelidad

Es necesario que la interpretación realizada en el ámbito médico-sanitario sea precisa y completa. Esto es especialmente difícil en las clases de interpretación, ya que nuestros alumnos no poseen un dominio de la lengua francesa ni poseen conocimientos temáticos, por lo que, en muchas ocasiones, la interacción comunicativa pierde exactitud y precisión. Las interpretaciones de los estudiantes suelen caracterizarse en estos contextos por omisiones, imprecisiones, repeticiones y autocorrecciones, lo que dificulta la comunicación. En los casos que se abordaron, la ginecóloga entregó un documento con instrucciones para someterse a una operación bastante común, una histerectomía laparoscópica. «Dile que le vamos a hacer una operación muy fácil, es muy sencilla. Te miras esto y se lo comentas. Cualquier duda, ya me dices». La alumna desconocía por completo los términos equivalentes en francés. Optó, entonces, por inventárselos «hysterectomie laparoscopique», traducción literal que es correcta, pero que no solucionaba el problema de incomprensión de la paciente. Ante la disyuntiva, la alumna decidió pedir una aclaración a la médico, que le explicó brevemente en qué consistía la operación y que, esta vez, pudo interpretar de forma óptima. La misma situación se dio cuando el médico entregó un documento de consentimiento informado para anestesia en cirugía mayor ambulatoria. En este caso, el alumno-intérprete optó directamente por leer el documento y preguntar aquellas dudas que le surgían durante la lectura. Desarrollaron, por tanto, estrategias de colaboración entre médico e intérprete, para garantizar la comunicación entre todos. Cabe destacar que, en ambos casos, los médicos recomendaron realizar una traducción a la vista sintética por cuestiones de tiempo, ya que en consulta suelen verse muchos pacientes. Manifestaron que, en estos casos, sería conveniente que el hospital dispusiera de estos documentos ya traducidos a varios idiomas (al menos, los de más frecuencia de uso).

De manera general, los médicos deben informar a los pacientes de forma que comprendan el diagnóstico, el tratamiento, los actos médicos y las alternativas a su disposición. El Código deontológico médico incide en la veracidad como elemento esencial de la comunicación, por lo que el médico debe decir la verdad.

Artículo 15. El médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia.

Los alumnos intentaron paliar el desconocimiento de la terminología especializada que empleaban los médicos mediante una labor de documentación previa que los llevó a elaborar glosarios. No obstante, en la interacción, los nervios y la fluidez que requería la interpretación hicieron que abandonara-

ran el glosario y solicitaran aclaraciones o explicaciones a los profesionales, de forma que decidieron sacrificar la precisión terminológica frente a una mayor comprensión del paciente. La colaboración con los médicos favoreció no solo su propia comprensión sino también el acercamiento entre intérprete y profesional sanitario, considerándose mutuamente como futuros compañeros de trabajo. «En algunos casos, no es necesario que se les traduzca todo. Ni siquiera los españoles se lo leen al detalle. Pero deben entender el alcance de lo que se les está comunicando: qué es el consentimiento informado, cuáles son las instrucciones preoperatorias, etc.» Los alumnos debatieron sobre la obligación de fidelidad y las diferencias con la traducción literal: «Hay que ser fiel a la finalidad, al mensaje en su conjunto; si no sabes una palabra, no pasa nada. Puedes preguntarla al médico».

5.3. Confidencialidad

A menudo, en el contexto médico-sanitario, el (futuro) intérprete tiene acceso a información personal y sensible sobre el paciente. El historial clínico puede contener información sobre enfermedades, hábitos sexuales, estado civil, relaciones de pareja, hijos, etc. El intérprete accede a esos datos sin ser, obviamente, el destinatario de esa información, sino un mero transmisor de la misma. Este tipo de información requiere un respeto escrupuloso de la confidencialidad por parte del intérprete. En dos casos que se abordaron en clase, se debatió el concepto y los límites de la confidencialidad. En el primer caso, el médico informaba a la paciente de que estaba embarazada y esta le comunicaba que no quería llevar a término el embarazo. Al salir de la consulta ficticia, el alumno se encontraba con un familiar que le preguntaba abiertamente por lo que había sucedido en consulta, con una pregunta «inocente»: ¿Qué tal ha ido todo? ¿Mi mujer está bien? En este caso, el alumno decidió no contestar al familiar y comunicarle que su esposa le daría toda la explicación cuando saliera de la consulta. No obstante, en un segundo caso, el médico recibía a una paciente pero que presentaba diversos traumatismos y le interrogaba sobre su causa. La mujer explicó que se había caído. Una vez el médico abandonó la sala de reconocimiento, la paciente le indicó al intérprete que las lesiones se las había ocasionado su marido que le había dado una paliza, pero que no quería decírselo al médico porque le daba vergüenza. En este caso, el alumno se preguntaba si debía desvelar la causa de los traumatismos de la paciente al médico o, en su caso, a la policía, infringiendo la obligación de confidencialidad o, por el contrario, debía mantener el secreto profesional.

Para la solución de ambos casos, la intervención del profesional fue de gran ayuda. Se explicó en qué consistía el secreto médico de acuerdo con el Código de Deontología Médica,⁸ que se basa, como no podía ser de otra forma, en la confianza entre médico-paciente, algo que, entendemos, también debería ser de aplicación para el intérprete.

Artículo 27. 2.- El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como conse-

cuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.

El médico, por tanto, está obligado a guardar secreto de todo lo que el paciente le haya comunicado de forma expresa o implícitamente, y no puede compartir esa información, si no es en casos muy excepcionales. Esta obligación se extiende, igualmente, al intérprete, que no puede desvelar nada de lo que ocurre en una consulta médica a la que accede por cuestiones profesionales. En el primer caso abordado, si la paciente hubiese querido que su marido estuviese al corriente de lo que le sucedía, podía haber entrado al reconocimiento con ella. El hecho de que el intérprete revelara cualquier información supondría una contravención del principio de confidencialidad. De hecho, el Código deontológico médico establece que aunque se contara con la autorización expresa de la paciente (que en este caso no existía), el médico debe mantener el secreto dada la confianza de la sociedad en el respeto de esta obligación.

Por otra parte, el secreto profesional admite excepciones que, esencialmente, vienen determinadas por circunstancias muy tasadas y siempre «ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites». Entre las situaciones que permitirían revelar secretos, destacamos: las enfermedades de declaración obligatoria; si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo; en caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual. Y sobre todo, cuando la ley así lo determina: en un parte de lesiones, cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar; o en un proceso judicial. El médico está obligado a comunicar la sospecha de que existe o puede haber existido cualquier tipo de agresión contra una mujer y los hospitales disponen de protocolos de actuación para llevar a cabo estas denuncias. No obstante, el problema que planteaba el caso práctico es que era el intérprete-alumno el que accedía a esa información. ¿Qué hacer con ella? El dilema ético que se le plantea es de enormes proporciones, ya que, «[L]a violación de la confidencialidad puede afectar a la seguridad personal de la víctima, y la sobreintervención del/la intérprete que aconseja a la víctima que solucione los problemas en casa o que la juzga como culpable no hace sino aumentar su desprotección y desamparo» (Toledano *et al.*, 2015: 147). Pero además, es poco frecuente que se cuenten con intérpretes profesionales en el ámbito de la atención a las víctimas de violencia de género (*ibid.*), por lo que una formación multidisciplinar de intérpretes profesionales es indispensable. En este caso, el profesional médico indicó que debería saberlo para poder ayudar a la víctima pero que, obviamente, la decisión recaía en el intérprete. Les recordó que él también estaba sometido al deber de confidencialidad, por lo que una estrategia colaborativa entre médico e intérprete parecía lo más adecuado en aras a garantizar la protección de la víctima.

5.4. Profesionalidad

La profesionalidad engloba numerosos deberes, aunque el principal es el dominio de la lengua origen y la lengua de

destino, así como un profundo conocimiento de la cultura, del tema y de la terminología.

5.4.1. Formación continua y cualificaciones

Es necesario que los intérpretes mejoren constantemente sus destrezas, por lo que deben concentrarse en la formación profesional e interactuar con colegas y especialistas de campos afines (APTIIJ). La formación continua es un deber que comparten intérpretes y médicos, puesto que es indispensable estar al día de todas las novedades, con el fin de garantizar una buena prestación de servicios al usuario.

Artículo 7.3. La formación médica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional.

A lo largo de las sesiones, los alumnos se dieron cuenta de que un perfecto dominio de la lengua francesa era indispensable para realizar una ISP. Pero además, el hecho de contar con profesionales de distintas ramas de la medicina les hizo plantearse que, en realidad, había muchas especialidades que requerían de distintas destrezas. «Yo creo que no es lo mismo estar en oncología que en pediatría. Si tratas con niños, supongo que deberás adaptar el lenguaje y el registro. El médico lo hará pero tú también tienes que tener en cuenta para quién interpretas». «También es distinto interpretar para un anciano que para una persona joven, o para un hombre o una mujer, en el caso de temas íntimos». Una de las cuestiones que más les preocupó fue el impacto psicológico del intérprete en estos contextos y se preguntaban cómo se puede aprender a relativizar y a evitar que el impacto sea mayor (ver apartado siguiente).

Finalmente, el médico manifestó su opinión respecto a la formación de intérpretes en el ámbito sanitario. «Entiendo que debe conocerse terminología especializada, entenderse procesos y actos médicos, tratamientos e intervenciones. Si no, será difícil que se realice la interpretación, porque nosotros no nos damos cuenta del nivel de especialización de nuestro lenguaje, porque estamos acostumbrados. Por eso creo que deberíais tener asignaturas de introducción a la medicina, por lo menos». Los médicos manifestaron que también era importante conocer el contexto físico en el que el intérprete desarrolla su función: «No es lo mismo estar en la UCI que en una consulta. Ahí, el intérprete puede tomar notas, está sentado, junto al paciente. Se produce una proximidad que en la UCI puede no darse. A veces los pacientes están muy mal y debes informar al familiar. Es importante que lo entiendan todo y saber combinar delicadeza con transmitir seguridad. Es complicado».

5.4.2. Objeción de conciencia

De forma general, el médico no puede negar asistencia a ningún paciente. No obstante, el Código de Deontología médica permite al personal médico abstenerse de realizar un acto médico en el caso de que su conciencia pueda verse afectada por este. Así se recoge expresamente:

Artículo 32.- Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicción

nes éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violente seriamente su conciencia.

No se contempla la objeción de conciencia como tal para el intérprete, aunque los códigos de conducta recogen la facultad que tiene el intérprete de rechazar un encargo cuando considere que no tiene la suficiente cualificación. Si el intérprete considera que no va a poder garantizar una interpretación imparcial por cuestiones éticas o personales, su profesionalidad le haría denegar ese encargo. En los casos abordados en clase, uno de los más problemáticos fue el de un médico intensivista que informaba a una familiar de un paciente que este se encontraba en estado de coma por traumatismo craneoencefálico, y que se le iba a informar sobre el trasplante de órganos. En este caso, la alumna que realizaba el papel de intérprete acusó un fuerte impacto psicológico: «Me ha dicho que mi hermano ha tenido un accidente de moto. Yo tengo un hermano que tiene una moto. La forma de explicármelo ha sido tan real que me he puesto de verdad en la piel del paciente, y aunque mi papel era el de intérprete, no he podido evitar que me entraran ganas de llorar. Me he bloqueado, no podía ni hablar», a lo que la familiar del paciente añadió: «Una cosa es verlo en la tele, y otra decidir donar los órganos de un familiar, cuando no te ha dado tiempo a asimilar que se ha muerto. Hay que prepararse para ello, pero no tienes mucho tiempo». La mayoría del alumnado coincidió en que rechazaría encargos de este tipo y más de la mitad (13 de los 21 alumnos) manifestó que no habían pensado en cómo podría afectar psicológicamente al intérprete. El médico también se unió a esta reflexión, ya que, aunque tenía sobrada experiencia, «es algo que siempre te afecta». Sin embargo, en esos momentos, es necesario saber combinar la profesionalidad con la empatía y la cercanía. «No nos lo podemos llevar a casa, aunque sea doloroso. Forma parte de nuestro trabajo, así que si no queréis encontraros con estas situaciones, igual no deberías especializaros en este ámbito. En medicina no todo son malas noticias, aunque en algunos servicios es más complicado que en otros». Al respecto, trajimos a colación la propuesta de Ruiz Mezcuca sobre preparación psicológica del futuro intérprete y las estrategias a desarrollar para paliar el impacto psicológico que se puede dar en estos contextos (2010: 151-152) aunque incidimos en el valor de la experiencia y la práctica en ISP.

6. A modo de conclusión

La inclusión del médico en el aula de ISP únicamente presenta ventajas. Desde el punto de vista del médico, se consiguió una mayor visibilidad del (futuro) intérprete. El profesional médico se dio cuenta de que el papel del intérprete es fundamental en la interacción con el paciente y que, a pesar de que tradicionalmente se piensa que «la mayoría del personal de los servicios públicos o de las agencias sociales creen que cualquier persona que se autodefina como bilingüe puede ejercer como intérprete» (Miguélez, 2003: 39), conocer cómo se desenvuelven los estudiantes en un marco como el descrito y la complejidad del papel que desempeñan, hizo que modifi-

caran su idea y tomaran conciencia de la importancia de contar con profesionales en este ámbito. El conocer de primera mano a alumnos en formación y saber que estos deben cumplir deberes éticos similares que ellos mismos deben acatar dotaba a la figura del intérprete de mayor profesionalidad frente a los médicos. Además, la situación de asimetría o diferencia de estatus que a menudo impregnan las intervenciones de intérpretes con determinados profesionales (Collados y Fernández, 2001; Hale, 2010) se fue diluyendo a lo largo de las sesiones, ya que, como hemos dicho, ambas partes desarrollaron estrategias de colaboración mutua y de trabajo en equipo.

En cuanto al intérprete en formación, comenzar con clases prácticas de este tipo favoreció la autoconciencia de ser agente interviniente en la interacción y no solo mero transmisor. Los alumnos aprendieron a presentarse y explicar su papel al profesional antes de comenzar el *role play*, a situarse a una distancia adecuada respecto a ambas partes y a modular su lenguaje adaptándolo a sus respectivos interlocutores. Además, reforzaron sus destrezas de documentación especializada y terminológicas. Por último, reflexionaron sobre los dilemas éticos que se plantean a diario en estos contextos y además aprendieron a (auto)evaluar sus decisiones y las consecuencias de las mismas. El paralelismo de las obligaciones deontológicas entre médico e intérprete facilitó una mejor y más profunda comprensión de sus contenidos y sus limitaciones, pero sobre todo les ayudó a tomar conciencia de la importancia de su papel y de las dificultades psicológicas que puede entrañar, por lo que la formación especializada y multidisciplinar se presenta como un imperativo para el intérprete en estos contextos.

Notas

1. Instituto Nacional de Estadística <http://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf> [Consulta: 02.XI.17].
2. Otras universidades ofertan 25 créditos (Universidad Alfonso X el Sabio) o 24 en la Universidad Pontificia de Comillas. Con 12 créditos, se encuentran universidades como la de Vic, Valencia o Granada. No obstante, hay algunas universidades en las que se puede optar por un itinerario de interpretación, en el que se ofertan hasta 30 créditos de esta asignatura. Es el caso de la Universidad Autónoma de Barcelona, la Universidad Autónoma de Madrid o la Universidad Complutense de Madrid –CES Felipe II –, que llega a ofertar 60 créditos, entre los que se incluyen asignaturas de interpretación en los servicios públicos (Martin, 2015: 95-97).
3. Comunicación personal.
4. Para más información, véase la web <<http://red-comunica.blogspot.com.es/>> [Consulta: 02.XI.17].
5. La red Comunica está compuesta por los siguientes grupos de investigación: GRETI (Universidad de Granada), CRIT (Universidad Jaime I de Castellón), FITISPOS (Universidad de Alcalá de Henares), MIRAS (Universitat Autònoma de Barcelona) y ALFAQUEQUE (Universidad de Salamanca).
6. La Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes Judiciales y Jurados (APTJJ), la Asociación de Intérpretes de Conferencia de España (AICE) o la Asociación Española de Traductores, Correctores e Intérpretes (ASETRAD)

7. Documento titulado: «Instrucciones preoperatorias para laparoscopia ginecológica» procedente de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.
8. Véase Código de Deontología médica: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf> [Consulta: 02.XI.17].

Referencias bibliográficas

- Alonso, I., y Baigorri, J. (2008): «Enseñar la interpretación en los servicios públicos: una experiencia docente», *Redit*, 1: 1-25.
- AICE (Asociación de Intérpretes de Conferencias de España) (2012): *Código Deontológico Intérpretes AICE* <<http://www.aice-interpretes.com/pdf/codigo-deontologico.pdf>> [consulta: 31.X.2017].
- APTIJ (Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes Judiciales y Jurados) (2010): *Código deontológico para intérpretes y traductores judiciales y jurados* <<http://www.aptij.es/img/doc/CD%20APTIJ.pdf>> [consulta: 31.X.2017].
- ASETRAD (Asociación Española de Traductores, Correctores e Intérpretes) (s.f.): *Código deontológico*. <<https://asetrad.org/la-asociacion/codigo-deontologico>> [consulta: 31.X.2017].
- Baigorri, J. et al. 2006: *Materiales didácticos para la enseñanza de la interpretación en el ámbito social*. CD ROM. Ediciones Universidad de Salamanca.
- Cambridge, J. (2002): «Interlocutor roles and the pressures on interpreters». En *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades. Community interpreting and translating: new needs for new realities*, Carmen Valero Garcés y Guzmán Mancho Barés (eds.), pp. 119-124. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Collados Aís, A. y M.M. Fernández Sánchez (2001): *Manual de interpretación bilateral*. Granada: Comares.
- Del Pozo Triviño, M. (2009): «Una propuesta formativa en interpretación en los servicios públicos en el marco del EEES» *Redit*, 3: 31-51.
- Fernández Pérez, M. (2011): «Variedades de ejercicios de roleplay como herramienta didáctica na formación de nntérpretes para os servicios públicos». En S. Cruces Colado, M. del Pozo Triviño, A. Luna Alonso y A. Álvarez Lugiés (eds.). *Traducir en la frontera*. Granada: Atrio, pp. 161-169.
- Fernández Pérez, M. (2015): «Designing role-play Models for Telephone Interpreting Training». *MonTI. Monografías de Traducción e Interpretación*, núm. esp. 2: 259-279. <doi: <http://dx.doi.org/10.6035/MonTI.2015.ne2.10>> [consulta: 11.XI.2017].
- García Luque, F. (2009): «Translation as a mediating activity: the influence of translation metaphors in research, practice and training of the community interpreting», *Entreculturas*, 1: 647-668.
- Hale, S. B. (2010): *La interpretación comunitaria, la interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. Granada: Comares.
- Instituto Nacional de Estadística de España: «Cifras de Población a 1 de enero de 2017. Estadística de Migraciones 2016 Datos Provisionales» <http://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf> [consulta: 31.X.2017].
- Jiménez Ivars, A. (2012): *Primeros pasos hacia la interpretación. Inglés-Español. Guía didáctica*. Castellón: Universidad Jaume I. Servicio de Comunicación y Publicaciones.
- Kalina, S. (2015): «Ethical challenges in different interpreting settings», *MonTI*, núm. esp. 2: 63-83. <DOI: 10.6035/MonTI.2015.ne2.2> [consulta: 6.XI.2017].
- Lázaro, R. (2009): «Dilemas éticos del traductor / intérprete en los servicios públicos», Departamento de Filología Moderna, Universidad de Alcalá de Henares <http://www.translationactivism.com/articles/Raquel_Lazaro.pdf> [consulta: 08.XI.2017].
- Martin, A. (2000): «La interpretación social en España». En Kelly, D. (Ed.). *La Traducción y la Interpretación en España hoy: perspectivas profesionales*, pp. 207-221. Granada: Comares.
- Martin, A. (2007): «El grupo Comunica. Observatorio Permanente sobre la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en España», *Puentes*, 7: 99-100.
- Martin, A. (2015): «La formación en interpretación en España: pasado y presente», *MonTI*, núm. esp. 2: 87-110. <DOI: 10.6035/MonTI.2015.ne2.3> [consulta: 6.XI.2017].
- Miguélez, C. (2003): «Traducción e interpretación en los servicios públicos en la Unión Europea». En Valero Garcés, C. (Ed.). *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 35-47.
- Niska, H. (2002): «Community interpreter training. Past, present, future». En Garzone, G. y M. Viezzi. (Eds.). *Interpreting in the 21st century*, pp. 133-158. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Ozolins, U. (2013). «Role playing “Pumpkin”». En Schäffner C., K. Krenens y Y. Fowler (Eds.). *Interpreting in a changing landscape*, pp. 31-43. Amsterdam: John Benjamins.
- Rudvin, M. (2007): «Professionalism and ethics in community interpreting. The impact of individualist versus collective group identity», *Interpreting*, 9 (1): 47-69.
- Ruiz Mezcuca, A. (2010): La enseñanza de la interpretación social en el contexto biosanitario: la preparación psicológica del intérprete médico, *Trans*, 10: 143-160.
- Ruiz Rosendo, L. (2013): «Didáctica de la interpretación: aplicación especializada en el ámbito de la medicina», *Skopos*, 3: 201-222.
- Sanz-Moreno, R. (en prensa): «El profesional del Derecho en la formación del intérprete. Una experiencia didáctica». *Revista d'Innovació Docent Universitària*.
- Valero Garcés, C. (2004): «Barreras lingüísticas en la comunicación intercultural: Datos y acciones», *OFRIM, Suplementos-II*, Junio 2004, pp. 17- 36 <https://www.researchgate.net/publication/28089621_Barreras_linguisticas_en_la_comunicacion_intercultural_Datos_y_acciones> [consulta: 30.X.2017].
- Valero Garcés, C. (2006): *Formas de mediación intercultural. Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Conceptos, datos, situaciones y prácticas*. Granada: Comares.
- Toledano C. et al. (2015): «Hacia una especialización en interpretación en el ámbito de la violencia de género: investigación, formación y profesionalización», *MonTI*, núm. esp. 2: 139-160. < DOI: 10.6035/MonTI.2015.ne2.5 > [consulta: 10.XI.2017].



Corpus e interpretación biosanitaria: extracción terminológica basada en bitextos del campo de la Neurología para la fase documental del intérprete¹

Miriam Seghiri*

Resumen: En el presente trabajo ilustraremos una metodología de extracción terminológica basada en bitextos para la creación de un glosario bilingüe y bidireccional (inglés-español/español-inglés) para la interpretación biosanitaria y, más concretamente, del campo de la Neurología. Con objeto de ilustrar esta metodología nos centraremos en los parámetros de diseño del corpus de bitextos y, a continuación, en el protocolo de compilación en seis fases, a saber, búsqueda, descarga, conversión de formato, codificación, almacenamiento y alineación. Finalmente se procederá a la extracción semiautomática de los términos que integrarán el glosario bilingüe de neurología con el programa LexTerm.

Palabras clave: bitextos, documentación, glosario, interpretación, lingüística de corpus, terminología.

Corpora and medical interpreting: terminology extraction based on bitexts for the interpreter's documentation process

Abstract: In this paper we apply the benefits of exploiting corpora, and particularly bitexts, for extracting terminology for interpreters. We present a systematic methodology for extracting bilingual and bidirectional glossaries (English-Spanish/Spanish-English) based on bitexts for medical interpreters working in Neurology. In order to illustrate this methodology, we focus on corpus design and on the compilation protocol in six steps: searching, downloading, text formatting, giving a code number, saving data and alignment. Finally, we illustrate how to extract the terms semiautomatically in order to build a bilingual and bidirectional glossary with LexTerm.

Keywords: bitexts, corpus linguistics, documentation, glossary, interpreting, terminology.

Panace@ 2017; 18 (46): 123-132

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

1. Introducción

La preparación documental tanto para un traductor como para un intérprete resulta fundamental para poder ofrecer un producto final de calidad; en este sentido, tal y como apunta Gile (2009: 144-158), a pesar de las diferencias existentes entre las dos profesiones (y disciplinas), un buen conocimiento lingüístico y terminológico es esencial para el ejercicio de ambas. Así, según Choi (2005), la preparación previa del intérprete cuenta con dos fases, una primera de corte temático, que le permitirá comprender los contenidos y conceptos del tema objeto de preparación; y, una segunda, de corte terminológico, que consiste en familiarizarse con la terminología, léxico y expresiones del ámbito objeto de estudio. De esta forma, la preparación terminológica y la temática coinciden en gran medida y ambas pertenecen, como no puede ser de otro modo, a la fase documental de carácter previo a la interpretación. Sin embargo, como subraya Gile (2009: 144-158) en el caso concreto del intérprete, la fase documental previa se perfila como fundamental en tanto que este no cuenta con muchas posibilidades de poder documentarse durante el proceso de ejecución del encargo, mientras que el traductor sí puede hacerlo. De hecho, el intérprete, durante la interpretación misma, precisa de materiales que

sirvan para la comunicación inmediata y que puedan ser consultados rápidamente. Como bien expone Lievens (2015: 30), «la solución para el problema léxico es la construcción de un glosario». Esta afirmación coincide con los resultados de una encuesta realizada a intérpretes elaborada por Corpas Pastor y Fern (2015: 54) que reveló que el recurso preferido por estos profesionales son los glosarios o diccionarios bilingües, tanto para la fase previa como durante el proceso de interpretación.

Sin embargo, a pesar de la predilección de los intérpretes por el uso de glosarios, el principal problema es que, en muchas ocasiones, no existen sobre la temática específica sobre la que tienen que interpretar ni en el par de lenguas con el que trabajan. De este modo, no les queda otra solución que elaborar su propio glosario durante la fase documental que, a su vez, podrán consultar durante el proceso de interpretación. Estos glosarios pueden construirse de dos formas, bien de manera manual, o bien de forma (semi-) automática. En este sentido, no cabe duda de que, habida cuenta del escaso tiempo con el que cuenta el intérprete en la fase previa a la interpretación, a lo que se suma, en ocasiones, la falta de información sobre la temática objeto de interpretación, la opción de elaborar un glosario de forma (semi-) automática en escasos minutos

* Departamento de Traducción e Interpretación de la Universidad de Málaga, Málaga (España). Dirección para correspondencia: seghiri@uma.es

—incluso, momentos antes de entrar en cabina— se perfila como una solución óptima.

Son múltiples los trabajos que señalan las virtudes del uso de corpus para traducir (*cf.* Bowker, 1998; Varantola, 2000; Seghiri, 2011; Sánchez Ramos, 2016; Sánchez Ramos y Vigier Moreno, 2016; Vigier Moreno, 2016; Postigo y Calleja, 2017; Postigo y Mira, 2017), incluso algunos van más allá y subrayan las ventajas del empleo de bitextos para la generación de glosarios para la traducción y, de forma más incipiente, para la interpretación (*cf.* Seghiri, 2006, 2011, 2015, 2017; Gallego y Tolosa, 2012; Pérez Pérez, 2013; Lievens, 2015; Corpas Pastor y Seghiri, 2016 o Zaretskaya *et al.*, 2016, entre otros).

Así, en este trabajo, presentaremos una metodología protocolizada para la extracción terminológica a partir de la explotación de bitextos. Esta metodología adaptará los postulados de Seghiri (2006, 2011, 2015 y 2017), orientados a traductores, para la generación de glosarios de forma (semi-) automática para intérpretes. Se ejemplificará a través de la creación de un corpus bilingüe (español-inglés) de textos paralelos o bitextos, esto es, textos originales y sus traducciones, del ámbito biosanitario, y más concretamente del campo de la Neurología. Esta elección no es casual, pues viene dada por el hecho de que «[d]esde que en 2007 se publicó el actual sistema formativo de la especialidad de Neurología [...] la Neurología es una de las especialidades preferidas por los primeros números del MIR y en una de las que primero se cubren la totalidad de las plazas ofertadas. [De hecho], la demanda de plazas de Neurología ha crecido un 86% entre los 500 primeros números del MIR» (Pérez Abril, 2015).

2. Definición de Neurología

La Neurología, que ya se había consolidado como disciplina en las últimas décadas del siglo XIX, es una especialidad médica (Zarranz, 2007: 9) que se incluye en la clasificación universal de la UNESCO (1983: 8). Es posible localizarla en esta clasificación dentro de las ciencias médicas (categoría 32, *Medical Sciences*) y, más concretamente, se ubica en medicina interna (nivel 3205, *Internal medicine*) como una subdisciplina (subdisciplina 3205.07, *Neurology*). La Sociedad Española de Neurología (2010: 1) la define como sigue:

[1]a Neurología es la especialidad médica que estudia la estructura, función y desarrollo del sistema nervioso (central, periférico y autónomo) y muscular en estado normal y patológico, utilizando todas las técnicas clínicas e instrumentales de estudio, diagnóstico y tratamiento actualmente en uso o que puedan desarrollarse en el futuro. La Neurología se ocupa de forma integral de la asistencia médica al enfermo neurológico, de la docencia en todas las materias que afectan al sistema nervioso y de la investigación, tanto clínica como básica, dentro de su ámbito.

Asimismo, según el Consejo Nacional de Especialidades Médicas (1996: 432), el neurólogo sería el médico que tiene como especialidad la Neurología y el campo de acción de la

Neurología se daría tanto en el ámbito asistencial (la evaluación de las enfermedades del sistema nervioso central y periférico), como en el docente (la enseñanza de la especialidad en los distintos niveles formativos) y en el investigador (la investigación básica y clínica aplicada).

Por lo que se refiere a las enfermedades neurológicas, son aquellas que afectan al sistema nervioso central y periférico (Sociedad Española de Neurología, 2010: 1) y se estima que existen más de 600 entidades, o patologías, diferentes (MedlinePlus, 2013). Para la clasificación de las patologías neurológicas se suele recurrir a la novena revisión (Modificación Clínica) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2012), también conocida como CIE-9-MC. En la siguiente figura (*cf.* Figura 1) se pueden observar los apartados principales que se enumeran en las *Enfermedades del Sistema Nervioso* (sin incluir los Órganos Sensoriales), según la mencionada CIE-9-MC (Organización Mundial de la Salud, 2012: 691-715):

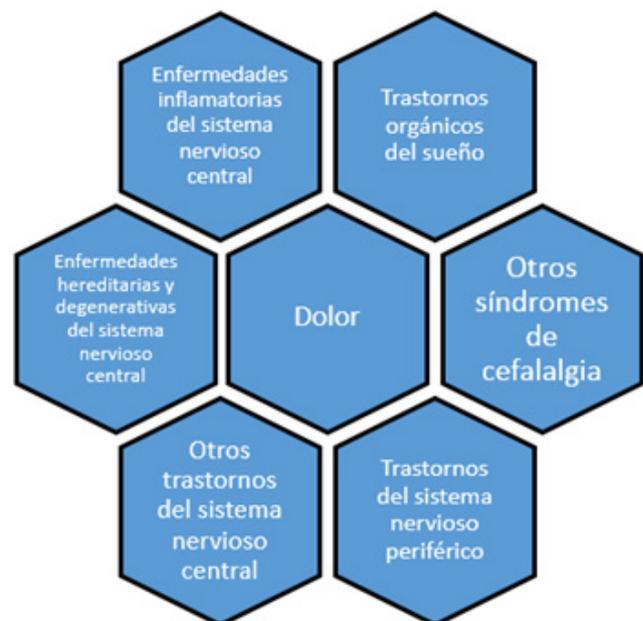


Figura 1. Clasificación de enfermedades neurológicas según la clasificación CIE 9 (elaboración propia)

3. Elaboración de un corpus de bitextos de Neurología

Un corpus puede definirse como una colección de textos escogidos según unos criterios de diseño (Atkins *et al.*, 1991: 1) que se pueden utilizar como muestra de una lengua o parte de ella (Tengku *et al.* 2010: 6-7; Atkins *et al.*, 1991: 2), aunque debe ser representativo para ser considerado un corpus propiamente dicho (Corpas, 2001: 156; Seghiri, 2006). Dentro de todos los tipos de corpus existentes, en el presente trabajo nos centraremos en aquel «virtual» que, en palabras de Seghiri (2011: 16 y 17), es aquel que se crea únicamente a partir de recursos electrónicos en Internet con el objetivo de realizar la labor de documentación de forma económica (únicamente se precisa de un ordenador con conexión a Internet), rápida (los textos se pueden descargar en cuestión de segundos) y fiable (se pueden consultar textos del mismo género y actuales).

Asimismo, nuestro objetivo será compilar un corpus paralelo bilingüe, o de bitextos. Este último término, bitexto, fue acuñado por Harris (1988: 8) quien, desde su punto de vista, considera que un texto original y su traducción no son en realidad dos textos sino que conforman «a single text in two dimensions, each of which is a language». Otros autores completan esta definición indicando que un corpus paralelo o de bitextos puede estar compuesto bien por textos originales en un idioma y sus traducciones en otra lengua, bien por textos traducidos sin su texto origen (Tengku *et al.*, 2010: 12).

Una vez aclarados estos conceptos, procedemos a abordar los criterios de diseño (*cf.* 3.1.) y el protocolo de compilación (*cf.* 3.2) del corpus virtual de bitextos de Neurología.

3.1. Criterios de diseño

Con objeto de construir un corpus de bitextos del campo de la Neurología, será necesario encontrar un género en el que abunden los textos originales y sus respectivas traducciones, a la par que terminología especializada. De este modo, en los artículos de investigación médica es frecuente encontrar resúmenes en varios idiomas que, habitualmente, han sido sometidos a un proceso de revisión por los evaluadores de las revistas donde se publican, por lo que su extracción supondría un valioso recurso como base para la construcción de un futuro glosario para el intérprete. Así, se pretende elaborar un corpus de bitextos de *abstracts* o resúmenes de artículos especializados de Neurología en inglés y español. Para este corpus, los criterios de diseño que se establecen son el género (artículos de investigación científica y, en particular, sus resúmenes o *abstracts*), la autoría (especialistas que publican en revistas de medicina, y en particular de Neurología) y la temática de los mismos (Neurología), así como su antigüedad (de 2010 hasta la fecha). El corpus será *virtual*, pues se recurrirá exclusivamente a resúmenes publicados en revistas electrónicas de medicina. Por otro lado, el medio de los textos que se recogerán en el corpus será *escrito*, en concreto, se tratará de resúmenes redactados por médicos procedentes de España o que trabajen en este país (con objeto de limitar diatópicamente el corpus al español peninsular), así como los *abstracts* de esos mismos artículos traducidos al inglés, por lo que el corpus será, a su vez, bilingüe y monodireccional. En cuanto a la antigüedad de los documentos, como ya hemos indicado, solamente se han utilizado aquellos artículos que se publicaron a partir del 2010 para contar con un número considerable de muestras para el corpus pero que, a su vez, no estén desfazados con respecto a los avances médicos que se han producido en este campo. Del mismo modo, el corpus será parcial, ya que no se recurrirá a artículos científicos completos, sino que se extraerán exclusivamente sus resúmenes, por ser la única parte del trabajo que se encuentra, por lo general, en dos lenguas. Ya que todos los textos recogidos son resúmenes y tienen la misma temática, el corpus será homogéneo. Asimismo, será representativo a nivel cualitativo, pues los resúmenes fueron escritos por especialistas en el campo de la Neurología.

Así, nuestro objetivo será compilar un corpus de bitextos, bilingüe y monodireccional (español-inglés), textual, virtual, actual, parcial, homogéneo y representativo de resúmenes de artículos científicos de investigación en Neurología, que servirá de base para la elaboración de un glosario bilingüe y bidireccional para el intérprete.

3.2. Protocolo de compilación

Con el diseño del corpus de bitextos bien establecido, y para asegurar que el corpus sea representativo desde el punto de vista cualitativo, es importante seguir un protocolo de compilación. Se destacan, así, cinco fases basadas en los postulados de Seghiri (2006, 2011, 2015 y 2017), que se describirán con más detalle a continuación, a saber, localización de bitextos, descarga, conversión de formato, codificación y almacenamiento. A estas fases, propias de la compilación de corpus comparable, le sigue una sexta, la alineación (*cf.* Castillo Rodríguez, 2009), necesaria para la futura gestión y explotación de los bitextos.

El primer paso en el proceso de compilación consiste en la localización de bitextos, a saber, de los resúmenes de los artículos de investigación en español e inglés que conformarán el corpus de Neurología. En la actualidad hay una gran variedad de fuentes disponibles en Internet donde se pueden encontrar textos médicos. No obstante, para este corpus se realiza una búsqueda institucional, pues las fuentes de las cuales se obtengan los textos que compondrán el corpus de bitextos deben ser fiables para asegurar la representatividad cualitativa de la muestra. Por este motivo, todos los resúmenes se han extraído de la revista electrónica *Neurología*,² perteneciente a la Sociedad Española de Neurología, una de las principales asociaciones médicas en su campo de especialidad.

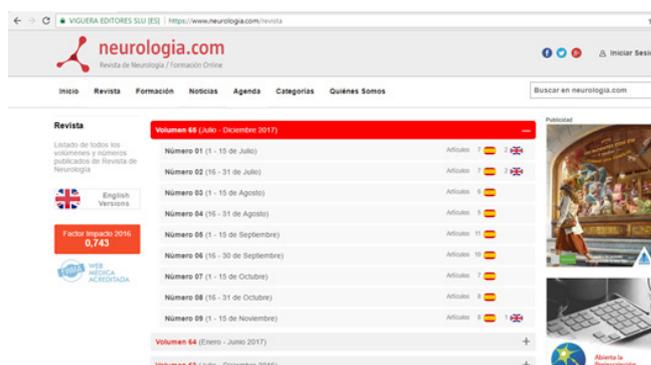


Figura 2. Página principal de la revista electrónica *Neurología*

Tras localizar los resúmenes, el segundo paso consistirá en la descarga de los bitextos para poder acceder a ellos sin necesidad de una conexión a Internet. En el caso de la revista *Neurología* se puede acceder de forma gratuita a todos los *abstracts* y resúmenes publicados sin necesidad de suscripción alguna. Las descargas se pueden realizar bien de forma manual, a través de la opción de búsqueda de la revista, bien por lotes (o grupos de resúmenes) gracias a programas como HTTrack.³

Una vez descargados los resúmenes en inglés y en español, se ha podido observar que los documentos que se han obtenido se encuentran en formato HTML (.html) o PDF (.pdf). En este sentido, el tercer paso consistirá en una conversión de formato de los documentos descargados para que el programa que explote el futuro corpus de bitextos los pueda reconocer, pues, por lo general, estos programas solo gestionan documentos en formato de texto plano (.txt). Así, los resúmenes en formato HTML se pueden tratar de dos maneras, a saber, bien copiando el texto relevante en un formato de texto plano (.txt) de forma manual; o bien recurriendo a un programa para convertir los textos en HTML a texto plano, como Online-Converter.⁴ Por otro lado, para los resúmenes que se encontraban en PDF, se utilizó el programa de conversión de formato PDF (.pdf) a texto plano (.txt) *UniPDF*⁵ (cfr. Figura 3), a través de la selección de la opción *Text* (texto) disponible en las opciones de *Output format* (formato de salida):

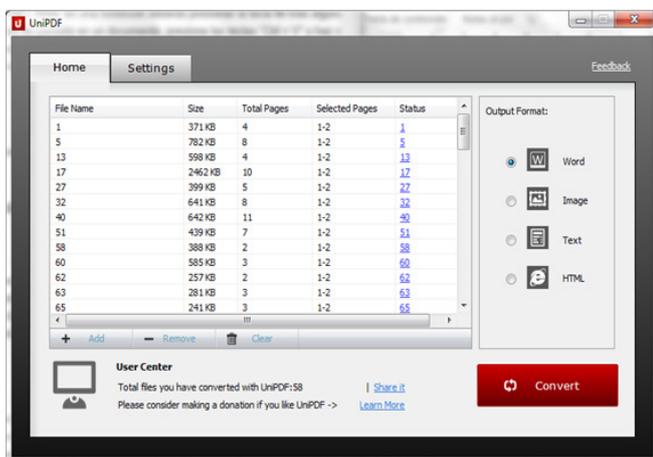


Figura 3. Conversión de resúmenes en formato PDF (.pdf) a texto plano (.txt) con el programa UniPDF

También debe revisarse el texto, ya que pueden aparecer errores al convertirse al nuevo formato, como la desaparición de la «ñ» o de algunas tildes, entre otros (cfr. Castillo Rodríguez, 2009: 6). Esta tarea de revisión puede automatizarse a través del programa Scleaner.⁶ El mencionado programa elimina las tabulaciones y espacios en blanco extras, corrige erratas, o divide las frases por el sitio correcto automáticamente, entre otras opciones.

Una vez descargados los documentos, el cuarto paso consiste en la codificación de los bitextos para que se puedan identificar con facilidad y, con objeto de que los programas para la gestión de bitextos puedan explotarlos en paralelo, esto es, que puedan identificar qué documento es el original y su correspondiente traducción. A este respecto, se pueden crear una serie de códigos compuestos por números y letras. En nuestro caso, hemos optado por la siguiente codificación (cfr. Figura 4), a saber:

1. Número: comenzando por «01», la numeración sirve para saber cuántos textos hay y para ordenarlos por

antigüedad de recopilación. Se numerarán igual tanto el texto original como su correspondiente traducción con objeto de que puedan gestionarse en paralelo.

2. TO o TM: «TO», es decir, «Texto Original», indica que el texto es original, mientras que «TM», «Texto Meta», expresa que el texto es traducido.
3. ES y EN: «ES» refleja que los textos están escritos en español, mientras que «EN» significa que los textos están escritos en inglés.
4. RE: indica que son resúmenes.

La codificación puede realizarse manualmente o bien, automatizarse, gracias a programas como LupasRename,⁷ lo que supone un ahorro considerable de tiempo.

Durante el quinto paso, el corpus debe almacenarse convenientemente en carpetas y subcarpetas que permitan su correcta localización e, incluso, futura ampliación. Así, se ha decidido crear una carpeta principal que indique la temática del corpus de bitextos —corpus de resúmenes de Neurología— que contiene dos subcarpetas que expresan el idioma de los mismos —español e inglés— y, del mismo modo, en su interior, se han creado otras dos carpetas que indican el formato de los documentos —PDF y texto plano ASCII— (cfr. Figura 4):

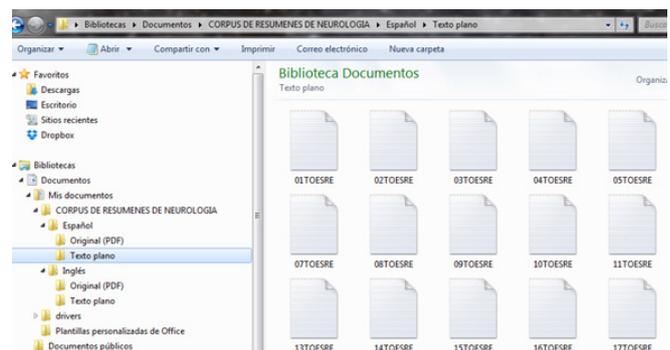


Figura 4. Codificación y almacenamiento del subcorpus en español

Cuando ya se han ejecutado los cinco pasos (localización de bitextos, descarga, conversión de formato, codificación y almacenamiento) tenemos como resultado un corpus de bitextos (español e inglés) compuesto por 200⁸ textos (100 resúmenes originales en español y sus correspondientes 100 traducciones al inglés,) que constan de un resumen o *abstract* de artículos de Neurología, así como sus palabras clave.

Finalmente, el último paso consiste en la alineación. Así, los documentos deben alinearse para poder procesarse sin errores por programas de gestión de corpus. La alineación de los textos facilita que se puedan establecer correspondencias entre los párrafos de los resúmenes recopilados. En la actualidad existen muchos programas (libres o comerciales) que pueden realizar esta tarea. Nosotros hemos elegido LF Aligner,⁹ gratuito, que permite crear memorias de traducción y corpus textuales, así como su exportación en formato de memoria de traducción (Translation Memory eXchange, .tmx) o en formato de texto plano (.txt) con codificación UTF-8. El programa

es muy intuitivo y su uso es relativamente sencillo: hay que especificar el formato y la codificación de los textos (en este caso, texto plano con codificación UTF-8), el par de lenguas de los textos que se van a alinear y, por último, seleccionar los documentos que se quieren alinear (cfr: Figura 5).

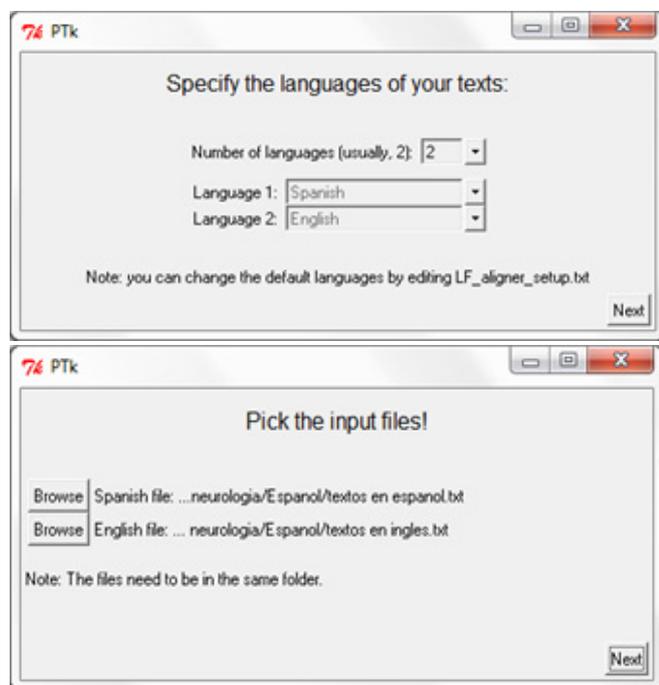


Figura 5. Interfaz de usuario de LF Aligner

Una vez que se ha acometido la alineación, LF Aligner muestra cuántas líneas se han creado para cada idioma y ofrece la opción de revisar la alineación de modo manual, ya sea con el editor gráfico del programa o mediante un archivo de Excel (.xls). Tras llevar a cabo la revisión con el editor gráfico, se muestran los textos alineados por frases, como se puede apreciar en la figura 6.

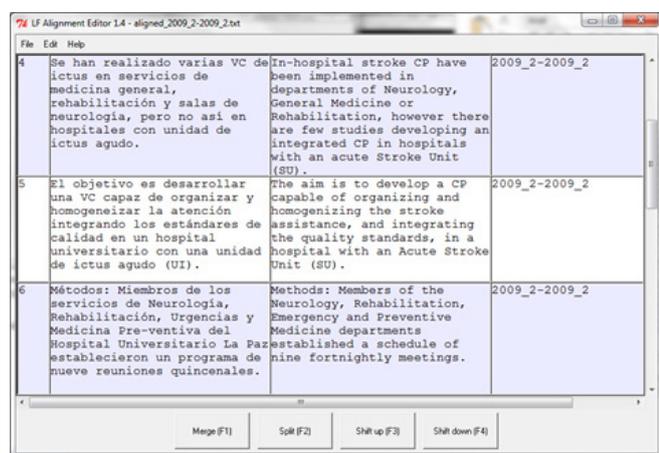


Figura 6. Alineación de los resúmenes de artículos científicos de Neurología (español-inglés) con LF Aligner

Durante la revisión es posible unir o separar los párrafos (*Merge* y *Split*), así como desplazarlos hacia arriba (*Shift up*)

o hacia abajo (*Shift down*), como se puede ver en los cuatro botones inferiores de la pantalla principal (cfr: Figura 6). Del mismo modo, en el menú desplegable *Edit* se pueden ejecutar diferentes acciones para editar la alineación, como cambiar el orden de las columnas, borrar las celdas que estén vacías y modificar el texto original, en caso de que se detecte algún error, entre otras opciones.

Una vez que se ha finalizado la etapa de revisión y edición de la alineación del texto original y su traducción, el programa ofrece la opción de crear un archivo con extensión .tmx, es decir, una memoria de traducción que se puede utilizar en programas TAO (Traducción Asistida por Ordenador). Asimismo, es posible extraer los documentos alineados con formato de texto plano con codificación UTF-8, que serán los que utilizaremos para la gestión con el programa de concordancias (cfr: Figura 7).

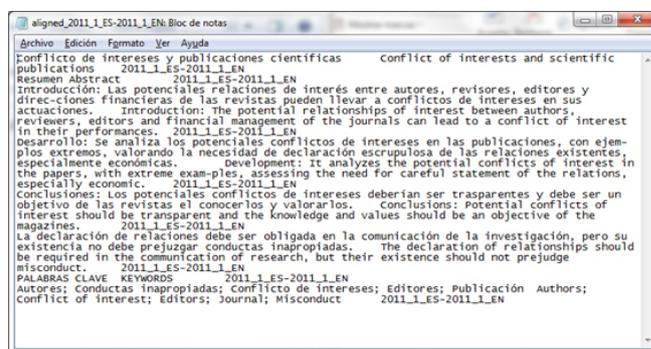


Figura 7. Texto alineado con LF Aligner

4. Extracción terminológica basada en bitextos para la elaboración de un glosario de Neurología

Para la extracción terminológica basada en bitextos con objeto de elaborar un glosario bilingüe y bidireccional (inglés-español/español-inglés) de Neurología recurriremos al programa LexTerm, por tratarse de un programa de extracción automática de terminología y equivalentes de traducción que se basa en técnica estadística, así como por ser gratuito, de libre distribución y de código abierto (Oliver *et al.* 2007).

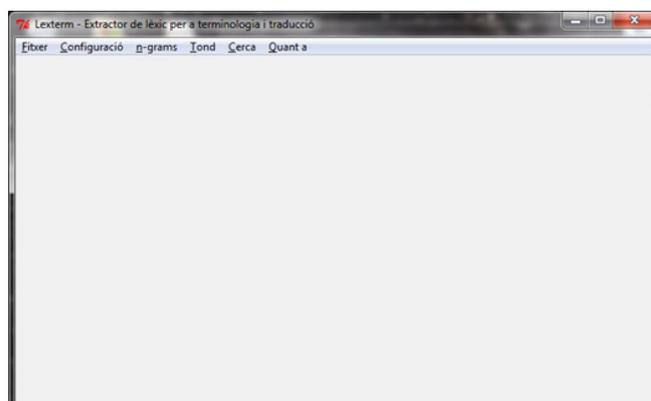


Figura 8. Interfaz de usuario y barra de herramientas de LexTerm

4.1. Extracción de candidatos a término y de equivalentes de traducción

Para empezar a utilizar LexTerm, en primer lugar, se procederá a abrir el corpus de bitextos. Para ello, se debe elegir la opción *Fitxer* para que se despliegue un menú y, en él, hay que seleccionar la opción *Obre corpus paral·lel*; o bien, utilizar el atajo de teclado «Ctrl + p».

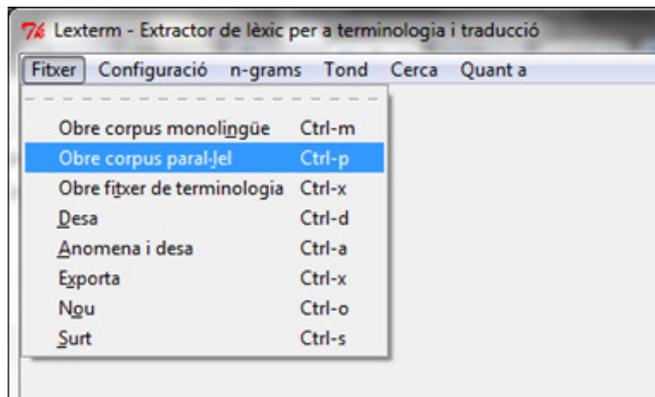


Figura 9. Menú desplegable de LexTerm

Después de subir el documento alineado que se quiere gestionar, y de configurar el programa de acuerdo a nuestras necesidades, podemos comenzar a extraer los términos del texto de origen (español) con la opción *n-grams* de la barra de herramientas (cfr. Figura 9). Al seleccionar esa opción, se cargarán un máximo de 250 términos (cfr. Figura 10):

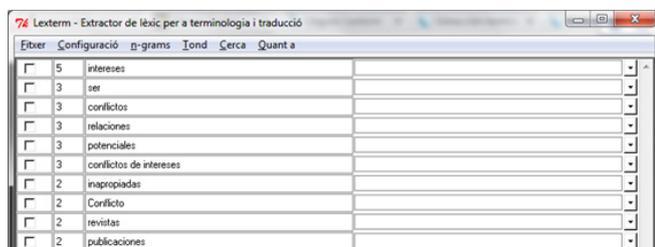


Figura 10. N-gramas en LexTerm

Debido a que al principio seleccionamos un máximo de 3-gramas, el número máximo de palabras combinadas será de tres. En la columna izquierda de la interfaz se muestran los candidatos a término del texto seleccionado, resultado de la búsqueda automática de n-gramas, y el programa los ordena por frecuencia de aparición, es decir, en primer lugar, se muestra el n-grama que más veces se repite en un texto, mientras que en el último lugar se puede ver el n-grama menos frecuente. El número a la izquierda del candidato a término indica el número de veces que dicho término aparece en el texto (cfr. Figura 10). En el caso de este corpus, la frecuencia de las palabras nunca será demasiado alta debido a que los textos se tratan de resúmenes y no de artículos completos. Del mismo modo, si no se hubiera utilizado una lista de palabras vacías, las palabras que aparecerían con más frecuencia serían aquellas que no aportan significado (cfr. Figura 11).

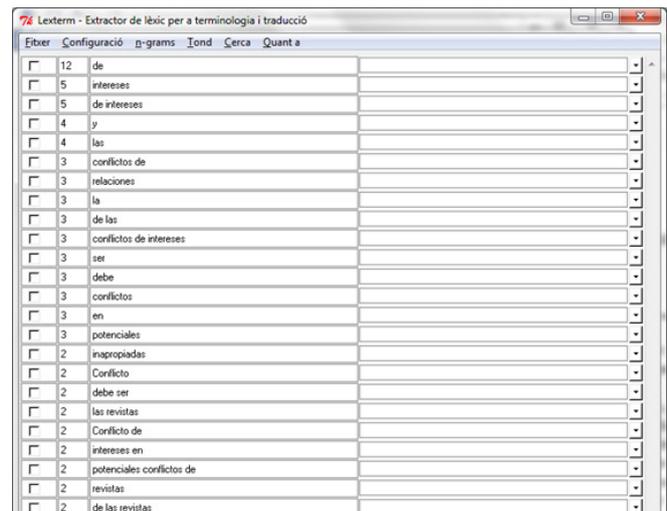


Figura 11. N-gramas sin stop-words en LexTerm

Después de que LexTerm haya extraído de forma automática los candidatos a término, continuamos con la búsqueda de equivalentes de traducción. Para buscar los equivalentes de traducción, se tiene que situar el cursor en la celda del término que se quiera traducir, hacer clic en ella para que el cursor no se mueva y, a continuación, seleccionar *Tond* en la barra de herramientas o bien utilizar el atajo de teclado «Alt + t». Cuando se realiza esta acción, el equivalente más probable aparece de inmediato, aunque podemos elegir otros posibles equivalentes si hacemos clic en el botón que se encuentra a la derecha de la celda del equivalente (cfr. Figura 12).

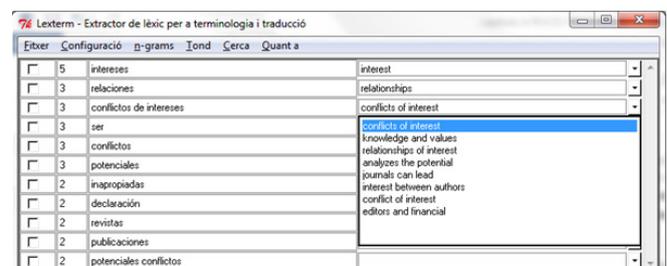


Figura 12. Equivalentes de traducción en LexTerm

Tras seleccionar ese botón, se despliega un cuadro donde se pueden ver otros posibles equivalentes de traducción. En el caso de que el equivalente que queramos seleccionar no se encuentre en ese cuadro, también podríamos escribirlo directamente, de forma manual, en la celda del equivalente.

En algunos casos, es evidente qué candidatos a términos presentados por el programa vamos a elegir para el glosario, así como qué equivalentes de traducción son los correctos. Sin embargo, también hay ocasiones en las que el intérprete puede tener dudas, bien porque desconoce el candidato a término, o bien porque hay más de un equivalente que parece correcto. Cuando esto ocurre, el intérprete puede dirigirse a los textos para ver el contexto en el que aparece el candidato a término o el equivalente. Esta acción se puede realizar desde el mismo programa. Así, si queremos conocer el contexto de

«intereses», por ejemplo, basta con dejar de nuevo el cursor sobre esa celda y seleccionar la opción *Cerca*.

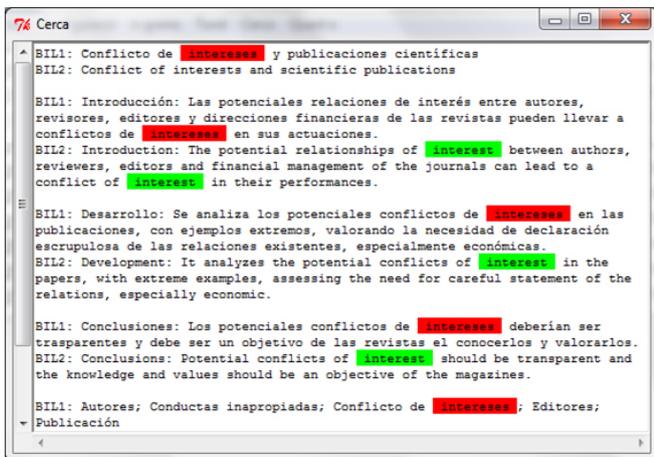


Figura 13. Equivalentes de traducción en LexTerm

Cuando se busca el contexto de los términos, aparece una nueva ventana donde se puede observar la palabra elegida en todos los párrafos del texto en los que aparece. De esta manera, después de la etiqueta «BIL1» aparecerá el párrafo del texto origen en español, y después de «BIL2» aparecerá el párrafo del texto traducido al inglés (cfr: Figura 13).

4.2. Generación del glosario bilingüe y bidireccional de Neurología

Una vez que se han extraído las listas de los candidatos a términos, y que se han seleccionado sus equivalentes de traducción, procedemos a la generación del glosario. En primer lugar, procedemos a seleccionar los términos definitivos y sus equivalentes. Así, descartaremos las palabras vacías que no haya filtrado la lista de *stop-words*, del mismo modo que no incluiremos las palabras generales que no tengan un significado específico en los resúmenes de artículos especializados, como «publicación», «aceptación» o «edición», por ejemplo. Para elegir qué términos se desean incluir en el glosario se debe seleccionar la casilla que se encuentra a la izquierda del número que indica la frecuencia de aparición de las palabras (cfr: Figura 14).

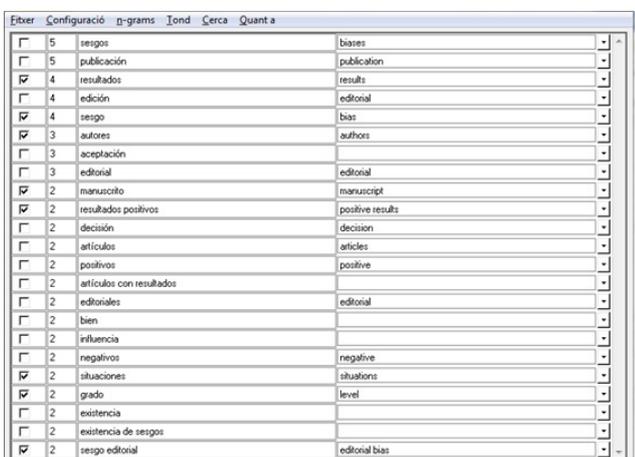


Figura 14. Selección de términos para el glosario

El siguiente paso consiste en exportar los términos escogidos que conformarán finalmente el glosario. Para ello, abriremos de nuevo el menú desplegable *Fitxer* y elegiremos *Exporta*, o bien utilizaremos el atajo de teclado «Ctrl + x» (cfr: Figura 15).

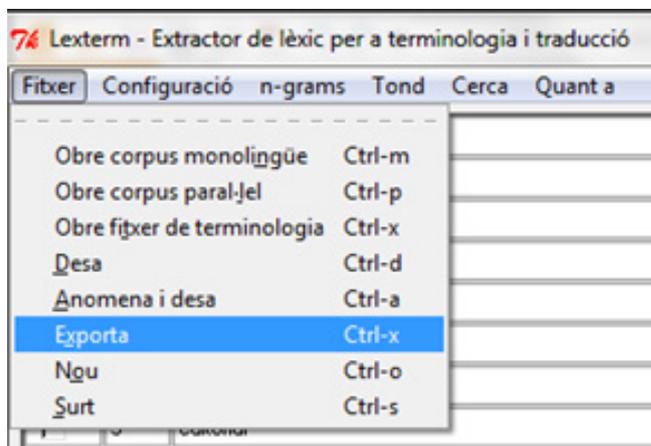


Figura 15. Menú desplegable de LexTerm

Se abrirá un explorador que permitirá elegir la ubicación del glosario generado, ponerle un nombre y guardarlo en formato de texto plano. Tras llevar a cabo estos pasos, el resultado es un documento en el que aparecen los términos en español a la izquierda y sus equivalentes de traducción en inglés a la derecha, separados por un tabulador, tal y como se puede ver en la figura 16.

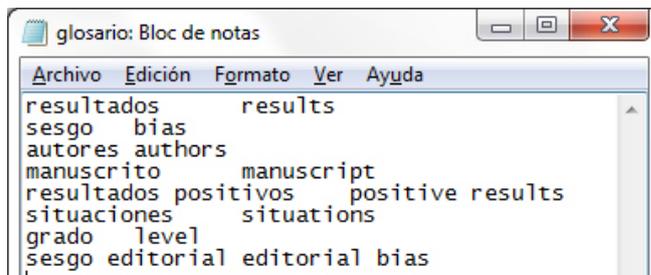


Figura 16. Términos exportados de LexTerm

Se aprovechará el texto plano con separación por tabuladores que ha creado LexTerm para copiar los términos y sus equivalentes y pegarlos en una hoja del procesador Microsoft Excel. Una vez copiado el glosario en Microsoft Excel, el intérprete puede agregar, si lo desea, otros campos, como el año de publicación del artículo, el autor o autores, la referencia completa del artículo, una pequeña definición del término, una frase en la que aparezca para contextualizar y la parte del artículo donde se encuentra el término (si se hubieran utilizado los artículos completos y no solo los resúmenes), entre otros muchos campos que podrían facilitar más información útil a la hora de utilizar un glosario.

En el caso de que se hayan generado varios glosarios, a partir de múltiples documentos alineados, deben pegarse todos los glosarios individuales en la hoja de Excel y, seguidamente, or-

ganizarlos automáticamente por orden alfabético descendente (de la A a la Z): esta acción tan sencilla hará que se puedan buscar y encontrar los términos deseados con más facilidad.

1	ESPAÑOL	INGLÉS
2	AAC	CAA
3	acetilcolina	acetylcholine
4	ácido valproico	valproic acid
5	actividad	activity
6	agudo	acute
7	AIT	TIA
8	alteración	abnormality
9	Alucinación	hallucination
10	ambulatoria	ambulatory
11	amígdala extendida medial	medial extended amygdala
12	amígdala	amygdala
13	amusia	amusia
14	angiopatía amiloidea cerebral	cerebral amyloid angiopathy
15	antibioterapia	antibiotherapy
16	anticuerpos IgG-NMO	NMO-IgG antibodies
17	anticuerpos	antibodies
18	antiepiléptico	antiepileptic

Figura 17. Glosario español-inglés ordenado alfabéticamente.

Hemos obtenido como resultado un glosario bilingüe y monodireccional (español-inglés) a partir del corpus de bitextos alineado con LF Aligner y gestionado con LexTerm (cfr: Figura 17). Para obtener el glosario inglés-español, basta con cambiar el orden de las columnas en Excel; esta acción se puede hacer seleccionando la columna donde se encuentran los equivalentes de traducción en inglés para cortarla, después se debe hacer clic con el botón derecho del ratón sobre la columna A (donde se encuentran los términos en español) y elegir la opción «Insertar celdas cortadas», de este modo en la columna de la izquierda se encontrarán los términos en inglés y a la derecha en español. Seguidamente, tal y como se hizo con el glosario español-inglés, ordenaremos alfabéticamente las entradas para que sea más fácil localizar los términos.

1	INGLÉS	ESPAÑOL
2	A	EA
3	abnormality	alteración
4	acetylcholine	acetilcolina
5	activity	actividad
6	acute	agudo
7	AD	DCL
8	AD	DTA
9	AED	FAE
10	ageing	envejecimiento
11	ALS	ELA
12	Alzheimer's disease	enfermedad de Alzheimer
13	Alzheimer-type dementia	demencia tipo Alzheimer
14	ambulatory	ambulatoria
15	amusia	amusia
16	amygdala	amígdala
17	amyotrophic lateral sclerosis	Esclerosis lateral amiotrófica

Figura 18. Glosario inglés-español ordenado alfabéticamente

Tras realizar estas acciones, hemos obtenido también un glosario bilingüe (inglés-español) a partir del corpus de bitextos creado (cfr: Figura 18).

El resultado final es un glosario bilingüe y bidireccional (español-inglés/inglés-español) de Neurología compuesto por un total de 283 términos en cada lengua, que se encuentra disponible para su consulta en la siguiente dirección URL: <https://goo.gl/F7PNa7>.

5. Conclusiones

En el presente trabajo hemos pretendido aplicar los beneficios de la lingüística de corpus a la interpretación. De este modo, hemos ilustrado una metodología protocolizada para la extracción terminológica basada en bitextos con objeto de generar un glosario, recurso predilecto por excelencia de los intérpretes, tanto en la fase documental previa a la interpretación como durante el proceso de interpretación mismo, tal y como puso de manifiesto la encuesta realizada por Corpas Pastor y Fern (2015) a intérpretes. Para ello, se ha tenido en cuenta, en primer término, el diseño del corpus de bitextos (español-inglés) y, seguidamente, se ha aplicado un protocolo de compilación con seis pasos, a saber, localización de bitextos, descarga, conversión de formato, codificación, almacenamiento y alineación, este último paso llevado a cabo con el programa gratuito LF Aligner. El resultado ha sido un corpus de bitextos monodireccional (español-inglés) de resúmenes de artículos de investigación de Neurología con 100 resúmenes en español y sus correspondientes 100 traducciones al inglés. La extracción terminológica bilingüe y la exportación de los textos candidatos a términos para la generación del glosario a partir del corpus de bitextos se ha ejecutado con el programa, también gratuito, LexTerm. El resultado es un glosario bilingüe y bidireccional (español-inglés/inglés-español) de Neurología, disponible en red, integrado por 283 términos en cada lengua, que puede resultar de gran utilidad para la fase documental previa del intérprete así como una extraordinaria herramienta de consulta durante el proceso de interpretación. La metodología para la generación de glosarios de forma semiautomática aquí ilustrada es totalmente gratuita, a la par que muy rápida una vez interiorizada, y puede aplicarse a cualquier temática y par de lenguas objeto de interpretación.

Notas

1. El presente trabajo se enmarca en el seno de los proyectos VIP (Sistema integrado Voz-texto para IntérPretes, ref. FFI2016-75831) e INTERPRETA 2.0 (aplicación de herramientas TIC para la enseñanza-aprendizaje de la interpretación, PIE17-015), así como parcialmente en los proyectos INTELITERM (ref. FFI2012-38881), TERMITUR (ref. HUM-2754) y POSTrad (ref. PIE 109, 2017-2018), además de la red temática TRAJUTEC, coordinada por la Universidad de Málaga.
2. La revista electrónica *Neurología* se encuentra disponible en la siguiente dirección URL: <https://www.neurologia.com/revista>.
3. El programa HTTrack puede descargarse en la siguiente dirección URL: <http://www.httrack.com/page/20/en/index.html>.

4. Online-Converter puede descargarse en la siguiente dirección URL: <https://documento.online-convert.com/es/convertir-a-txt>.
 5. Se puede descargar una versión gratuita del programa en la siguiente URL: <http://unipdf-converter.softonic.com>.
 6. El programa Scleaner, ideado por Hernani Costa, Gloria Corpas y Miriam Seghiri, se encuentra accesible a través de la siguiente dirección URL: <http://www.lexytrad.es/es/recursos/scleaner>.
 7. Se puede descargar el programa gratuitamente desde la siguiente dirección: <http://rename.lupasfreeware.org>.
 8. El corpus compilado, así, es representativo a nivel cualitativo, gracias al protocolo de diseño y compilación seguidos; por lo que se refiere a la representatividad cuantitativa, se eligió descargar 200 documentos por la limitada extensión que, por lo general, presentan los resúmenes de los artículos científicos y porque, al automatizar el proceso, no suponía un gran consumo de tiempo. Asimismo, se ha podido comprobar que el corpus es representativo a nivel cuantitativo gracias a la aplicación informática ReCor (*cf.* Seghiri 2006, 2014 y 2015). ReCor supone una solución eficaz para determinar *a posteriori*, por primera vez, el tamaño mínimo de un corpus o colección textual, independientemente de la lengua o género textual de dicha colección, estableciendo, por tanto, el umbral mínimo de representatividad a través de un algoritmo (N-Cor) de análisis de la densidad léxica en función del aumento incremental del corpus. El programa puede solicitarse de manera gratuita a través de una solicitud por correo electrónico a: alinares@uma.es.
 9. El programa para alineación de bitextos LF Aligner puede descargarse gratuitamente en la siguiente dirección URL: <https://lf-aligner.soft112.com>.
- Referencias bibliográficas**
- Atkins, Sue; Jeremy Clear y Nicholas Ostler (1991): «Corpus Design Criteria», *Literary and Linguistic Computing*, 7 (1): 1-16.
- Ballester, Leonor y José Antonio Capdevila (2009): «Meningitis bacteriana aguda en adultos», en José Antonio Capdevila (ed.): *Protocolos: Enfermedades infecciosas*. Barcelona: Elsevier.
- Bowker, Lynne (1998): «Using Specialized Monolingual Native-Language Corpora as a Translation Resource: A Pilot Study» *Meta*, 43 (4): 631-651.
- Bradley, Walter G; Robert B. Daroff, Gerald M. Fenichel y Joseph Jankovic (2010): *Neurología clínica*. Barcelona: Elsevier.
- Castillo Rodríguez, Cristina (2009): «La elaboración de un corpus ad hoc paralelo multilingüe», *Revista Tradumática*, 7: 1-11.
- Choi, Jungwha (2005): «Qualité et préparation de l'interprétation. Évolution des modes de préparation et rôle de l'Internet», *Meta*, 50 (4): 1-15.
- Consejo Nacional de Especialidades Médicas (1996): *Guía de formación de especialistas: Neurología*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Cultura. <<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Neurologia.pdf>> [consulta 5.XI.2017].
- Corpas Pastor, Gloria (2001): «Compilación de un corpus ad hoc para la enseñanza de la traducción inversa especializada», *TRANS. Revista de Traductología*, 5: 155-184.
- Corpas Pastor, Gloria y Lily Fern (2016): «A survey of interpreters' needs and practices related to language technology». Documento técnico [FFI2012-38881-MINECO/TI-DT-2016-1]. Málaga: Universidad de Málaga.
- Corpas Pastor, Gloria y Miriam Seghiri (eds.) (2016): *Corpus-based Approaches to Translation and Interpreting: From Theory to Applications*. Frankfurt: Peter Lang.
- Erazo-Torricelli, Ricardo (2013): «Miopatías estructurales congénitas», *Neurología*, 57 (Supl. 1): S53-S64.
- Gallego, Daniel y Miguel Tolosa (2012): «Terminología bilingüe y documentación *ad hoc* para intérpretes de conferencias. Una aproximación metodológica basada en corpus», *Estudios de traducción*, 2: 33-46.
- Gile, Daniel (2009): *Basic concepts and models for interpreting and translator training*. Amsterdam: John Benjamins.
- Harris, Brian. (1988): «Bitext, a New Concept in Translation Theory. Working Papers on Bilingualism», *Language Monthly*, 54: 810.
- Lievens, Jan. (2015): *Interpretación sanitaria: un glosario sobre infecciones de transmisión sexual*. Trabajo fin de Máster. Gante: Universidad de Gante.
- MedlinePlus (2013): *Enfermedades neurológicas*. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/neurologicdiseases.html>> [consulta 10.XI.2017].
- Oliver, Antoni; Mercè Vázquez y Joaquim Moré (2007): «Linguoc LexTerm: una herramienta de extracción automática de terminología gratuita», *Translation Journal*, 4 (11). <<http://translationjournal.net/journal/42linguoc.htm>> [consulta 10.XI.2017].
- Organización Mundial de la Salud (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statchtml/ICD10Volume2_en_2010.pdf> [consulta 1.XI.2017].
- Organización Mundial de la Salud (2012): *Clasificación Internacional de Enfermedades. Modificación Clínica (CIE-9-MC)*. 8.ª edición. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_8ed.pdf> [consulta 1.XI.2017].
- Pérez Abril, Juan (2015): «La demanda de plazas de Neurología ha crecido un 86% entre los 500 primeros números del MIR», *IM-MédicoHospitalario*, 17 abril. <<http://www.immedicohospitalario.es/noticia/5278/la-demanda-de-plazas-de-neurologia-ha-crecido-un-86-entre-los-500-primeros-numeros-del-mir>> [consulta 14.XI.2017].
- Pérez Pérez, Pablo Salvador (2013): «La enseñanza de la interpretación de conferencias: un estudio empírico con metodología de corpus». Tesis doctoral. Málaga: Universidad de Málaga.
- Postigo, Encarnación y Marina Calleja (2017): «A model to Enhance Interaction for People with Severe Intellectual Disability in Healthcare, Education and Interpreting», *Procedia*, 237 (21): 1189-1195.
- Postigo, Encarnación y Concepción Mira (2017): «Translation, Virtual Environments and ICT Tools for Achieving Competence in Language for Specific Purposes», en Rosa Muñoz-Luna y Lidia Taillefer (eds.) *Integrating Information and Communication Technologies in English for Specific Purposes*. Berlín: Springer, pp. 145-163.
- Sánchez Ramos, M.ª Mar (2016): «Community Healthcare Translator Training and Ad Hoc Corpora», *Current Trends in Translation Teaching and Learning*, 3: 119-139.
- Sánchez Ramos, M.ª Mar y Francisco Javier Vigier Moreno (2016): «Using Monolingual Virtual Corpora in Public Service Legal Translator Training», en Elena Martín-Monje, Izaskun Elorza, Blanca García Riaza (eds.), *Technological Advances in Specialized Linguistic Domains. Practical Applications and Mobility*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 228-239.

- Seghiri, Miriam (2006): *Compilación de un corpus trilingüe de seguros turísticos (español-inglés-italiano): aspectos de evaluación, catalogación, diseño y representatividad*. Málaga: SPICUM.
- Seghiri, Miriam (2011): «Metodología protocolizada de compilación de un corpus de seguros de viaje: aspecto de diseño y representatividad», *Revista de lingüística teórica y aplicada*, 49 (2): 13-30.
- Seghiri, Miriam (2014): «Too Big or Not Too Big: Establishing the Minimum Size for a Legal Ad Hoc Corpus», *Hermes*, 53: 85-98.
- Seghiri, Miriam (2015): «Determinación de la representatividad cuantitativa de un corpus ad hoc bilingüe (inglés-español) de manuales de instrucciones generales de lectores electrónicos/Establishing the quantitative representativeness of an E-Reader User's Guide ad hoc corpus (English-Spanish)», en María Teresa Sánchez Nieto (ed.): *Corpus-based Translation and Interpreting Studies: From description to application*. Berlín: Frank & Timme, pp. 125-146.
- Seghiri, Miriam (2017): «Metodología de elaboración de un glosario bilingüe y bidireccional (inglés-español/español-inglés) basado en corpus para la traducción de manuales de instrucciones de televisores», *Babel*, 63 (1), pp. 43-64. DOI 10.1075/babel.63.1.04seg.
- Sociedad Española de Neurología (2010): ¿Qué es la neurología? Madrid: Sociedad Española de Neurología. <http://www.sen.es/pdf/2010/que_es_la_neurologia.pdf> [consulta 5.XI.2017].
- Tengku, Sepoa; Helia Vaezian y Mahmoud Akbari (2010): *Corpora in Translation*. Berna: Peter Lang.
- UNESCO (1983): *Guía para la redacción de artículos científicos destinados a la publicación*. París: UNESCO.
- Varantola, Krista (2000): «Translators, dictionaries and text corpora», en Silvia Bernardini y Federico Zanettin (eds.): *I corpora nella didattica della traduzione*. Bolonia: CLUEB, pp. 117-133.
- Vigier Moreno, Francisco Javier (2016): «Teaching the Use of ad hoc Corpora in the Translation of Legal Texts into the Second Language», *Language and Law/Linguagem e Direito*, 3 (1): 100-113.
- Zaretskaya, Anna; Gloria Corpus Pastor y Miriam Seghiri (2016): «Corpora in computer-assisted translation: a users' view», en Gloria Corpus Pastor y Miriam Seghiri (eds.): *Corpus-based Approaches to Translation and Interpreting: From Theory to Applications*. Frankfurt: Peter Lang, pp. 253-276.
- Zarranz, Juan (2007): *Neurología*. Barcelona: Elsevier.



¿Deberían los intérpretes cambiar de nombre?

Fernando A. Navarro*

En teoría, es bien clara la diferencia existente entre **traductor** (persona que expresa por escrito en una lengua lo escrito en otra) e **intérprete** (persona que expresa oral o verbalmente en una lengua lo hablado en otra). Idénticas consideraciones cabe hacer en relación con los verbos *traducir* e *interpretar*, o con los sustantivos derivados *traducción* e *interpretación*.

En la práctica, no obstante, es sumamente frecuente englobar ambos conceptos bajo el término común de *traducción* (y sus derivados); así, no es nada raro leer que se buscan traductores para un congreso internacional de medicina cuando lo que en realidad se busca son intérpretes para las cabinas de interpretación simultánea, o que en tal o cual fotografía se ve a dos ministras de Sanidad con su traductora cuando en realidad quien las acompaña es la intérprete encargada de la interpretación consecutiva.

La verdad sea dicha, no me extraña nada que así sea; porque el verbo *interpretar* está en español tan cargado de polisemia que a menudo resulta poco práctico y se presta a confusiones graves. *Interpretar*, en efecto, puede significar «traducir algo oralmente de una lengua a otra», sí, pero también «representar una obra teatral o cinematográfica», «ejecutar una pieza musical», «explicar el sentido de un texto», «dilucidar un suceso que puede entenderse de distintas maneras», «determinar el sentido y el alcance de una norma» o «concebir o expresar la realidad de un modo puramente personal». Así las cosas, entiendo perfectamente la reacción de un cliente español que había contratado un servicio de interpretación consecutiva con motivo de la visita que debía hacer a su empresa un grupo de ingenieros alemanes. Antes de empezar la sesión de trabajo, la intérprete dio algunas normas básicas de funcionamiento a su cliente, y entre ellas la siguiente: «Cada tres o cuatro frases debe hacer una pausa para que yo tenga tiempo entonces de interpretar al alemán lo que usted haya dicho». A lo que el cliente, visiblemente molesto, replicó: «¡De eso ni hablar! ¡Usted límitese a repetir en alemán exactamente lo que yo diga!, no interprete nada por su cuenta».

Sé que la mayor parte de los intérpretes se sienten molestos cuando alguien los llama «traductores», pero probablemente eso es así simplemente porque en algún momento alguien les enseñó la diferencia clásica entre «traducción» e «interpretación», les insistió en ella y nunca más desde entonces se la han cuestionado. Me pregunto si no sería mucho más fácil para todos, y mucho más eficaz para una comunicación fluida, empezar a llamar **traducción escrita** o **traducción por escrito** a lo que hasta ahora veníamos llamando «traducción» a secas, y **traducción oral** o **traducción verbal** a lo que hasta ahora veníamos llamando «interpretación».

* Traductor autónomo, Cabrerizos (Salamanca, España). Dirección para correspondencia: fernando.a.navarro@telefonica.net. Entremés reproducido de: Fernando A. Navarro (2017): *Medicina en español III*. Madrid: Fundación Lilly/Unión Editorial, pp. 21-22.

Interpretación sanitaria y herramientas informáticas de traducción: los sistemas de gestión de corpus¹

M^o del Mar Sánchez Ramos*

Resumen: Debido en gran parte a la aparición de nuevas sociedades multiculturales y multilingües, y la necesidad de profesionales que puedan hacer frente a las barreras lingüísticas en estos nuevos contextos comunicativos, los Estudios de Traducción han sido testigos de la llamada Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP), que incluye diversos ámbitos de actuación como el sanitario, educativo o el legal. El intérprete sanitario, como actor del proceso comunicativo, necesita desarrollar diversas competencias para poder solventar dichas barreras. Nuestro trabajo describirá cómo se ha empleado la metodología de corpus en los estadios iniciales de la formación de intérpretes sanitarios dentro de un sistema de formación de posgrado en TISP con el fin último de desarrollar las destrezas documentales de los mismos y consolidar una mejor comprensión de futuras tareas en el contexto sanitario. Se concluye con los resultados de un estudio inicial diseñado para evaluar la propuesta formativa llevada a cabo.

Palabras clave: corpus, formación de intérpretes, interpretación en los servicios públicos, interpretación sanitaria, sistemas de gestión de corpus.

Healthcare interpreting and translation technology tools: corpus management tools

Abstract: Due mainly to the emergence of new multicultural and multilingual societies and the need for professionals who can bridge linguistic barriers, Translation Studies has witnessed the emergence of Public Service Interpreting and Translation (PSIT), which includes a wide range of areas such as healthcare, educational or legal settings. The healthcare interpreter, one of the actors in the communicative process, needs to develop different competencies in order to overcome these barriers. Our article describes how we have implemented a corpus methodology as part of a postgraduate healthcare training programme to develop the interpreter's documentation skills and engender a better understanding of the future tasks in healthcare contexts. Our work also shows the results of a small-scale study designed to evaluate the implemented training proposal.

Keywords: corpus, corpus management tools, healthcare interpreting, public service interpreting, translator training.

Panace@ 2017; 18 (46): 133-141

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

1. Introducción

La disciplina conocida como Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP) es fruto de la necesidad de mediación lingüística y cultural entre los trabajadores de los servicios públicos y los usuarios de los mismos que no hablan ni dominan con fluidez la lengua oficial. El marco de actuación de la TISP suele ser variado, como por ejemplo el ámbito sanitario, el judicial y el administrativo. Dentro del ámbito sanitario, no hay duda de que la formación de mediadores lingüísticos se presenta como un objetivo primordial en la TISP, concretamente la formación a la hora de utilizar recursos para alcanzar un servicio de mediación de calidad y preciso. Si consideramos el caso del intérprete sanitario, en donde son muy variados y de diversa índole los problemas y dificultades que pueden darse, no es arriesgado afirmar que esta formación es, cuanto menos, imprescindible.

Según Valero Garcés (2003: 5), la TISP es una disciplina difícil de obviar, ya que es la responsable de afianzar los lazos

comunicativos entre una población que forma parte de una comunidad concreta, generalmente con un nivel educativo y adquisitivo bajo, y que hace frente a unas barreras sociales, lingüísticas y culturales del país en el que se encuentra. El intérprete, en estos casos, juega un papel primordial, ya que de esta figura dependerá, en gran parte, el éxito de la comunicación.

Los cambios que se producen en la sociedad van a incidir de forma directa en la formación de los intérpretes que intervienen en la comunicación entre los agentes de servicios públicos y sus usuarios. Distintos programas se han centrado en consolidar esta disciplina y son variadas las propuestas formativas existentes que claman una mayor atención por la vertiente pedagógica dentro de esta área de investigación (Angelelli, 2006; Vargas Urpí, 2016). Siguiendo esta línea pedagógica se ubica el Máster en Comunicación Intercultural, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (Universidad de Alcalá),² un programa de posgrado que cuenta con más de una década de trayectoria, y que se asienta sobre

* Universidad de Alcalá (Madrid, España). Dirección para correspondencia: mar.sanchezr@uah.es.

tres pilares fundamentales: investigación, formación y práctica (Valero Garcés, 2013: 218). Su plan de estudios se divide en cinco módulos: 1) Comunicación Intercultural e Interlingüística (módulo en línea); 2) Módulo sobre Traducción e Interpretación Sanitaria; 3) Módulo sobre Traducción e Interpretación Jurídico-Administrativa; 4) Prácticas en empresas e instituciones; y 5) Trabajo fin de Máster. Dentro de los módulos dedicados a la traducción e interpretación sanitaria y la traducción e interpretación jurídico-administrativa se imparte la asignatura *Técnicas y Recursos aplicados a TISP*, marco docente donde se enmarca nuestra propuesta, y que abarca, principalmente, contenidos que pueden ayudar al futuro traductor e intérprete en los servicios públicos en sus labores de documentación. Entre los objetivos que guían dicha asignatura, y por ende nuestro trabajo, se encuentran: a) proporcionar las herramientas documentales, preferentemente electrónicas, que puedan facilitar el proceso de trasvase en ámbitos especializados y cubran las necesidades documentales de los futuros traductores e intérpretes en TISP; y b) proporcionar la formación necesaria en uso de tecnologías para la extracción de información y elaboración de material documental. De las distintas herramientas informáticas documentales, la asignatura centra gran parte de su carga docente en los programas de gestión de corpus por dos razones: 1) suelen ser herramientas (casi) desconocidas por el alumnado; 2) son herramientas que, además de solventar problemas de corte terminológico, fraseológico o conceptual, desarrollan también las destrezas más técnicas al trabajar con nuevos formatos y programas específicos; 3) son herramientas que pueden ayudarles tanto en su plano profesional (por ejemplo, uso de corpus paralelos para la creación de memorias de traducción) como investigador.

2. La Interpretación en los Servicios Públicos (ISP): necesidades documentales

Como hemos adelantado anteriormente, el campo de actuación de la TISP tiene lugar entre las diversas instituciones de índole público (juzgados, comisarias, hospitales, centros de administración, etc.), y más concretamente entre los proveedores de esos servicios y los usuarios de los mismos. Por su parte, la Interpretación en los Servicios Públicos (ISP), también denominada *community interpreting* (Roberts, 2002) o interpretación social (Martin, 2003: 431), es un tipo de interpretación específica que se distingue de otros tipos de interpretación, como puede ser la interpretación de conferencias (Hale, 2007). Sin entrar en el debate terminológico generado sobre la asignación de una etiqueta definitoria concreta, son varios los estudiosos que se aproximan a su definición. Tal es el caso de Wadensjö (1998: 49), que entiende la ISP como aquella actividad

[...] carried out in face-to-face encounters between officials and laypeople, meeting for a particular purpose at a public institution is (in English-speaking countries) often termed community interpreting. [...] Community interpreting is typically bi-directional, that is, the same interpreter works in the two languages in question. As

a rule, it is carried out consecutively upon the original speakers' talk, sequence by sequence. The concept covers both interpreting in face-to-face situations and interpreting provided over the telephone. Health care, mental health, educational, social service and legal interpreting are frequently given as sub-categories, and community interpreting as a more general concept.

Pöchhacker (2002), otro estudioso de renombre dentro de esta disciplina, define la ISP como aquella actividad que tiene lugar en un contexto institucional determinado, caracterizado por el uso de lenguas distintas entre los proveedores de servicios públicos y los usuarios. Independientemente de su ámbito de actuación (sanitario, judicial o administrativo), la ISP se sustenta en tres pilares fundamentales: los actores o interlocutores (normalmente agentes de los servicios públicos y usuarios que no dominan con fluidez la lengua oficial), la finalidad (acceso a servicios públicos) y el marco de actuación (sanitario, judicial y administrativo). Con todo, este tipo de interpretación presenta unas particularidades concretas como su bidireccionalidad, el tipo de interpretación o incluso la diversidad de registros. La presencia y la precisión de la figura del intérprete en la ISP (Hale, 2007) son dos características fundamentales y hacen del intérprete el eje central sobre el que gira el proceso comunicativo.

Dadas las particularidades de este tipo de interpretación, la formación parece un punto indiscutible a tener en cuenta si dicha tarea quiere desarrollarse con éxito (Del Pozo Triviño, 2009). Dentro de la ISP, la interpretación sanitaria requiere una formación específica en diversos campos de las lenguas implicadas, como el sociocultural, el lingüístico-terminológico, el científico-metodológico, el conocimiento de la institución donde se realiza la interpretación y otros como la gestión del estrés (Ruiz Mezcuca, 2014: 265). De las distintas destrezas que deben adquirirse en tal formación, se encuentra la de saber documentarse en aras de ampliar el conocimiento temático y el manejo de herramientas que puedan solventar al intérprete, de una manera rápida y efectiva, los futuros encargos de interpretación. Al igual que pueda ocurrir con otras modalidades de interpretación, la escasez de documentación y la falta de tiempo para preparar los encargos suele ser el denominador común. Existen algunas propuestas formativas en el campo de la interpretación, como puede ser la interpretación de conferencias, que destacan la importancia de la terminología (Blasco y Jiménez, 2003) y proponen metodología de corpus para enfrentarse a ella (Gallego Hernández, 2009). Nosotros, en la línea de este último autor, abogamos por una formación específica centrada en el uso de los distintos tipos de corpus y que facilite al intérprete, en este caso al sanitario, su trabajo documental y terminológico.

2.1. Documentación

Junto con las competencias interpersonales y sistémicas descritas por Del Pozo Triviño (2009: 36-37), sobre las necesidades formativas en interpretación en los servicios públicos, las destrezas relacionadas con la gestión documental, terminológica y temática forman parte de la llamada competencia

instrumental. En ella, además de un dominio lingüístico o de las distintas estrategias de interpretación, se hace especial hincapié en las tareas documentales y terminológicas. La preparación documental y terminológica, al igual que ocurre en otras modalidades de interpretación, se hace fundamental en el caso de la interpretación sanitaria debido, esencialmente, al componente social del mismo y la especificidad de la situación en la que puede llegar a producirse y la precisión léxica que requiere. Es, por tanto, de máxima importancia dotar a los futuros intérpretes sanitarios de los recursos documentales y terminológicos necesarios para que sean capaces de realizar su tarea con éxito y contribuir a las llamadas de estudiosos como Hale (2007), que se pronuncian a favor de dotar a la interpretación sanitaria de una formación competente y ética.

La era digital en la que vivimos facilita un proceso de documentación rápido y eficaz, siempre y cuando dicho proceso esté guiado y se sepa dónde y cómo buscar información en Internet. El proceso documental puede entenderse como la adquisición de conocimiento necesario previo a la traducción o interpretación. Ante una situación de interpretación sanitaria, un intérprete puede acudir a las fuentes documentales para obtener información temática (comprender el texto) e información terminológica / fraseológica (resolver cuestiones de vocabulario especializado). Así, en el primer caso (información temática), es labor del intérprete el adquirir los conocimientos necesarios de un determinado campo de especialidad, a los cuales puede accederse a través de obras que varían en su grado de especialización (textos divulgativos, textos escritos por especialistas). Por otro lado, en lo referido a la información término-fraseológica, la identificación y comprensión de los términos especializados de un determinado campo de especialización será también crucial. Sin embargo, uno de los mayores problemas con los que puede contar el intérprete sanitario es la falta de tiempo para dicha preparación documental y terminológica y la dificultad que la propia especialización del encargo de traducción puede acarrear. Y es ahí donde el buen uso de las distintas herramientas informáticas, como los gestores de corpus, puede ser clave para reducir el periodo de preparación de una tarea de interpretación. Es por ello que, junto con la gestión documental y terminológica de la que habla del Pozo Triviño (2009), añadiríamos la necesidad de desarrollar estrategias de búsqueda en Internet, conocer distintos formatos digitales, programas informáticos de descarga de información en la red y herramientas de tratamiento de textos, por ejemplo, para así poder elaborar su propio material documental que no es otro que material real, o lo que es lo mismo, utilizar la web como fuente para la creación de material auténtico.

2.2. Interpretación y Estudios de Corpus

Desde que la académica Mona Baker sentara las bases de los llamados Estudios Traductológicos de Corpus (*Corpus-Based Translation Studies*), han sido muchos los trabajos que han apostado por una metodología de corpus para estudiar las características específicas de diversos géneros (Faya Ornia, 2016; Gallego Hernández, 2016; Straniero, 2012), así como

las aplicaciones pedagógicas de los mismos (Monzó Nebot, 2008; Sánchez Ramos y Vigier Moreno, 2016). Sin embargo, y aunque Shlesinger (1998) inició el camino de los Estudios de Interpretación basados en Corpus, la popularidad no ha sido la misma. Como bien señalan diversos autores (Luzón *et al.*, 2008; Straniero y Falbo, 2012), la interpretación presenta unas características propias que, de alguna forma, han dificultado la consolidación de dichos estudios. Sin embargo, y a pesar de estas dificultades, el uso de corpus en los estudios de interpretación se está extendiendo y proliferan investigaciones que permiten una aproximación mucho más rápida y precisa en el estudio de ejemplos reales del lenguaje oral (Schmidt y Wörner, 2012), el uso de corpus para estudios contrastivos en la interpretación simultánea (Ryu *et al.*, 2003) o las técnicas de interpretación (Van Besien, 1999).

En lo referido a la tipología de corpus, caben distinguir varias clasificaciones (Hu, 2016; Laviosa, 2002; Zanettin, 2012). Laviosa (2002) propone una clasificación que distingue entre corpus monolingües, bilingües y multilingües. Los primeros, los corpus monolingües, los desglosa en corpus monolingües simples (recopilación de textos en una única lengua) y comparables (recopilación de textos originales en una lengua A y textos traducidos en esa misma lengua A); los bilingües quedan clasificados en paralelos (textos originales en lengua A y sus traducciones en lengua B) y comparables (textos originales en lengua A y textos originales en lengua B); y los multilingües se agrupan en paralelos (textos originales en lenguas diversas con sus respectivas traducciones) y comparables, que pueden ser bilingües o multilingües y que están formados por dos o más conjuntos de textos que pertenecen al mismo ámbito temático (Laviosa, 2002: 36). Otro tipo de corpus que cada vez está siendo más utilizado en la enseñanza de la traducción es el llamado corpus *ad hoc* (Aston, 1999). El empleo de este tipo de corpus responde a unas necesidades concretas, como tareas de documentación, o bien como recurso pedagógico para la elaboración de material didáctico, y cuya fuente no es otra que textos electrónicos extraídos de Internet y que han seguido una evaluación de dichos textos y un criterio o protocolo de compilación concreto. Zanettin (2012: 64) señala sus principales ventajas: se trata de corpus creado como respuesta a un problema traductológico concreto, y de ahí su especificidad. El objetivo último es reunir la mayor información posible. La calidad no es la principal preocupación en estos casos, sino que lo es la selección de textos que documentan el corpus así como su evaluación tanto temática como textual en relación al texto origen desde el que se parte y que ha generado el diseño del corpus virtual. El corpus *ad hoc* es considerablemente útil como recurso de documentación en temas especializados, donde los recursos de documentación pueden llegar a ser escasos. Es por ello que puede recurrirse a la compilación de un corpus, si bien hay que ser conscientes de la inversión de tiempo que ello supone.

3. Experiencia formativa en el aula de interpretación: el caso de los sistemas de gestión de corpus

Con el fin de facilitar el proceso documental y terminológico de los futuros intérpretes sanitarios, y dentro del Máster

Comunicación Intercultural, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, se ofrece la asignatura *Técnicas y Recursos en TISP (inglés-español)*. Dicho programa de posgrado engloba módulos específicos centrados en la traducción y la interpretación sanitaria y jurídico-administrativa. Como se ha mencionado en párrafos anteriores, el uso de diversas fuentes de documentación y manejo de herramientas electrónicas es un aspecto de máxima importancia en TISP debido, en gran parte, al variado número de fuentes de documentación que el traductor e intérprete tiene que emplear para comprender de manera adecuada su tarea de traducción o interpretación. Por otro lado, en lo que se refiere al ámbito sanitario y TISP, la terminología especializada entraña una dificultad añadida y un escollo que el traductor e intérprete debe solventar para realizar con éxito el proceso de trasvase comunicativo. Los principales objetivos de dicho módulo son: a) buscar, seleccionar y evaluar fuentes de documentación para el ámbito sanitario en TISP; b) saber dominar recursos de consulta lingüística y terminológica en Internet; c) saber dominar herramientas de consulta (corpus, programas de concordancias) como recursos documentales. La metodología de corpus ha formado parte del programa docente de la anteriormente mencionada asignatura desde los últimos cinco años, donde se han tenido siempre en cuenta las valoraciones del alumno para la propuesta de mejoras. Los contenidos de esta asignatura han servido como andamiaje para que el alumnado pudiera hacer frente a sus tareas de traducción e interpretación en sucesivos módulos, como, por ejemplo, el jurídico administrativo (Sánchez Ramos y Vigier Moreno, 2016).

Es en este contexto docente donde se enmarca nuestra propuesta, que describiremos en las siguientes secciones. Por cuestiones evidentes de espacio, nos detendremos en la experiencia docente llevada a cabo el curso académico 2016-2017, donde los alumnos trabajaron con corpus comparables bilingües *ad hoc* como herramienta de documentación previa a futuras tareas de traducción e interpretación. Para ello se emplearon dos herramientas: 1) TermMine, un extractor terminológico que permite crear un listado de términos a partir de un corpus monolingüe y 2) Wordsmith Tools (WST), sistema de gestión de corpus desarrollado por Mike Scott, uno de los programas que gozan de una amplia popularidad dentro de la Lingüística de Corpus y que contiene las funciones necesarias para la enseñanza de programas de gestión de corpus en los estadios iniciales. El grupo de alumnos estaba formado por 33 sujetos, 31 de ellos procedentes de grados en Traducción e Interpretación y Estudios Ingleses, si bien existían 2 alumnos con una formación distinta (Fisioterapia). La actividad quedó articulada en dos fases: 1) familiarización con los sistemas de gestión de corpus y otras herramientas documentales electrónicas y 2) compilación de un corpus comparable bilingüe *ad hoc* (inglés-español) como fuente de documentación conceptual, terminológica y fraseológica. La compilación de dicho corpus les permitiría, de un lado, desarrollar estrategias de búsqueda para obtener textos con los que elaborar el corpus y, de otro, trasladar e incorporar la metodología de corpus a sus tareas futuras de traducción e interpretación.

3.1. Familiarización con los sistemas de gestión de corpus

Previamente al proceso de compilación del corpus en sí, se hizo necesaria una sesión teórica formativa (2 horas de duración), donde se cubrieron temas eminentemente teóricos, y que sirvió para familiarizar al alumnado con los Estudios de Traducción e Interpretación basados en Corpus (tipología de corpus y principales usos), los recursos documentales en TISP (diccionarios especializados y bases de datos en línea, portales especializados, etc.), así como las distintas estrategias de búsqueda con operadores filtro para obtener una información mucho más fiable y precisa a la hora de buscar información en Internet. Igualmente, los alumnos realizaron actividades básicas con distintos extractores terminológicos en línea como TermMINE, TermoStat o tesauros visuales como VocabGrabber y sistemas de gestión de corpus como WST o Antconc y sus principales funciones (creación de listados de palabras, uso de las llamadas *stop lists*, generación de concordancias, colocaciones y paquetes léxicos).

3.2. Compilación de un corpus comparable bilingüe *ad hoc* como fuente documental

Tras la primera sesión, se procedió a la segunda fase, de carácter eminentemente práctico (2 horas de duración). Debido al límite de tiempo, la finalidad última de la actividad era que los alumnos tomaran conciencia de la importancia de seleccionar las herramientas adecuadas y utilizar una herramienta documental adicional a las tradicionales como fuente documental. Los alumnos, distribuidos en grupos de 5, recibieron el encargo de compilar un corpus comparable bilingüe *ad hoc* que les sirviera como herramienta documental en la fase de preparación de una interpretación sobre enfermedades raras, en concreto la enfermedad conocida como drepanocitosis, una enfermedad hereditaria producida por el trastorno en la producción de la hemoglobina. Los alumnos eran conscientes de que, tal y como habían podido comprobar en la sesión teórica, era imprescindible seguir unos parámetros de diseño de un corpus o protocolo de compilación (Seghiri, 2011). Tomando muy de cerca la metodología establecida por esta autora, se les instó a seguir estas tres fases: a) fase documental, b) fase de compilación y c) fase de análisis (Figura 1).



Figura 1. Resumen de las fases en la compilación del corpus y las tareas asociadas a cada una

Como paso inicial a la fase de documentación, se necesitaba delimitar el corpus comparable bilingüe *ad hoc*. Siguiendo

los parámetros recogidos por Bowker y Pearson (2002), se pidió la compilación de un corpus integrado por textos escritos en inglés británico y español peninsular, de carácter científico y académico, extraídos de revistas especializadas y accesibles desde Internet, publicados en el periodo 2010-2015.

Para facilitar la fase de compilación, y así utilizar una de las herramientas de la primera sesión, se distribuyó entre el alumnado un texto en inglés y otro en español sobre la temática del corpus para que fuera automatizado con la herramienta TermMine y se seleccionara de cada texto los candidatos a término que les servirían como palabras clave (*seed words*) para la búsqueda de textos en la siguiente fase, y que conformarían su corpus final. Tras la extracción de términos con TermMine, los estudiantes procedieron a la búsqueda de textos electrónicos a través de los candidatos a término propuestos por esta herramienta. Por ejemplo, se obtuvieron las palabras *drepanocytosis*, *sickle cell*, *hemoglobin*, *Hbs* como candidatos a términos en inglés, y «drepanocitosis», «anemia falciforme», «hemoglobina falciforme» para el caso del español. Posteriormente, los alumnos emplearon las estrategias de búsquedas (operadores filtro) aprendidas en la primera sesión para recuperar textos concretos y perfilar así las búsquedas. Por ejemplo, búsqueda por dominio o sitio para delimitar diatópicamente las búsquedas, búsqueda por páginas relacionadas, búsqueda de artículos académicos en portales especializados con filtros específicos de formato de archivo, etc.

El segundo estadio en el protocolo lo compone la compilación en sí, que incluye la descarga, almacenamiento y conversión a texto plano (txt) de los documentos, al ser este el formato que podría considerarse estándar para utilizar en los programas de gestión de corpus. A diferencia de otros procesos de compilación, los alumnos no tuvieron gran dificultad, ya que la mayoría de los textos estaban en html y pdf, con lo que utilizaron programas de conversión de formatos como HTMLasText y PdftoText.

Tras las fases de documentación y compilación, donde el objetivo era que el alumnado desarrollara sus destrezas más técnicas, como tratamiento de formatos, así como se familiarizara con diversos programas informáticos, se entra en la fase de análisis. Se optó por la herramienta WST,³ desarrollada por Mike Scott, ya que es uno de los sistemas de gestión de corpus que goza de una amplia popularidad e incluye las funciones que se necesitaban para la actividad propuesta: creación de listas de palabras ordenadas por frecuencia, patrones colocacionales y paquetes léxicos. El tiempo limitado con el que se contaba se dedicó a utilizar las funciones básicas que podían ayudar en sus tareas documentales.

Los alumnos comenzaron a utilizar su corpus comparable como herramienta terminológica para la creación de un glosario bilingüe (inglés-español), cuya selección de candidatos se basaría en la frecuencia de aparición. Los discentes hicieron uso de las llamadas *stop lists*, tanto en inglés como en español, para filtrar palabras como artículos, adverbios y preposiciones. De este modo, se evitaba que palabras irrelevantes o el llamado «ruido» aparecieran como palabras más frecuentes en el corpus. Tras comparar la frecuencia en los dos corpus, los alumnos crearon un glosario (Tabla 1).

Tabla 1. Ejemplo de glosario elaborado por los alumnos

Término EN	Término ES
sickle cell	célula falciforme
drepanocytosis	drepanocitosis
hemoglobin	hemoglobina
haemolysis	hemólisis
anemia	anemia
blood cells	glóbulos
sickling	drepanocitosis
oxygen	oxígeno
labile	lábil
calcein	calceína
treatment	tratamiento
erythrocyte	eritrocito
symptoms	sintomas
mutation	mutación
infection	infección
syndrome	síndrome
bone marrow	médula ósea
spleen	bazo
chelator	quelante
viscosity	viscosidad
blood vessels	vasos sanguíneos
amino acid	aminoácido

Los distintos términos también pueden visualizarse en su contexto con la función de concordancias (*concordance*). Por ejemplo, se pidió a los alumnos que exploraran algunos de los términos de mayor frecuencia, como *hemoglobine*. De esta forma, los discentes pudieron comprobar el comportamiento de una de la palabras de mayor frecuencia y utilizar dicha función para detectar distintos tipos de hemoglobina (*S hemoglobine*, *A hemoglobine*, *fetal hemoglobine*) e incluso sinónimos (*sickle cell hemoglobine*=*HBS*; *fetal hemoglobin*=*HbF*) (Figura 2).

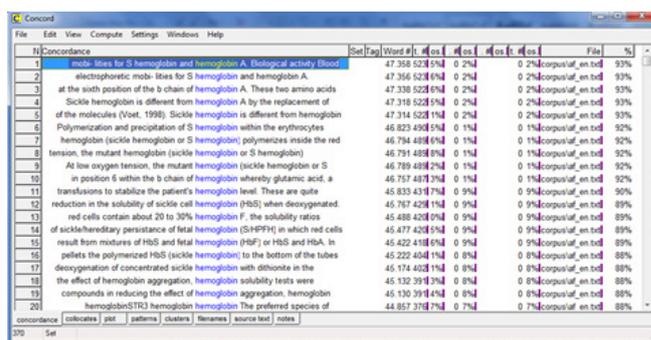


Figura 2. Ejemplo de concordancia para la palabra *hemoglobine*

Igualmente, y para que observaran la ingente información que podían extraer de los corpus, los alumnos los emplearon para obtener información conceptual sobre distintos términos, es decir, llegar a comprender y obtener definiciones de los mismos. Tal es el caso de la estructura *sickle-cell anemia*. Con el uso de patrones de búsqueda y comodines (* *known as*, por ejemplo), se obtuvieron definiciones y sinónimos del término buscado (Figura 3).

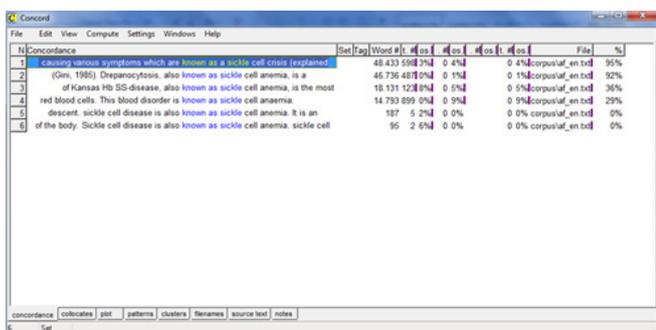


Figura 3. Ejemplo de obtención de sinónimos con la función concordance

Otra de las funciones que fue muy útil para los alumnos a la hora de comprender y ampliar el conocimiento de los distintos términos fue la llamada *clusters*, que forma paquetes léxicos de la palabra seleccionada, como muestran las siguientes figuras procedentes de los dos corpus (Figuras 4 y 5).

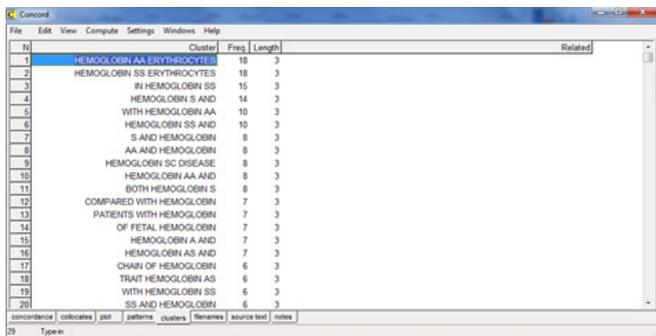


Figura 4. Paquete léxico para la palabra hemoglobine

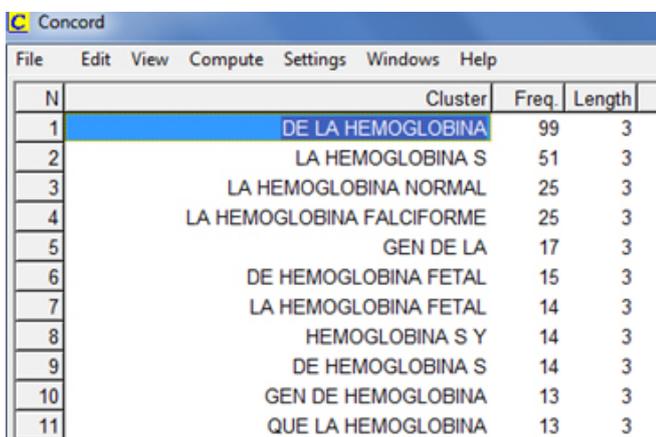


Figura 5. Paquete léxico para la palabra «hemoglobina»

Las colocaciones o patrones de combinación de ciertas palabras pueden ocasionar problemas y dificultades en la traducción e interpretación especializada. En este sentido, se pidió a los alumnos que utilizaran la función *collocates* de algunas de las palabras más frecuentes en cada uno de los corpus. Por ejemplo, la palabra *blood*, y más concretamente los patrones combinatorios que seguían la siguiente estructura IN+BLOOD y poder así comprobar las estructuras que, en algunos casos, modificaban al sustantivo (Figura 6).

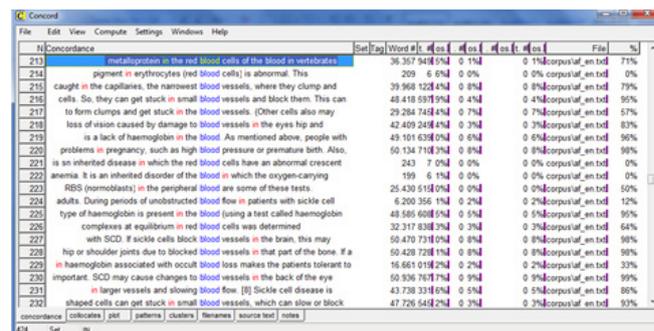


Figura 6. Ejemplo de colocaciones para la palabra blood

3.3. Valoración de la propuesta formativa

Con el fin de conocer la opinión del alumnado y, a la vez, valorar la propuesta formativa, se diseñó un cuestionario que ha sido distribuido a lo largo de los últimos cinco años, si bien algunas preguntas han variado dependiendo del contenido (por ejemplo, uso de distintos gestores de corpus como AntConc, WST o Sketch Engine). Los datos cualitativos que se muestran a continuación se obtuvieron durante el curso académico 2016-2017.

Como puede desprenderse de los resultados que se indican, la propuesta ha sido valorada de forma positiva por el alumnado. La pregunta 1 (Tabla 2) venía a confirmar la escasa formación en gestores de corpus y el poco uso que presentan estas herramientas en las tareas de los futuros traductores e intérpretes. Uno de nuestros objetivos era también incorporar el uso de este tipo de herramientas como ayuda en el proceso documental de los traductores e intérpretes (pregunta 2), así los alumnos supieron apreciar su utilidad como herramienta de documentación, en el caso de los corpus monolingües y comparables, y como herramienta para creación de memorias de traducción (corpus paralelos) (Figura 7). La enseñanza de gestores de corpus conlleva una fase previa de preparación, como se ha podido comprobar en las secciones anteriores, y un desarrollo de estrategias de búsqueda de información con el fin de obtener búsquedas más precisas y dotar de una mayor calidad a los corpus. Los resultados de la pregunta 3 demuestran que los alumnos consideran que sí han adquirido esas estrategias y que les pueden ayudar en tareas futuras (Figura 8). De las distintas herramientas de gestión de corpus, fue WST la empleada. Los alumnos habían trabajado de forma más superficial en la primera sesión con otras como AntConc y Sketch Engine, pero se seleccionó WST por ser una de las herramientas que gozan de una mayor popularidad. Si bien la instrucción en esta herramienta se hace necesaria, la valoración fue positiva (pregunta 4) (Ta-

bla 3). La pregunta 5 buscaba valorar la utilidad de los gestores de corpus frente a las herramientas tradicionales. Como puede observarse (Tabla 4), los alumnos opinaron que estas herramientas podían llegar a ser mucho más útiles que los diccionarios especializados. De nuevo hay que matizar que la instrucción en su uso y en las distintas funcionalidades es imprescindible. Por último, la pregunta 6 nos animaba a seguir empleando la metodología de corpus en la formación de traductores e intérpretes en el ámbito sanitario (Figura 9).

Pregunta 1.- ¿Conocías las herramientas de gestión de corpus antes de cursar esta asignatura?

Tabla 2. Resultados pregunta 1 del cuestionario de valoración	
Sí, y las utilizo muy a menudo	0 %
Sí, pero las uso con poca frecuencia	9,09 %
Sí, pero no las utilizo	24,24 %
No	66,66 %
Total	100 %

Pregunta 2.- ¿Consideras que, tras esta asignatura, las herramientas de gestión de corpus pueden ayudarte en futuros encargos de traducción?

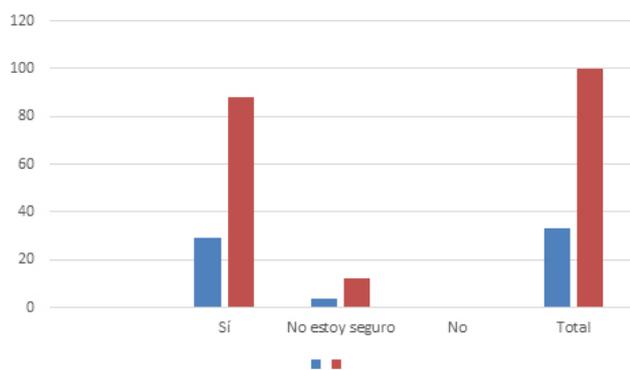


Figura 7. Resultados pregunta 2 del cuestionario de valoración

Pregunta 3.- Tras cursar esta asignatura, ¿opinias que has adquirido estrategias de búsqueda que te puedan ayudar en un futuro?

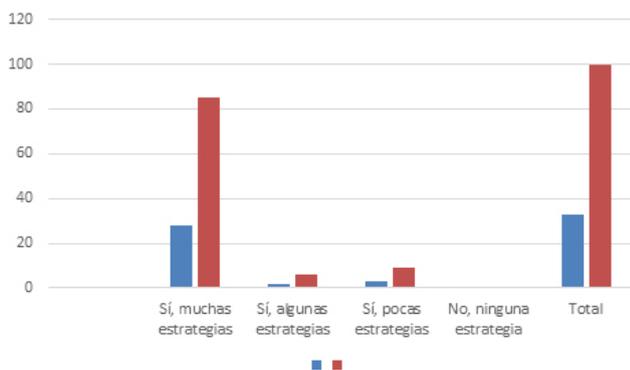


Figura 8. Resultados pregunta 3 del cuestionario de valoración

Pregunta 4.- En tu opinión, WST es...

Tabla 3. Resultados pregunta 4 del cuestionario de valoración	
Muy fácil de usar	84,84 %
Fácil de usar	6,06 %
Difícil de usar	6,06 %
Muy difícil de usar	3,03 %
Total	100 %

Pregunta 5.-Si comparas el uso de un diccionario especializado y un gestor de concordancias, para ti este último es

Tabla 4. Resultados pregunta 5 del cuestionario de valoración	
Mucho más útil	90,90 %
Más útil	6,06 %
Igual	3,03 %
Menos útil	0 %
Total	100 %

Pregunta 6.-En general, esta asignatura te ha parecido

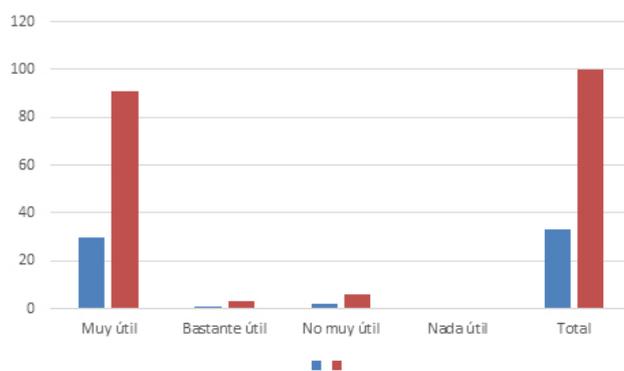


Figura 9. Resultados pregunta 6 del cuestionario de valoración

4. Conclusiones

Las necesidades formativas en TISP nos han llevado a plantearnos el uso de la metodología de corpus con el fin de dotar a los futuros traductores e intérpretes, concretamente a los intérpretes en el ámbito sanitario, de herramientas adicionales que puedan solventar sus vacíos documentales. En nuestra opinión, la formación en las distintas herramientas informáticas debe estar presente en la formación. Así, para contribuir a las distintas propuestas formativas, se diseñó y evaluó una actividad centrada en utilizar la metodología de corpus para el desarrollo de la competencia documental de los futuros intérpretes en el ámbito sanitario dentro del Máster en Comunicación Intercultural, Traducción e Interpretación

en los Servicios Públicos (Universidad de Alcalá). La primera parte del trabajo ha contextualizado la propuesta desde el punto de vista teórico y se ha hecho un repaso a las necesidades documentales de los intérpretes sanitarios y los Estudios de Interpretación basados en corpus. La segunda parte se ha centrado en ofrecer las distintas fases de diseño y puesta en práctica de la actividad formativa: instrucción en uso de corpus y gestores de corpus y compilación de un corpus comparable bilingüe *ad hoc* como herramienta de documentación terminológica, fraseológica y conceptual. Por último, se ha presentado la valoración de la propuesta, que ha sido altamente positiva.

Ante la puesta en práctica de dicha propuesta formativa cabe plantearse la necesidad de incorporar el uso de gestores de corpus en los programas de formación en TISP. Desde nuestra experiencia, los futuros traductores e intérpretes en TISP deben conocer estas herramientas, a la vez que saber incorporarlas en sus tareas diarias (por ejemplo, uso de corpus paralelos para elaboración de memorias de traducción). En este sentido, deben conocer cómo compilar un corpus (criterios para su diseño, estrategias de búsqueda y selección de textos, evaluación de los textos, manejo de gestores de corpus) y cómo utilizar el corpus (análisis del corpus, uso del corpus dependiendo de las tareas a realizar). Los alumnos no solo adquieren nuevas formas de documentarse, sino que los gestores de corpus aumentan el grado de confianza y autonomía de su aprendizaje. A nuestro entender, este marco formativo cumple con las expectativas de la práctica profesional que actualmente se requiere de los futuros egresados, como es la formación en herramientas electrónicas que ayuden y faciliten las tareas de traducción e interpretación.

Notas

1. Este trabajo se enmarca dentro del grupo de investigación *FITISPos-Formación e Investigación en la Traducción e Interpretación de los Servicios Públicos* (CCHH2006/R04, Universidad de Alcalá, Madrid) y del grupo de innovación docente *Herramientas Informáticas para la Traducción e Interpretación y su docencia-HITID*, (UAH-GI14-71, Universidad de Alcalá).
2. Este programa de formación de posgrado pertenece a la prestigiosa red *European Commission's European Master's in Translation (EMT)*. Posibilita la formación en distintos pares de lenguas (español e inglés, francés, árabe, chino, ruso o rumano). Puede encontrarse más información en el siguiente enlace: <<http://www3.uah.es/master-tisp-uah/presentacion/>>.
3. En cursos anteriores se habían utilizado otros programas como AntConc o Sketch Engine.

Referencias bibliográficas

- Angelelli, Claudia (2006): «Designing curriculum for healthcare interpreter education: A principles approach», en C. Roy (Ed.): *New approaches to interpreter education*. Washington D.C.: Gallaudet University Press, pp. 23-46.
- Aston, Guy (1999): «Corpus use and learning to translate», *Textus*, 12: 289-314.
- Blasco, M^a Jesús y M^a Amparo Jiménez (2003): «Elaboración de glosarios terminológicos para interpretar», en A. Collados et al. (Eds.): *La evaluación de la calidad en interpretación: docencia y profesión*. Granada: Comares, pp. 225-234.
- Del Pozo Triviño, Isabel (2009): «Una propuesta formativa en interpretación en los servicios públicos en el marco de EEES», *RIDU* 3: 31-51.
- Faya Ornia, Goretti (2016): *Medical brochure as a textual genre*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Gallego Hernández, Daniel (2016): «Traduction économique français-espagnol et espagnol-français: enquête sur les textes et les domaines traduits», *Babel* 62:4. 635-660.
- Gallego Hernández, Daniel (2009): «Terminología bilingüe y documentación *ad hoc* para intérpretes de conferencias: una aproximación metodológica basada en corpus», *Estudios de Traducción*, 2: 33-46.
- Hale, Sandra (2007): *Community interpreting*. Palgrave Macmillan.
- Hu, Kaibao (2016): *Introducing corpus-based translation studies*. Berlín: Springer.
- Laviosa, Sara (2002): *Corpus-based translation studies. Theory, findings, applications*. Ámsterdam/Nueva York: Rodopi.
- Luzón, María José, Mari Carmen Campo y Cubillo, María del Mar Sánchez Ramos y Pilar Salazar (2008): «Spoken corpora: new perspectives in oral language use and teaching», en M. C. Campo y M. J. Luzón (Eds.): *Spoken corpora in applied linguistics*. Berna: Peter Lang, pp. 3-30.
- Martin, Ann (2003): «Investigación en interpretación social: estado de la cuestión», en E. Ortega Arjonilla (Ed): *Panorama actual de la investigación en Traducción e Interpretación*. Vol. I. Granada: Atrio, pp. 431-446.
- Monzó Nebot, Esther (2008): «Corpus-based activities in legal translator training», *The Interpreter and Translator Trainer*, 2(2): 221-252.
- Ortego Antón, María Teresa (2016): «La gestión de la terminología en interpretación social a través de dispositivos móviles», *Tradumática*, 14: 49-57.
- Pöschhacker, Franz (2002): «Getting organized: The evolution of community interpreting», *Interpreting*, 4(1): 125-140.
- Ruiz Mezcuca, Aurora (2014): «Interpretación y formación para los centros sanitarios españoles», *Hermeneus*, 16: 265-289.
- Ryu, Koichiro, Matsubara, Shigeki, Kawaguchi, Nobuo y Yasuyoshi Inagaki (2003): «Bilingual speech dialogue corpus for simultaneous machine interpretation research», en *Proceedings of the 6th Oriental COCOSDA workshop in Singapore*, pp.164-168. <<http://ir2.nul.nagoya-u.ac.jp/jspui/handle/2237/15076>> [consulta: 2.XI.2017].
- Sánchez Ramos, M^a del Mar y Francisco Javier Vigier Moreno. (2016): «Using monolingual virtual corpora in public service legal translator training», en E. Martín-Monje, I. Elorza y B. García Riaza (Eds.): *Technological advances in specialized linguistic domains: practical applications and mobility*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 228-239.
- Schmidt, Thomas y Kai Wörner (2012): *Multilingual corpora and multilingual corpus analysis*. Ámsterdam: John Benjamins Publishing.
- Seghiri, Miriam (2011): «Metodología protocolizada de compilación de un corpus de seguros de viajes: aspectos de diseño y representatividad», *RLA. Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 49(2): 13-30.
- Shlesinger, Miriam (1998): «Corpus-based Interpreting Studies as an offshoot of corpus-based Translation Studies», *Meta* 43(4): 486-493.

- Straniero, Francesco (2012): «Using corpus evidence to discover style in interpreters' performance», en F. Straniero y C. Falbo (Eds): *Breaking ground in corpus-based interpreting studies*. Berna: Peter Lang, pp. 211-230.
- Straniero, Francesco y Caterina Falbo (Eds): *Breaking ground in corpus-based interpreting studies*. Berna: Peter Lang
- Valero-Garcés, Carmen (2003): «Responding to communication needs. Current issues and challenges in community interpreting and translating in Spain», en L. Brunette, G. L. Bastin, I. Hemlin y H. Clarke (Eds.): *Critical Link 3: Interpreters in the community. Selected papers from the third international conference on interpreting in legal, health and social service settings*, Montreal: John Benjamins Publishing Company, pp. 177-192.
- Valero-Garcés, Carmen (2013): «Formación de traductores e intérpretes en una sociedad multicultural. El programa de la Universidad de Alcalá, Madrid», *Cuadernos de Aldeu*, 25: 215-238.
- Van Besien, Fred (1999): «Anticipation in simultaneous interpretation», *Meta*, 44(2): 250-259.
- Vargas Urpí, Miriam (2016): «La difícil tarea de dar respuesta a las necesidades de formación en interpretación en los servicios públicos (ISP) en Cataluña: 10 años de avances y retrocesos», *FITISPos International Journal*, 3: 92-103.
- Wadensjö, Cecilia (1998): *Interpreting as interaction*. Londres/Nueva York: Longman.
- Zanettin, Federico (2012): *Translation-driven corpora*. Manchester: St. Jerome.



La interpretación hospitalaria: realidad, características, aspectos formativos

Marta Franco López*

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

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

Hospital interpreting: reality, features and formative aspects

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

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

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

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

1. Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Concepto de interpretación en el ámbito sanitario

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

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

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

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

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

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

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

5. Elementos distintivos y proceso de profesionalización

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

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

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

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

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

¿Qué ocurre cuando pertenecen a distintas clases socioeconómicas?

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

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

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

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

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

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

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

¿Por qué sienten tanta presión los proveedores?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Elementos formativos de interés para el intérprete hospitalario

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Otros aspectos inherentes a la labor del intérprete sanitario

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

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

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

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

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

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

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

8. Conclusiones

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

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

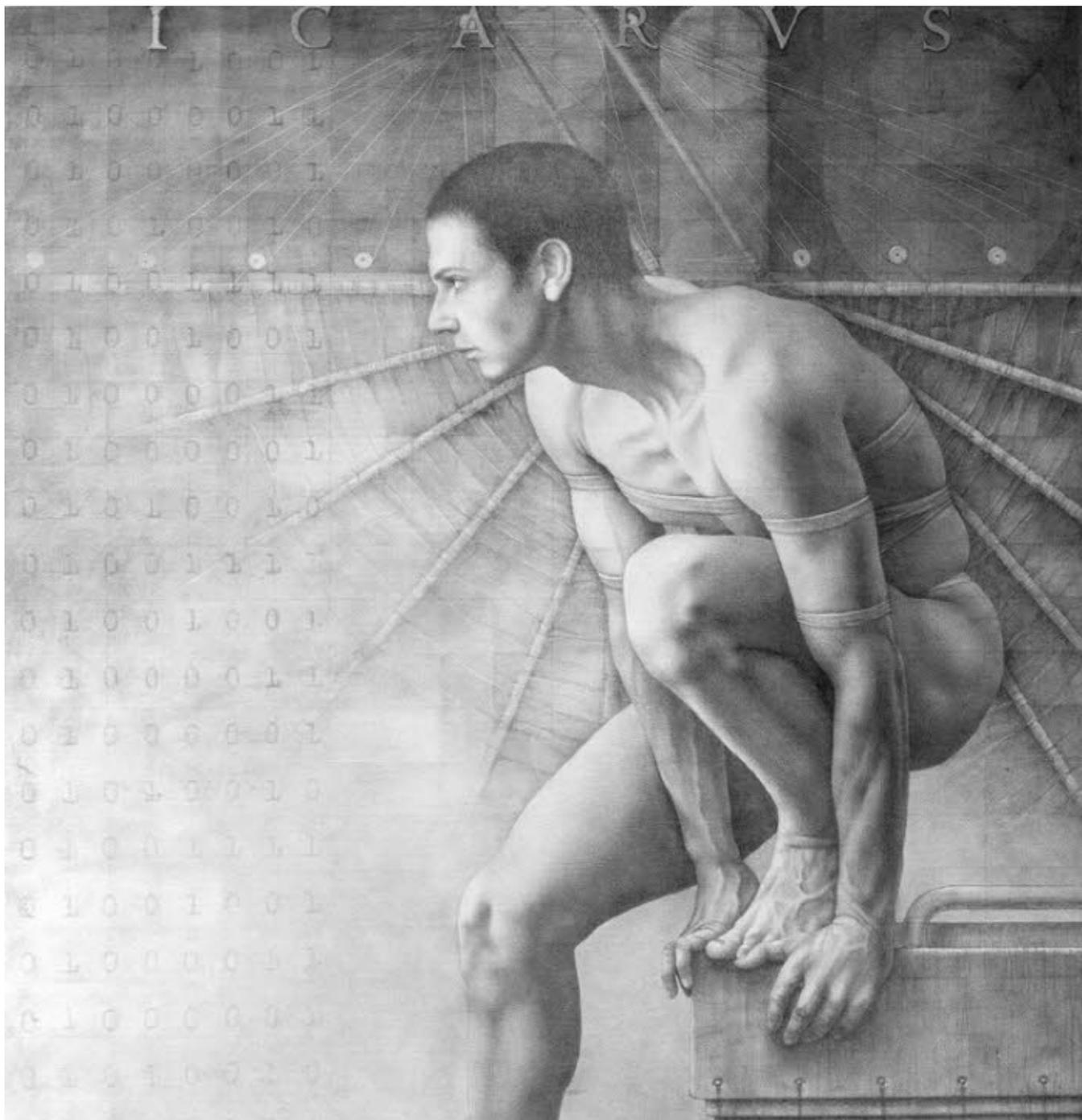
Notas

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

Referencias bibliográficas

- Abril Martí, M. (2006). *La interpretación en los servicios públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Granada: Universidad de Granada. Recuperado en noviembre de 2017, de <https://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf> [consulta 10.XII.2017].
- Angelelli, C. (2006). Designing Curriculum for Healthcare Interpreter Education: A Principles Approach. En C. Roy, *New Approaches to Interpreter Education*, pp. 23-46. Washington DC: Gallaudet University Press.
- Carr, S., Roberts, R., Dufour, A., & Steyn, D. (1997). *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the 1st international conference on interpreting in legal, health and social service settings*, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995. Amsterdam, Filadelfia: John Benjamins Publishing.
- Chesher, T., Slatyer, H., Doubine, V., Jaric, L., & Lazzari, R. (2003). Community-based interpreting : the interpreters' perspective. En L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin, & H. Clarke, *The Critical link 3 : interpreters in the community : selected papers from the Third International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings*, Montréal, Québec, Canada 22-26 May 2001, pp. 273-292. Amsterdam, filadelfia: John Benjamins Publishing.
- Consejería de Sanidad; Junta de Andalucía. (2017). *Salud Responde*. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_7_c_3_nuevo_marco_de_relacion_con_la_ciudadania/salud_responde> [consulta 10.XII.2017].
- Davidson, B. (2000). The Interpreter as Institutional Gatekeeper: The Social-Linguistic Role of Interpreters in Spanish-English Medical Discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4: 379-405.
- Dueñas González, R., Vázquez, V., & Mikkelsen, H. (1991). *Fundamentals of Court Interpretation: Theory, Policy, and Practice*. Durham, NC: Carolina Academic Press.
- Erasmus, M. (1999). *Liaison Interpreting in the Community*. Pretoria: Van Schaik.
- Gentile, A., Ozolins, U., & Vasilakakos, M. (1996). *Liaison Interpreting: A Handbook*. Carlton South, Victoria, Australia: Melbourne University Press.
- Hale, S. (2007). *Community Interpreting*. Hampshire; Nueva York: Palgrave Macmillan.
- Hsieh, E. (2003). The Communicative perspective of Medical Interpreting. *Studies in English Language and Literature* , 11: 11-23.
- Hsieh, E. (Octubre de 2008). "I am not a robot!" Interpreters' Views of Their Roles in Health Care Settings. *Qualitative Health Research*, 18 (10): 1367-1383.
- Martin, A., & Abril Martí, M. (2002). Los límites difusos del papel del intérprete social. En C. Valero Garcés, & G. Mancho Barés, *Traducción e interpretación en los servicios públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades*, pp. 55-60. Servicio de publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Mason, I. (Ed.). (2001). *Triadic Exchanges: Studies in Dialogue Interpreting*. Manchester: St. Jerome.
- Mikkelsen, H. (1996). *Community Interpreting. An emerging profession*. (Vol. 1 Interpreting). London: John Benjamins Publishing Co.
- Mikkelsen, H. (25 de octubre de 2004). *The professionalization of community interpreting*. Recuperado en noviembre de 2017, de [aiic.net: https://aiic.net/page/1546/the-professionalization-of-community-interpreting/lang/1](https://aiic.net/page/1546/the-professionalization-of-community-interpreting/lang/1) [consulta 10.XII.2017].
- Ozolins, U. (1998). *Interpreting and Translating in Australia: Current Issues and International Comparisons*. Melbourne: Language Australia.
- Pöchhacker, F. (1999). 'Getting Organized': The Evolution of Community Interpreting. *Interpreting*, 4 (1): 125-141.
- Ruiz Mezcua, A. (2013). La interpretación en los centros sanitarios: "A veces médico, a veces paciente... pero siempre intérprete". *Skopos: Revista internacional de traducción e interpretación*, 3: 185-199.
- Universidad de Sevilla. (2017). *El Turismo en Sevilla*. Grupo de Trabajo 0583 de la Fundación de Investigación. Sevilla: Universidad de Sevilla. Recuperado en noviembre de 2017, de https://www.visitasevilla.es/uploads/profesionales/observatorio/informes/agosto_2017_Datos_Turisticos.pdf [consulta 10.XII.2017].

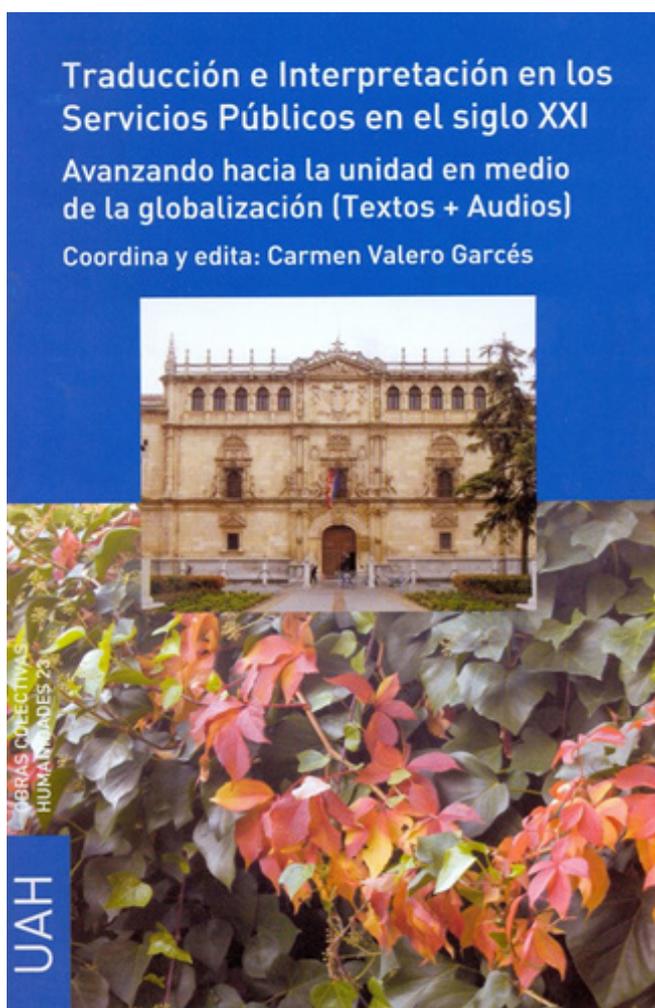
- Universidad Pablo de Olavide. (2017). *Memoria académica 2016-2017; La UPO en cifras*. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide. Recuperado en noviembre de 2017, de https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/memoria/documentacion/La_UPO_en_cifras_016_017.pdf [consulta 10.XII.2017].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



Radiografía de la traducción e interpretación en los servicios públicos en España

Carmen M.ª Cedillo Corrochano*

CARMEN VALERO GARCÉS (2011) (coord. y ed.): *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en el siglo XXI. Avanzando hacia la unidad en medio de la globalización*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 94 pp. ISBN: 978-8481389098. Precio: 14,25 EUR.



La traducción e interpretación en los servicios públicos —TISP— emerge para dar respuesta a una nueva configuración social determinada por la (con)vivencia dentro de un mismo territorio entre autóctonos y foráneos. Sin embargo, dicha (con)vivencia ha sido variable en el tiempo puesto que los grandes flujos migratorios o desplazamientos causantes de poblaciones multiculturales y multilingües ni son estáticos ni se han producido de forma simultánea en todas las partes del

mundo. Como consecuencia de ello, la necesidad o demanda de la TISP han sido desiguales y su nacimiento, por tanto, igualmente dispar en función del país.

En el caso concreto de España hay una ligera discrepancia sobre su surgimiento. Así, existen autores que lo fechan en el *boom* migratorio que se produjo entre 1990 y 2000 (Cedillo, 2016; Gil, 2010) y otros que lo emplazan ya en los años 80, en los que el comienzo de la llegada de un número significativo de inmigrantes se suma a la entrada de España en la Unión Europea (Burdeus, 2015; Valero Garcés, 2011). Ahora bien, con independencia de este leve matiz diferenciador respecto a su nacimiento, se hace patente la tardanza de tal surgimiento. Sirven, por ello, estos breves apuntes históricos para ilustrar lo relativamente reciente que es dicha especialidad de los estudios de Traducción e Interpretación en España y para entender, por extensión, el contexto en el que se enmarca la obra aquí reseñada.

Esta se publica en el año 2011 y deriva de las V Jornadas sobre Comunicación Intercultural, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, organizadas por el Grupo FITISPos en junio de 2010 en la Universidad de Alcalá. Del nombre de las propias jornadas puede deducirse que se desarrollan por quinta vez y que, de este modo, el tema de la TISP resulta de interés al mundo académico al cabo de varios años desde su eclosión en el país. Asimismo, del lema que encabeza estas V Jornadas, «Avanzando hacia la unidad en medio de la globalización», se puede extraer la conclusión, de igual manera, de que cada una de ellas se ha dedicado a discutir algún aspecto concreto de la TISP.

Así pues, la presente obra alberga —tanto en audio como en texto— todas las intervenciones que se hicieron a lo largo de las nombradas jornadas con el objetivo de tratar el estado de la cuestión de la TISP en dos de sus ámbitos: el judicial-policial y el médico-sanitario. Como consecuencia de ello, está dividida tácitamente en dos partes unidas por una introducción de Carmen Valero Garcés en la que se señala la intención de que la obra se dirija, con el compendio final de materiales, a profesionales que estén en contacto con población extranjera, representantes de las instituciones locales o nacionales, trabajadores y voluntarios de ONG o sindicatos, asociaciones y colectivos de inmigrantes, profesores y alumnos y, en definitiva, a todas las personas interesadas en la comunicación entre lenguas y culturas.

Tras dicha introducción, se aúnan aquellos trabajos que pretenden dar cuenta de la figura del traductor/intérprete judicial-policial en España y de las problemáticas habidas hasta la fecha en tal actividad. A esta radiografía contribuyen autores de reconocido prestigio en el campo, como son Luis

* Universidad de Alcalá, Madrid (España). Dirección para correspondencia: carmen@zotformacion.com.

González, Pilar de Luna, Hassan Saharoui, Endika Zulueta, M.^a Dolores Ortigosa, Fernando A. Gascón y Raúl García. Todos ellos proclaman la falta de regularización del ámbito y de los requisitos de acceso a él como problema principal de la traducción/interpretación judicial-policial hasta ahora. Esto queda perfectamente argumentado mediante el comentario minucioso que hace cada uno de los autores de sus experiencias en él.

No obstante, si bien parece existir un consenso entre todos ellos sobre el no propicio panorama de la traducción/interpretación judicial-policial en España, este desaparece cuando transmiten sus opiniones sobre el futuro cambio que pueda experimentarse. De esta manera, hay autores que se muestran más esperanzados con las mejoras del ámbito y otros algo más escépticos al respecto. Sin embargo, con independencia de una actitud u otra, todos acaban exponiendo posibles soluciones para progresar y muestran su incertidumbre con respecto a algunas ya en marcha en la fecha, como la Directiva 2010/64/UE.

Con todo ello, después de mostrar una radiografía bastante nítida de la traducción/interpretación judicial-policial en España, la presente obra concede espacio —aunque esta vez más reducido— a la traducción/interpretación médico-sanitaria. Para este fin recoge las participaciones, de nuevo, de grandes especialistas, como Jesús Manuel Tejero, Bárbara Navaza, Bianca Vitalaru y Raquel Lázaro. Estos exponen cómo se hace posible la comunicación en la primera década del siglo XXI en los hospitales y centros de salud.

El objetivo, por tanto, de los citados profesionales es el de dar a conocer y evaluar las iniciativas que se han llevado a cabo en España para favorecer el acceso de la atención sanitaria a la población inmigrante. Iniciativas que son muy bien recibidas por estos profesionales y que les hacen tener una actitud positiva respecto al futuro panorama de la traducción/interpretación médico-sanitaria en España. Por esta razón, todos ellos están de acuerdo en las rápidas y progresivas mejoras acometidas para enfrentarse a la nueva realidad social, aunque denuncian la existencia también de carencias, como la falta de sensibilización sobre los riesgos de una comunicación deficiente en el ámbito o el escaso prestigio de la figura del traductor/intérprete de este campo. Siendo conscientes, entonces, de los avances de la traducción/interpretación médico-sanitaria en España, pero también de sus carencias hasta el momento, afrontan con optimismo su devenir.

Termina la obra con este segundo bloque temático y su lector acaba, al mismo tiempo, con una idea clara de la situación reinante en dos de los ámbitos más (re)conocidos en la actualidad de la TISP en España. Esto facilita que no solo pueda tener una visión específica de la traducción/interpretación judicial-policial y de la médico-sanitaria, sino que además pueda tenerla de la TISP en general, ya que la des-

cripción de dos de sus ámbitos ofrece una panorámica de la especialidad en la que se encuadran y permite ver algunas de sus características más generales, como es la de la inexistencia de estatus profesional. Por lo anteriormente comentado, esta obra puede suscitar la atención de aquellos que deseen acercarse a la realidad de la TISP en España y, por supuesto, a la realidad precisa de la traducción/interpretación judicial-policial y de la médico-sanitaria, dado que las aportaciones en ella recogidas son de gran riqueza (in)formativa al combinar la descripción objetiva y la reflexión personal.

Sin embargo, se ha de tener presente en todo momento durante su lectura la fecha en la que se escribe, puesto que muchos de los hilos discursivos planteados en ella han ido evolucionando —algunos, como el de la Directiva 2010/64/UE, de forma notable— hasta el momento actual. Así, queda en manos del lector la responsabilidad de actualizar sus conocimientos y comprobar cómo han transcurrido las iniciativas enumeradas, si se han materializado finalmente algunas de las soluciones propuestas para optimizar la situación de ambos ámbitos y, en definitiva, en qué punto se encuentran ahora la traducción/interpretación judicial-policial y la médico-sanitaria en España. Esto, desde mi perspectiva, no debería tomarse de manera negativa, sino todo lo contrario, dado que la presente obra puede servir para evaluar el progreso de la TISP y descubrir por uno mismo qué cariz han ido tomando esas jornadas, de las que deriva la obra, cuya celebración se ha reiterado lo largo de todos estos años (FITISPos).

Referencias bibliográficas

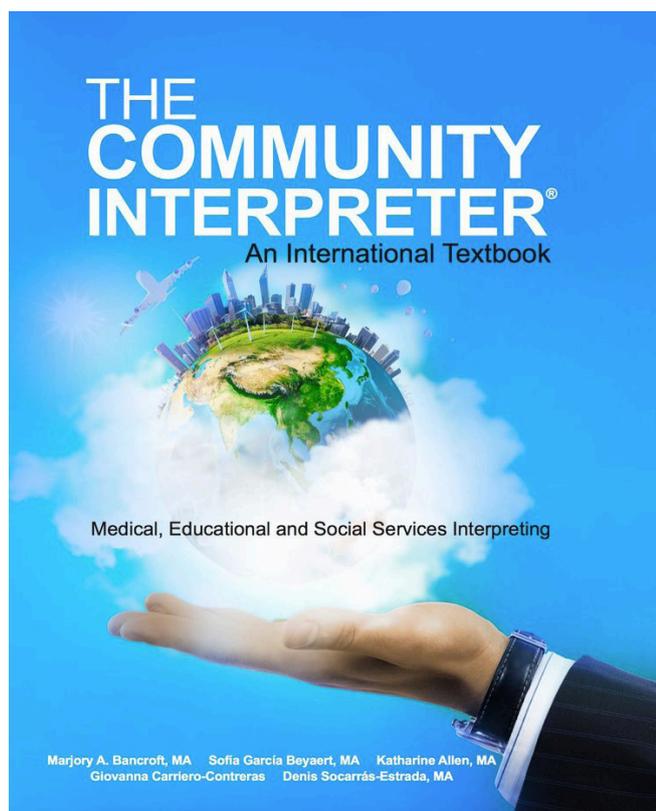
- Burdeus Domingo, Noelia (2015): *La interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario. Estudio comparativo de las ciudades de Barcelona y Montreal*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. <<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/310427/nbd1de1.pdf?sequence=1>> [consulta: 15.XI.2017].
- Cedillo Corrochano, Carmen (2016): «Análisis de la presencia mediática de la TISP en España y de su posible profesionalización / An analysis of the media coverage of PSIT in Spain and of its possible professionalisation», *FITISPos LJ*, 3: 164-173. <http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.5/index.php/fitispos/article/view/105/139> [consulta: 15.XI.2017].
- FITISPos: «Grupo FITISPos. Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos». <<http://www.fitispos.com.es/>> [consulta: 15.XI.2017].
- Gil Bardají, Anna (2010): «Estado de la cuestión de la TISSPP en España: ¿Qué? ¿Cómo? ¿Quién? ¿Para qué?». <grupsderecerca.uab.cat/miras/sites/grupsderecerca.uab.cat.miras/files/1.ppt> [consulta: 15.XI.2017].
- Valero Garcés, Carmen (2011): «Nuevos caminos con buenos maestros en Traducción e Interpretación: en homenaje a Valentín García Yebra», *Mutatis Mutandis*, 4: 155-171. <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5012717>> [consulta: 15.XI.2017].



Un libro de texto clave para la formación de intérpretes en los servicios públicos

Lara Domínguez Araújo*

MARJORY A. BANCROFT, SOFÍA GARCÍA BEYAERT, KATHARINE ALLEN, GIOVANNA CARRIERO-CONTRERAS y DENIS SOCARRÁS-ESTRADA *et al.* (2011): *The Community Interpreter: An International Textbook*. Columbia, MD: Culture & Language Press; 453 pp. ISBN: 978-0-9823166-7-2.



El auge de la interpretación de servicios públicos (ISP) durante las últimas décadas ha despertado el interés de la academia y ha enriquecido cualitativa y cuantitativamente los estudios de interpretación, antes limitados a la interpretación de conferencias y a las lenguas orales. A la par que estos progresos, o incluso liderándolos, se encuentra la formación inicial y continua de intérpretes profesionales y especializados para dar respuesta a las necesidades de comunicación interlingüística de los ámbitos sanitario, educativo, social y judicial. Y es en este contexto en el que la obra que reseñamos cubre una laguna fundamental por su función de manual de referencia para intérpretes y docentes y por ser fruto de la experiencia y reflexión acumuladas durante años

de ejercicio de la profesión, en los que refleja los retos y dilemas inseparables de esta.

Se trata de un manual completísimo que sirve a la vez de libro de texto para una formación reglada —con su correspondiente libro de actividades para el alumnado en la tradición anglosajona de enseñanza del inglés como lengua extranjera— y de manual para la formación continua y autodidacta de intérpretes en activo o estudiantes de interpretación. Se divide en lecciones que organizan el contenido en cinco grandes bloques que abarcan los conocimientos y destrezas fundamentales para el buen ejercicio de la profesión, y que van precedidos de un prólogo, un glosario y un código deontológico.

En el primer capítulo se aborda el estado de la cuestión en cuanto a cuáles deben ser estos conocimientos y habilidades, con un repaso a la historia, los estándares de acreditación, los principios éticos y la importancia de la reflexión sobre la práctica como motor y garantía de su calidad. En el segundo se describe la actividad de la interpretación, donde la autora se detiene, por un lado, en las fases de una interacción interpretada y en asuntos clave para actuar a lo largo de ella (posición, presentación, uso de la primera persona y turnos de palabra) y, por otro, en los procesos cognitivos fundamentales que se ponen en juego durante la interpretación (memoria, análisis, anticipación y división de la atención). Este segundo capítulo continúa con la explicación de las tres modalidades de interpretación más comunes en el ámbito de los servicios sociales (consecutiva, simultánea y traducción a la vista) y dedica el último apartado a la toma de notas en la modalidad consecutiva, justificando su relevancia y presentándola con ejemplos y fundamentada en los principios de Rozan.

El tercer capítulo se centra en la controvertida tarea de «mediar» o intervenir estratégicamente en la conversación que se interpreta, haciendo hincapié en la subjetividad intrínseca a toda interacción y en la pertinencia o no de actuar en esta más que interpretando lingüísticamente las intervenciones de ambos interlocutores. Para ello, explica el concepto de sesgo inconsciente y sitúa la necesidad de «mediar» únicamente como estrategia beneficiosa para el propósito comunicativo en determinadas ocasiones —contadas—, diferenciándola de la mediación intercultural y dando pautas y ejemplos sobre cuándo y cómo llevarla a cabo.

El cuarto capítulo describe la realidad profesional, ubica la ISP en los distintos contextos en los que se produce, presenta a los demás actores del proceso (agencias y proveedores incluidos) y destaca el papel de cada intérprete para contribuir al buen desarrollo y consideración de la profesión, a la vez que ofrece consejos sobre cómo encontrar y retener trabajo.

* Intérprete de conferencias, doctora en Traducción y Estudios Interculturales (UAB) y profesora asociada de interpretación (UVigo). Dirección para correspondencia: laradoar@gmail.com.

Dedica un apartado específico a la interpretación en el ámbito jurídico y judicial, su intersección con la interpretación en los tribunales y la interrelación y solapamiento de estas con la ISP. En él se contrastan los códigos deontológicos de interpretación en los ámbitos jurídico y médico, se explicitan casos híbridos de interpretación jurídica o judicial en los servicios públicos, se dan consejos para distinguirlas y tomar decisiones sobre cómo llevarlas a cabo y se considera el caso particular de la *workers' compensation* estadounidense. Los demás ámbitos de especialización (médico, educativo, servicios sociales, religioso, salud mental y refugio) se tratan en el apartado cuatro del mismo capítulo, al que sigue una sección sobre la preparación terminológica y su importancia y una última sobre las particularidades de la interpretación a distancia, ofreciendo ambas secciones una visión teórica y práctica sobre ventajas e inconvenientes y consejos para realizarlas de forma satisfactoria.

El quinto capítulo, por último, profundiza en asuntos y dilemas éticos ineludibles en el ejercicio de la ISP, posicionándose con claridad acerca de cuestiones sobre las que existe un gran debate en el ámbito académico —tales como la imparcialidad, la no intromisión en la interacción más que como intérpretes o la distinción entre la interpretación y la mediación intercultural— y recomendando buenas prácticas sencillas de recordar que contribuyen a la profesionalidad de las interpretaciones. Estas se fundamentan en el fomento de la autonomía comunicativa de los interlocutores y abogan por la ausencia de intervención independiente por parte de la intérprete, a menos que sea estrictamente necesario por cuestiones comunicativas estratégicas o situaciones de riesgo potencial. Para ello, aborda el papel de las intérpretes desde un punto de vista ético y profesional y da orientaciones sobre el autocuidado y aprendizaje permanente imprescindibles para el buen ejercicio de la profesión.

Además de los capítulos descritos, el libro ofrece, antes de estos, y tras el prólogo, un glosario con la definición de los términos fundamentales referidos en él y un código deontológico formado por estándares profesionales, lo suficientemente claros e incluyentes como para servir de guía en el ejercicio de la profesión, estructurados en ocho principios —con su correspondiente explicación, implicaciones y ejemplos prácticos de aplicación—, a los que precede la descripción detallada de los conceptos de autonomía comunicativa e interpretación en los servicios públicos tal y como se conciben en el manual.

El libro está escrito en inglés y pretende servir de guía internacional para el ejercicio de la ISP en distintos ámbitos y países. Si bien su origen norteamericano es innegable, sí logra abordar la realidad profesional desde una perspectiva multicultural y con vocación no etnocéntrica, en la que se nota una especial sensibilidad por no esconder posibles sesgos debidos a la procedencia cultural de sus artífices, lo cual da un mayor valor si cabe a la obra.

Por otra parte, la estructura de las lecciones —en la que se especifican claramente los objetivos de aprendizaje, se interrelaciona la teoría con la práctica y se promueve el debate y la reflexión sobre esta última— es especialmente valiosa

para la formación de intérpretes. Y es que, sin dejar de recoger las últimas discusiones de la academia, estas se concretan en ejemplos prácticos y verosímiles, muchos de ellos sacados de experiencias reales, sobre los que es necesario llegar a soluciones y desarrollar estrategias que permitan realizar la interpretación en las mejores condiciones posibles. Estas propuestas resultan de gran utilidad para la preparación de intérpretes —que van a tener que resolver en soledad dilemas y situaciones semejantes pero seguramente únicas a lo largo de su trayectoria profesional—, a quienes esta obra forma en la práctica reflexiva fomentando su autonomía, haciendo gala, por tanto, del mismo principio que defiende para la comunicación entre interlocutores.

Resulta especialmente meritorio el hecho de que el libro no eluda los casos más problemáticos de solapamiento entre principios éticos que a veces pueden resultar contradictorios, el relato de experiencias y decisiones difíciles —e incluso vividas en primera persona por algunas de las autoras— y la ilustración de las recomendaciones y dilemas con numerosos ejemplos descriptivos de la realidad profesional. Esta concreción en torno a cuestiones éticas, muy comunes en la ISP pero también habituales de otros ámbitos en los que se utiliza la modalidad de interpretación de enlace —tales como la posibilidad o pertinencia de intervenir en la interacción al margen del papel de intérprete o cómo lograr distanciarse cuando alguno de los interlocutores parece querer incluir a quien interpreta como un hablante independiente más de la conversación—, contribuye enormemente al debate sobre el papel de las intérpretes y docentes de interpretación. El libro apuesta, pues, por una posición empoderadora a ambos lados de la interacción, lo que podría verse como una toma de partido hacia aquel que se encuentra en una posición de poder (como es el caso de los agentes o proveedores de un servicio público); sin embargo, el fomento de la autonomía comunicativa como pilar fundamental de la interpretación resulta emancipador al darles directamente la voz a las usuarias del servicio y rechazar una visión paternalista de estas, sin renunciar por ello a la posibilidad de intervenir estratégicamente por cuestiones culturales o para garantizar la transparencia y la comunicación directa entre ambas partes.

La sólida fundamentación teórica, la riqueza de los ejemplos, la pertinencia y consistencia de las reflexiones y disquisiciones basadas en la experiencia profesional y la elocuente traducción práctica en forma de recomendaciones hacen de este libro una guía excelente para aquellas personas que quieran formarse en ISP. Si bien la obra es polivalente en cuanto a que puede servir de manual de aprendizaje autodidacta, como refuerzo para intérpretes en formación o de guía para intérpretes en activo, su organización, estructura (con resúmenes del contenido al final de cada capítulo y repaso de temas anteriores a modo de introducción de los siguientes) y formato (letra grande y páginas a color con fotografías, esquemas y cuadros, lo que lo convierte en un volumen bastante pesado de más de 400 páginas) la sitúan sin duda alguna en el género del libro de texto, ideal para el seguimiento de un curso de formación en ISP que recomendamos encarecidamente.

Panorámica de la formación del mediador y paciente desde una perspectiva inclusiva

Marta Franco López*

ZAPATA BOLUDA, ROSA MARÍA, DALOUH, RACHIDA, CALA, VERÓNICA C., GONZÁLEZ JIMÉNEZ y ANTONIO JOSÉ (2017): *Libro de actas del VII Congreso Internacional de Educación Intercultural; Educación, salud y TIC desde una perspectiva transcultural*. Almería: Editorial Universidad de Almería; 169 pp. ISBN: 978-84-16642-52-6.

LIBRO DE ACTAS VII CONGRESO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN INTERCULTURAL

*Educación, salud y TIC desde una
perspectiva transcultural*

Editores

Rosa María Zapata Boluda • Rachida Dalouh
Verónica C. Cala • Antonio José González Jiménez



A propuesta de Valentina Marta, he leído el *Libro de actas del VII Congreso Internacional de Educación Intercultural; Educación, salud y TIC desde una perspectiva transcultural*. Editado por la Editorial Universidad de Almería, recoge en sus 169 páginas los temas abordados en este encuentro, que se celebró en la ciudad almeriense del 15 al 17 de junio de 2016.

Los ponentes proceden de España, México, Turquía y Francia. Casi la totalidad de las comunicaciones están escritas en español, aunque también las hay en inglés y francés. El libro de actas se estructura en veinte epígrafes que agrupan

por temática las presentaciones, en las que se analizan bases de datos de publicaciones científicas, casos prácticos e investigaciones.

El hilo conductor de muchas de ellas es la aplicación de las tecnologías de la información y de la comunicación en el entorno educativo y en el sanitario, bien como recurso de formación de los profesionales o bien como herramienta para la capacitación de los alumnos o pacientes, según el caso. Este es el caso de las plataformas de teledocencia o de los servicios de telemedicina y teleasistencia, puesto que permiten ampliar el abanico de servicios ofrecidos, además de una mayor cercanía con el receptor y el acceso a derechos fundamentales. Estas aplicaciones cobran una mayor relevancia cuando se trata de transformar en inclusivos los sistemas sanitario y educativo. Algunos de los ejemplos expuestos en las comunicaciones son la atención a la diversidad (en especial la cultural), la docencia y la atención sanitaria para personas con trastornos del espectro autista o con discapacidades y el envejecimiento activo.

Otro de los temas que articulan el congreso es la aplicación de estrategias transversales relativas a la interculturalidad, a la perspectiva de género y a la diversidad sexual dentro de la educación emocional, con el fin de adquirir competencias socioemocionales. Tampoco se pierde de vista la educación sexual, tanto en las aulas como en el sistema sanitario de atención primaria. El entorno de la atención primaria constituye el principal escenario de la mediación intercultural sanitaria, no solo entre comunidades migrantes y sociedad de acogida sino también con grupos sociales desfavorecidos. La mediación desempeña una función formadora en cuestiones de salud pública, dentro de las comunidades, además de ocuparse de casos individuales.

Como se desprende de varias actas, la formación y la capacitación plantan los cimientos de la mejora sanitaria y educativa en términos de toma de decisiones y de participación en el sistema. Tal es el caso de la intervención con gestantes en atención primaria y la formación de matronas para intervenir en condiciones difíciles, dentro del primer entorno, y de la inclusión de alumnos desfavorecidos en el segundo. En relación con este último aspecto, varias ponencias analizan el impacto de la pobreza y su gestión desde el punto de vista intercultural.

El libro está formado por los resúmenes de las ponencias pronunciadas en el congreso y, por lo tanto, carece de homogeneidad de redacción y estilo. A pesar de la necesaria brevedad de las actas, muchas de las contribuciones incluyen la bibliografía para poder ampliar la información presentada en ellas. Otro de los aspectos positivos es la posibilidad de ponerse en contacto con la mayoría de los autores, puesto que en

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

gran parte de las comunicaciones se señala una dirección de correo electrónico.

Si bien el congreso no versa en exclusiva sobre mediación, traducción e interpretación, es cierto que se pueden extraer recursos para la formación inicial y continua de traductores

e intérpretes en los servicios públicos. Debido a la cercanía de estos traductores/intérpretes/mediadores con otras disciplinas como la medicina, la docencia o el trabajo social, es importante conocer cuáles son las cuestiones más relevantes en ellas y con qué herramientas se cuenta para gestionarlas.

Novetats terminològiques en la taula periòdica: nihoni, moscovi, tennesi i oganessó
TERMCAT

Ja s’havien descobert, però ara estrenen nom, també en català! Des del passat mes de novembre, els darrers quatre elements incorporats a la taula periòdica dels elements ja tenen un nom definitiu: *nihoni*, *moscovi*, *tennessi* i *oganessó*. Els localitzareu fàcilment en la taula periòdica perquè tenen els nombres atòmics 113, 115, 117 i 118, respectivament, i completen el setè període (setena fila).

Es tracta d’elements superpesants i molt inestables, amb una vida mitjana de mil·lsegons. No es troben a la natura, sinó que només es poden crear al laboratori. En ser tan inestables, no permeten cap utilitat pràctica, de manera que actualment el seu àmbit d’aplicació es limita a la recerca.

Un cop finalitzat el procés de síntesi i caracterització d’aquests quatre elements, que va culminar el desembre de 2015 amb el reconeixement de la IUPAC i la consegüent incorporació a la taula periòdica, la IUPAC va convidar els descobridors respectius a proposar-ne el nom i el símbol definitius per substituir els provisionals que havien rebut durant la fase de validació. Finalment, el novembre de 2016, la IUPAC va aprovar de manera oficial les propostes presentades pels investigadors.

I gairebé simultàniament a la formalització dels noms oficials en anglès, el Consell Supervisor del TERMCAT va iniciar l’estudi d’aquests neologismes per a establir-ne la denominació adequada en català.

El quadre següent mostra els noms en anglès i les denominacions normalitzades en català, juntament amb els símbols corresponents:

Nombre atòmic	Denominació oficial en anglès	Denominació normalitzada en català	Símbol
113	nihonium	nihoni	Nh
115	moscovium	moscovi	Mc
117	tennessine	tennessi	Ts
118	oganesson	oganessó	Og

L’elecció de les denominacions originals en anglès ha seguit la tradició d’escollir noms d’origen mitològic, noms relacionats amb minerals que contenen l’element, noms de regions geogràfiques, noms relatius a una propietat de l’element o noms de científics. Així, els tres primers elements del quadre fan referència a la ubicació dels laboratoris i centres de recerca en què s’han sintetitzat, mentre que el darrer és un homenatge al professor rus d’origen armeni Yuri Oganessian, com a reconeixement a la seva recerca en transactínids.

Les denominacions normalitzades corresponents són l’adaptació al català d’aquestes formes foranes: *nihoni* prové de *Nihoni*, una de les maneres de pronunciar el nom del Japó en japonès; *moscovi* fa referència a Moscou, i *tennessi* prové de Tennessee. En canvi, *oganessó* és un homenatge al professor Yuri Oganessian, com ja s’ha dit.

En la fixació de les formes catalanes més adequades per a denominar aquests quatre elements, s’ha buscat l’equilibri entre el component d’internacionalitat que ha de tenir la terminologia química sistemàtica recomanada per la IUPAC i la coherència amb el patró morfològic que segueixen els elements de cada grup en català. Així per exemple, les formes *nihoni*, *moscovi* i *tennessi* acaben en *-i*, d’acord amb la terminació més habitual dels elements en català, mentre que *oganessó* acaba en *-ó*, que és la terminació típica en català per als gasos nobles, grup amb el qual comparteix algunes característiques. En tots els casos les denominacions normalitzades han estat consensuades amb especialistes de l’àmbit.

Podeu consultar aquestes termes, i més terminologia de química inorgànica i de química orgànica, en el *Diccionari de química* en línia, elaborat conjuntament per la Universitat Politècnica de Catalunya, el TERMCAT i Enciclopèdia Catalana. Així mateix, trobareu les denominacions catalanes normalitzades d’aquests nous elements en la *infografia interactiva de la taula periòdica dels elements* que acompanya aquest diccionari i en la *Taula periòdica dels elements*, editada per l’Institut d’Estudis Catalans.

© TERMCAT, Centro de Terminología <www.termcat.cat>

Entrevista a Concha Ortiz, intérprete de conferencias especializada en medicina

Óscar Jiménez Serrano*



Concha Ortiz interpretando en un curso de medicina de urgencias con actores como pacientes

La felicidad y la realización profesional de un trabajo bien hecho en medicina hacen que merezcan la pena todos los esfuerzos previos y durante el congreso.

Concha Ortiz

A fin de poder ofrecer en este número monográfico una descripción profesional de la interpretación de conferencias en los congresos médicos, hemos entrevistado a una intérprete que ha optado por dicha especialización y posee una dilatada experiencia en ese ámbito. Concha Ortiz es licenciada en Traducción e Interpretación por la Universidad de Granada y ha cursado estudios de interpretación, traducción, lingüística y relaciones internacionales en la Universidad Heriot-Watt de Edimburgo, Reino Unido. Concha ha realizado los cursos de doctorado en la Universidad de Córdoba y es miembro de AICE (Asociación de Intérpretes de Conferencia de España). Asimismo, ha impartido diversos cursos de formación en interpretación médica y ha publicado artículos sobre el tema. Su bagaje profesional, docente e investigador —unido, además, al radiante entusiasmo por su profesión que transmite a lo largo de nuestra conversación— le otorga una posición de privilegio para brindarnos este interesante relato.

Óscar Jiménez: *¿Cuáles son las situaciones comunicativas más habituales en las que realizas tu labor dentro del ámbito biosanitario?*

Concha Ortiz: Durante los últimos casi 25 años, mi labor como intérprete de conferencias especializada en medicina se

ha desarrollado, prácticamente en su totalidad, en el marco de los congresos médicos. Como sabéis, hay muchos tipos de congresos médicos, cada uno de los cuales presenta situaciones comunicativas muy diferentes que debemos identificar y a las que hemos de adaptarnos. Imagina la diferencia que existe, por ejemplo, entre un congreso anual de una sociedad médica (ya sea española, europea o internacional) en la que se centran en compartir los últimos avances de su especialidad, un lanzamiento de un fármaco organizado por el propio laboratorio que lo produce, un curso de formación práctica sobre técnicas diagnósticas o quirúrgicas, o la reunión de una asociación de pacientes. También han evolucionado los tipos de congresos médicos, antes solíamos viajar mucho más a destinos atractivos o exóticos, ya que solían organizarse como viajes de incentivos. Sin embargo, a raíz de la aplicación de la legislación europea que regula la forma en que la industria farmacéutica interactúa con la comunidad científica para promover el uso de sus productos, estas reuniones se han convertido en congresos científicos en su sentido más estricto.

Óscar Jiménez: *¿Cómo te formaste para convertirte en especialista en congresos médicos? ¿Cómo consigues mantener tus conocimientos al día para cubrir la variedad de campos que dicha especialización implica?*

Concha Ortiz: Cuando estudié interpretación en la Universidad de Granada, en el plan de estudios ofrecían varias optativas de especialización y elegí una sobre introducción a la medicina, porque ya me atraía mucho este campo tan desconocido. Mi formación previa a la universidad era de letras puras, por lo que sentía un gran interés por una ciencia tan relacionada con las personas. Tras finalizar la licenciatura, creo que en mi primer verano, me compré los libros de texto de primero de medicina y me los estudié de forma autodidacta. Ahora recuerdo con asombro, y casi como una hazaña, esa idea de ponerme a estudiar grandes volúmenes de anatomía, fisiología y patología en medio de un caluroso verano andaluz... Poco después, hice mi primer «Curso de interpretación y traducción médica» en el Hospital Saint Thomas de Londres, que aportó un poco de orden científico y estructura académica a mi joven entusiasmo autodidacta. Ahora sigo estudiando para cada congreso, cada día. Mantengo mis conocimientos al día según los congresos en los que participo. Cada año surgen nuevos avances en todas las especialidades y, en la preparación previa a un congreso, me documento leyendo los artículos clave.

Óscar Jiménez: *Ya en el año 1998, publiqué que el mercado profesional de la interpretación de conferencias en España*

* Dirección para correspondencia: ojimene@ugr.es.

se dividía entre los intérpretes que están dispuestos a hacer congresos de medicina y los que no. ¿Crees que ahora sigue siendo así? ¿Siempre acaba el mismo grupo reducido de profesionales haciendo los congresos médicos?

Concha Ortiz: Sin duda, en el mercado español sigue habiendo esa distinción entre los intérpretes de conferencias que hacemos medicina y los que no. Aunque también hay otros parámetros en los que nos diferenciamos, por ejemplo, quienes hacemos o no consecutiva, o quienes estamos dispuestos a trabajar o no con Infoport. En cuanto a lo segundo, tienes razón, cuando se contratan intérpretes para un congreso médico, se suele pedir que sean intérpretes especializados en el campo en cuestión. Ten en cuenta que los congresos médicos normalmente se organizan de un modo muy profesional, por tanto se contrata para este servicio a profesionales reconocidos. Sin embargo, eso no quiere decir que sea imposible empezar a hacer medicina...

Óscar Jiménez: *La obtención de la información necesaria para interpretar con anterioridad a la celebración del congreso ha sido siempre la eterna batalla del intérprete de medicina. Desde que se implantó el uso de las presentaciones en PowerPoint o similares, siempre intentamos con ahínco conseguir los archivos correspondientes, pero los ponentes en este campo son cada vez más reacios a facilitarnoslos. ¿Qué experiencia tienes en ese sentido?*

Concha Ortiz: En medicina, una de las ventajas de trabajar en una especialidad tan compleja es que los congresos médicos suelen estar organizados de modo muy profesional, lo cual facilita, en cierta medida, la tarea de conseguir la documentación, porque la organización es consciente de las necesidades, en especial si es una reunión de un laboratorio farmacéutico. En cualquier caso, como dices, a veces los ponentes no envían sus presentaciones con antelación. Cuando me contratan para un congreso médico, suelo indicar que espero recibir la documentación disponible para preparar la terminología específica de su evento y les garantizo que la trataré con absoluta confidencialidad. Lógicamente, cuanto más profesional es la organización, más fácil será el acceso a la documentación y mejor será el resultado global del congreso.

Óscar Jiménez: *¿Puedes resumirnos cómo te preparas terminológica y conceptualmente para un congreso médico complejo?*

Concha Ortiz: Es un proceso de documentación lógico y simple que puede aplicarse a medicina o a cualquier otro campo especializado, que consiste en estudiar los contenidos yendo desde lo más general a lo más específico y abarcando disciplinas que puedan estar relacionadas tangencialmente con la medicina, tales como estadística, física o, incluso, derecho. Al principio, cuando haces tus primeros congresos de medicina, dedicas muchas horas de estudio para construir los cimientos conceptuales y terminológicos, porque todo es nuevo. Es necesario tener una actitud humilde y profesio-

nal, partiendo de la base de que vas a tener que investigar y aprender todo lo que no sepas, ¡que es mucho! Casi, casi empezando por leer una buena definición de qué significa «medicina». A partir de los términos usados en esa misma definición, seguimos leyendo las definiciones de todos los demás términos que nos parezcan jugosos, entre los cuales cabe citar «ciencia», «enfermedad», «tratamiento», «diagnóstico», etc., para ir aterrizando en los términos más específicos como, por ejemplo, «betabloqueantes». Por eso, es mejor empezar en verano, cuando tienes más tiempo.

Óscar Jiménez: *Has impartido talleres especializados sobre interpretación médica. ¿Puedes resumirnos su contenido y lo esencial de tu metodología?*

Mis talleres de interpretación de medicina son una introducción a lo que he aprendido en estos 25 años de ejercicio profesional. Sabemos que la formación de un intérprete tiene un gran componente autodidacta y que seguimos formándonos cada día de nuestra vida, incluso en las situaciones más insospechadas. En mis cursos, intento ayudar a los intérpretes a construir su propio proceso de formación autodidacta, como si les orientase para construir su propia casa. Comienzo hablándoles del barrio en el que van a vivir, proporcionando una descripción de los congresos médicos que, como indicaba anteriormente, forman parte de un universo con sus propias leyes físicas. Les indico quién más vive en su vecindario, cuáles son los agentes implicados en los congresos médicos y su función, es decir, dónde pueden ir a comprar el pan. También excavamos para hacer sitio para poner los cimientos, realizando una pequeña introducción a la anatomía, fisiología y patología. Vemos cómo funcionan las ventanas y las puertas al trabajar en una introducción a la terminología médica. También les enseño a usar las herramientas de albañilería, exponiéndoles cómo se realiza el proceso de documentación y elaboración de glosarios. Hacemos muchos ejercicios prácticos de preparación de un congreso específico, e incluso simulamos un congreso médico. Estos cursos pueden tener una duración muy variada, desde un solo día hasta una o dos semanas.

Óscar Jiménez: *¿Qué impresión crees que tienen los médicos, en general, de la labor del intérprete en los congresos que realizan?*

Concha Ortiz: En general, nos consideran como profesionales que estamos ahí para ayudarles, pero es una de las generalizaciones más difíciles de hacer, ya que la impresión que tienen de nuestro trabajo depende mucho de cada profesional sanitario y de su competencia en inglés. Por lógica, cuanto más necesiten y usen el servicio de interpretación simultánea, mejor impresión tendrán de nuestra labor, ¡si hacemos un buen trabajo, claro! Yo he trabajado en congresos en los que no nos han querido dar ni agua y, por contraste, en otros en los que hemos llegado un día antes para reunirnos en una comida de ponentes, en la cual podíamos debatir el contenido de las presentaciones y aclarar nuestras dudas terminológicas mirando el mar antes de hacer un ensayo general del congreso del día posterior. En

cualquier caso, creo que si un congreso está bien organizado, todas las profesiones que intervenimos en él trabajamos en equipo y colaboramos de igual a igual para que sea un éxito.

Óscar Jiménez: *Tengo entendido que incluso has tenido la oportunidad de interpretar en quirófanos. ¿Puedes hablar-nos de tu experiencia?*

Concha Ortiz: Me ha ocurrido varias veces. Una vez fue en un congreso de cirugía artroscópica de rodilla en la que, desde la cabina, realizábamos la simultánea de las presentaciones que se hacían en el salón de actos del hospital y también los comentarios de la cirugía en directo, que se estaba llevando a cabo, unas plantas más arriba, en quirófano. Debido a problemas técnicos, dejó de funcionar el sistema de sonido y tuvieron que «lavarme y vestirme de verde» para poder hacer la interpretación consecutiva desde el quirófano. Fue una experiencia muy interesante, porque a la complejidad habitual del lenguaje médico, las siglas y la velocidad se unieron los ruidos del quirófano, que era como un taller de carpintería, así como los olores, que prefiero no recordar. También he hecho varios cursos de formación de medicina de urgencias en los que los pacientes eran actores y actrices y el entorno era igual de realista en lo que respecta al lenguaje, pero menos ruidoso y aromático que en el quirófano que te contaba antes. En cualquier caso, son experiencias muy formativas y volvería a hacerlo encantada.

Óscar Jiménez: *Aunque, ya desde hace cierto tiempo, son cada vez más frecuentes los servicios de interpretación a distancia en hospitales y otros entornos de los servicios públicos; actualmente, todo el mundo habla de la reciente irrupción de dicha modalidad en el ámbito de los congresos, lo que permite al intérprete de conferencias trabajar desde casa. ¿Crees que los congresos de medicina se prestan menos a ello? ¿Ves barreras irresolubles para poder realizar la interpretación con garantías?*

Concha Ortiz: No veo ninguna barrera irresoluble en lo que a la tecnología respecta. La disrupción de las tecnologías exponenciales en nuestra profesión va a transformarla sin ninguna duda y estoy abierta a ser parte de ese avance. La única barrera que puede existir para que se pueda hacer interpretación remota de un congreso médico es la *comoditización* de los intérpretes, es decir, que se les trate como otra máquina, producto o tecnología más que se busca al menor coste posible, independientemente de su calidad. En interpretación remota es necesario que se respete nuestro trabajo, del mismo modo que se hace ahora en interpretación presencial cuando se organiza un congreso médico de modo profesional, es decir, facilitando la documentación, el acceso a los ponentes y el trabajo en equipo de los dos intérpretes durante el congreso, garantizando la calidad en la imagen y el sonido, y contratando a intérpretes profesionales por una tarifa que remunere su formación, dedicación profesional y preparación previa del congreso. La barrera de la tecnología solo está en cómo la usan las personas.

Óscar Jiménez: *Finalmente, te agradeceríamos que nos proporcionaras algunos consejos para los intérpretes que no se hayan lanzado todavía a realizar congresos médicos, pero tengan la intención de hacerlo. ¿Aconsejarías dar ese paso como una buena opción?*

Concha Ortiz: ¡Sin duda! La felicidad y la realización profesional de un trabajo bien hecho en medicina hacen que merezcan la pena todos los esfuerzos previos y durante el congreso. Mi único consejo es abordar la preparación de modo sistemático, profesional y humilde, y dedicarle mucho tiempo a prepararse para ello. Después, es siempre buena idea hacer mucha cabina muda y dar el paso final de abrir el micro teniendo sentada al lado a una persona que tenga experiencia en medicina. Yo estaré siempre agradecida a mis compañeras con las que empecé a trabajar en medicina por su guía y ejemplo.



Testimonio de Luis A. García Nevares: mi labor como intérprete voluntario de urgencia tras el azote del huracán

Luis A. García Nevares*



A la derecha, Luis A. García Nevares, junto con la doctora Praveena Sunkara (con gorra), de Humanity First, y el doctor Domínguez (que también colaboraba como voluntario), asistiendo a una afectada por el huracán. Foto cortesía de Ameena Chaudhry, enfermera de Humanity First

La necesidad de ayudar se impuso sobre el hecho de que no seamos profesionales de la interpretación. Lo que comparto es cómo viví que se trastocasen las reglas y las características de la interpretación ante la situación extraordinaria causada por este desastre natural.

Luis A. García Nevares

Luis A. García Nevares es catedrático auxiliar y coordinador del Centro de Traducciones e Investigación del Programa Graduado de Traducción de la Universidad de Puerto Rico, en Río Piedras. Hemos entrado en contacto a raíz de la solicitud de recepción de originales para la publicación del presente número de la revista. Tras conocer su relato, decidimos incorporar como testimonio sus impresiones sobre las labores de interpretación de urgencia que realizó tras el desastre causado en su zona por el huracán María. Sus palabras ilustran los dilemas que ha tenido que afrontar al desempeñar como voluntario, en un entorno que le toca tan de cerca, una labor para la que no se ha formado específicamente pero que, a la vez, las circunstancias extremas convierten en necesaria.

Durante el mes de septiembre de 2017, la zona del Caribe fue sacudida por dos importantes huracanes, Irma y María. Mi país, en concreto, se vio afectado por ambos, aunque fue María el que causó unos estragos que, todavía hoy, no hemos logrado superar. Pasados más de dos meses, la falta de energía

eléctrica y de agua potable siguen siendo problemas graves en casi toda la isla; todavía existen zonas cuyos hospitales carecen de suministro eléctrico y dependen de generadores para su funcionamiento; hay personas que no solo han perdido su hogar o parte de él, sino que no tienen a dónde acudir para recibir atención primaria, pues su médico de cabecera cerró su consulta sin dejar información sobre cómo contactar o cuándo regresará. Algunos centros de atención primaria, los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), continúan cerrados, no solo porque carecen de los servicios básicos antes mencionados, sino porque sus infraestructuras sufrieron daños aún no reparados.

Como parte de los esfuerzos de asistencia y recuperación, la Facultad de Traducción del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico recibió varias llamadas durante las semanas posteriores al paso de María por el país, con objeto de solicitar servicios de interpretación médica como apoyo a varios grupos de médicos de los Estados Unidos (algunos voluntarios y otros militares) que visitaron la isla.

Muchos de nosotros no somos intérpretes y, aunque en Puerto Rico existen intérpretes médicos profesionales que, junto a los *amateurs*, también formaron parte del equipo de voluntarios que asistieron a estos médicos visitantes, la necesidad de ayuda y, ante todo, la necesidad de ayudar se impuso sobre la ortodoxia. Personalmente, a mí siempre me ha interesado la interpretación y, mientras estudié en la Universidad de Salamanca, recibí varios cursos de simultánea y consecutiva, pero he tenido muy pocas oportunidades de trabajar como intérprete, pues, principalmente, me dedico a la traducción.

Lo que comparto a continuación son las experiencias que tuve en esas semanas posteriores al huracán y cómo viví que se trastocasen las reglas y las características de la interpretación ante la situación extraordinaria causada por este desastre natural.

Después del azote de María, un grupo de médicos voluntarios de los Estados Unidos acudió a la isla y permaneció en ella durante varias semanas para ofrecer su ayuda a las víctimas. Necesitaban intérpretes, ya que no hablaban español o no lo dominaban lo suficiente como para poder atender adecuadamente a los usuarios del centro de asistencia, improvisado por varios grupos comunitarios en una escuela abandonada en la periferia de Río Piedras, que antes era un pueblo y ahora forma parte de la capital sanjuanera. Estos médicos estaban aquí para atender las necesidades más apremiantes de las personas que, aun viviendo en la capital del país, no tenían manera de recibir atención médica.

El huracán María desató su furia sobre Puerto Rico durante la madrugada, el día y parte de la noche del 20 de sep-

* Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Dirección para correspondencia: luis.garcianevares@upr.edu.

tiembre de 2017, con lluvias y vientos sostenidos de hasta 252 km/h, de categoría v, el nivel máximo posible en la escala Saffir-Simpson. La infraestructura del país estaba, a efectos prácticos, inoperativa y, en cuestiones sanitarias, nos había dejado una plétora de pacientes desatendidos. Cuando se producen desastres naturales de la magnitud de un huracán de categoría v, ninguno de los servicios básicos (energía eléctrica, agua, telecomunicaciones) permanecen operativos. Esto genera un efecto de cascada donde los demás servicios, que dependen de estos básicos, se ven también afectados e, incluso, terminan por no funcionar. El Gobierno no supo prever el caos que los daños generarían y, por ello, reinó la improvisación a la hora de proporcionar los servicios básicos y gestionar la ayuda a los damnificados. No obstante, por fortuna para las personas afectadas, siempre agradecidas de la mano que se les tiende, esta improvisación ha sido suficiente en muchos casos.

A fin de que el lector se haga a la idea del estado en que quedó la isla, puedo mencionar interminables colas de hasta ocho y diez horas para comprar combustible; supermercados con la mayor parte de sus anaqueles vacíos; carreteras intransitables o sobre las cuales la única forma de transitar era yendo en contra del tráfico; telefonía fija y móvil inoperativas; cables del sistema eléctrico tendidos sobre las vías; casas totalmente destruidas o sin techo; aeropuertos, puertos y servicios de ferry entre las islas municipio —en Puerto Rico hay dos, Vieques y Culebras— cerrados. El Gobierno instituyó un toque de queda para garantizar la seguridad de los ciudadanos y evitar saqueos en los negocios. Estas son las cosas que pude ver o experimentar de primera mano. Yo vivo en la zona metropolitana, en San Juan, la capital. El lector podrá imaginarse la situación de las personas que residen en el centro montañoso de la isla o en pueblos que no poseen las infraestructuras más modernas, cuya accesibilidad se complica por la geografía.

«No, no, no. Aquí somos un equipo. Tú, el paciente y yo», me dice la médico justo cuando terminamos de atender a nuestro primer visitante. Yo estaba interpretando como acostumbraba a hacerlo en clase, con la mirada hacia abajo, sin fijarme en nadie, ni en ella ni en el paciente. Desviar la mirada me permite prestar mejor atención a lo que oigo y así llevar a cabo mejor mi trabajo. «Tienes que mirar al paciente, necesita comunicarse contigo. Tienes que entablar una relación directa con él», me explica. Me quedo perplejo y confundido. Había aprendido que mi rol como intérprete era no estar ahí, ser lo más invisible posible y la médico me estaba pidiendo que hiciera todo lo contrario. Ella, desde luego, tiene más experiencia que yo, no solo por ser médico, sino porque antes ha trabajado como voluntaria en otros desastres. A medida que atendemos a los conciudadanos, voy entendiendo el porqué de su insistencia.

Esta es la primera vez que trabajo como intérprete médico. Yo llegué pensando que iba a desarrollar una simple mediación lingüística y terminé haciendo bastante más de lo que pensaba que se esperaba de mí. «Dígale que gracias, gracias por venir y ayudarnos. Dios le bendiga», me pide el paciente después de terminar la consulta, y yo se lo comunico

a la médico que lo atiende. Con una leve sonrisa, la facultativa le contesta, con frases en español recién aprendido: «*De nado*». Yo le sonrío para agradecer su esfuerzo. Atendemos a la próxima paciente que, conforme nos relata las vicisitudes que ha padecido, rompe a llorar. La doctora extiende su mano, toca suavemente su brazo y con una cara sin expresión alguna, articula, con voz monótona: «I am very sorry». Yo sé que la doctora siente empatía, sé que su intención es dar un poco de consuelo. Pero también puedo entender que la paciente no podrá comprender por qué le dice que lo siente, si ni siquiera refleja la más mínima compasión ni pena en su rostro o en la manera de expresarse. La diferencia de culturas no está ayudando a la usuaria —que es de ascendencia india— y veo la necesidad de intervenir. Me acerco a ella y, con la voz más dulce y empática que tengo, le explico que la doctora se apena mucho por su situación y que entiende cómo se encuentra. Yo también la toco y le agarro la mano. Soy consciente de que las directrices de la ISO de 2014, sobre interpretación en los servicios públicos, indican que debo mostrar autocontrol y ser imparcial ante toda situación en la que me encuentre, pero, en este caso, no puedo. La mujer necesita contacto humano para sentirse arropada. Después de conversar con la doctora, le recomienda que vaya a su terapeuta.

Vienen muchos pacientes como ella, que necesitan asistencia psicológica. Acude una, en particular, que está desesperada. Está afligida, no sabe por qué. Le dice a la doctora que lo único que hace es llorar y llorar. Y no sabe por qué. La médico le explica que está deprimida y que requiere ayuda profesional. Comienza a escribirle un volante para remitirla a la consulta de un especialista. Le pregunto a la paciente si tiene seguro médico. Ella contesta que no se le había ocurrido que pudiera estar deprimida, me dice que tiene «reforma», el seguro médico del Gobierno. Le pido permiso a la doctora para intervenir, le pregunto si puedo hablarle sobre la depresión, a lo que ella me contesta: «sí, sí, claro que sí». Entonces le explico a la paciente que yo he pasado por períodos de depresión, que la entiendo y sé exactamente cómo se siente. Que uno no sabe por qué está triste y piensa que nunca va a salir de ese estado de aflicción, pero que yo le prometo que, poco a poco, va a mejorar con ayuda profesional.

Soy consciente de que, probablemente, no encuentre un psicólogo con quien pueda entablar una buena relación. Solo cuenta con el seguro médico del gobierno. Puede acudir a la consulta de un solo especialista; si no le gusta o no la atiende, no tiene plan b. Puede que le recete un antidepresivo y no disponga de tiempo para evaluar su caso, porque tiene miles de pacientes que atender y ella es una más. Pero yo sentí que debía arroparla. A muchos intérpretes comunitarios se les hace difícil desentenderse del dolor que padecen sus clientes y yo no era una excepción.

A veces, nuestro rol va más allá de hacer de mediador lingüístico y cultural. Una joven paciente le dice al médico que tiene una infección en la garganta. Había acudido a la sala de urgencias, donde le inyectaron de mala gana un antibiótico, pues no tenía seguro. El médico de urgencias le dice que le va a recetar otro antibiótico mejor, pero ella me espeta: «Dile que no se preocupe, que no me recete nada. No tengo dinero

para comprar medicamentos. Soy deambulante». Me fijo, la observo y veo que está bien maquillada y, aunque lleva su ropa en un bolso de plástico, no me da la impresión de que sea deambulante. «Pero, ¿no tienes reforma?», le pregunto. Me dice que no. Como es menor de edad, no le permiten realizar gestiones para solicitarla y que tiene un tutor, pero al tutor le importa poco qué hace. Se me encoge un poco el corazón. «¿Y dónde duermes, en la calle? ¿Por qué no vas a un refugio?» «Camino por ahí por las noches, duermo donde puedo. No me gustan los refugios, he tenido malas experiencias. Trataron de violarme». Seguimos conversando y me entero de que es estudiante de física y ciencias políticas en la Universidad de Puerto Rico, y que está sin hogar porque las residencias del recinto riopedrense las cerraron y los alumnos que se hospedaban allí se quedaron en la calle. Está sin trabajo, pero está buscando. Le cuento al médico su situación y él le da veinte dólares para que se compre el tratamiento; no quiere aceptarlo. La miro y le digo: «Guárdalo. Él te lo quiere dar. Lo único que tienes que hacer es darle las gracias. Y usarlo para el fin para que el que te lo ha dado». Antes de que se vaya le proporciono mi número de teléfono y le hago prometer que me llamará si necesita más dinero para comprar el medicamento o para comer. Días más tarde le escribí para saber cómo estaba y le informé de que mi esposo es ginecólogo y de que, si necesitaba de sus servicios, él se los podía prestar sin coste alguno. Se sorprendió de que le escribiera y se alegró mucho. Se animó a venir y, no solo recibió asistencia médica, sino que, además, la psicóloga, que tiene su consulta en la misma oficina, le ofreció tratarla para que pudiera seguir adelante.

El siguiente ejemplo también ilustra la improvisación del gobierno y la necesidad de establecer protocolos claros y eficaces que permitan acelerar los trámites burocráticos requeridos en un momento de crisis. El buque hospital USNS Comfort de la fuerza naval de los EE. UU. Lleva, desde que pasó el huracán, ofreciendo servicios médicos alrededor de la isla. Seis semanas después del desastre, una compañera traductora recibió una llamada en la que se solicitaban intérpretes para el buque. Movimos cielo y tierra para organizar grupos de voluntarios que prestasen sus servicios durante los horarios que necesitaban y, el mismo día en que se presentó el primer grupo, recibimos una llamada de otra persona pidiendo que dejásemos de enviar personal, porque, sin las debidas autorizaciones de seguridad por parte de la Armada, no podíamos acceder a la embarcación. Aún no hemos recibido ningún otro comunicado por parte del ejército informándonos de cómo podemos ayudar.

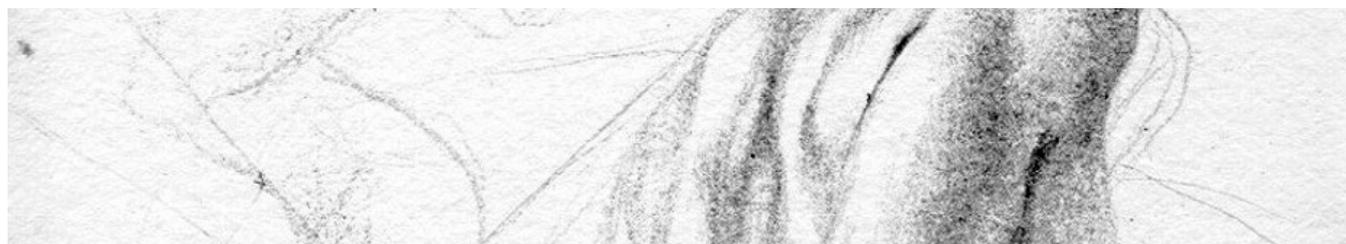
Probablemente he pecado de varios errores en mi labor como intérprete durante este desastre. Pero, muchas veces,

no quedaba otro remedio. A veces, los pacientes se ponían a hablarme sobre su situación del momento o sobre lo que les había pasado durante el huracán, lo que habían perdido, que estaban, literalmente, sin techo: «¡hoy va a llover, no sé qué voy a encontrarme cuando vuelva a mi casa sin techo!». Sobre todo, en tiempos de crisis, las personas lo único que quieren, lo único que necesitan es que alguien las escuche y se solidarice. El médico puede mostrar su comprensión. Sin embargo, seguro que yo puedo comunicar más empatía que él, porque también sufrí el azote del huracán y el paciente se puede identificar más conmigo.

Esta experiencia me ha enseñado no solo a ponerme en la piel de los habitantes de los pueblos que sufren las consecuencias de un desastre natural, sino que también es sumamente importante estar preparado. Este último aspecto no solo implica disponer de los recursos y conocimientos necesarios para poder prestar servicios de voluntariado. También quiere decir que, en ocasiones, uno ha de ser flexible en la manera en que se entrega al servicio de quienes se benefician de sus conocimientos y experiencias. Otra enseñanza que me deja María es que, para colaborar, he de formar parte de una red. En la actualidad, nuestra profesión carece de una única plataforma para prestar nuestros servicios de forma desinteresada en tiempos de crisis. Realmente, la única red que funciona es la de los compañeros traductores e intérpretes.

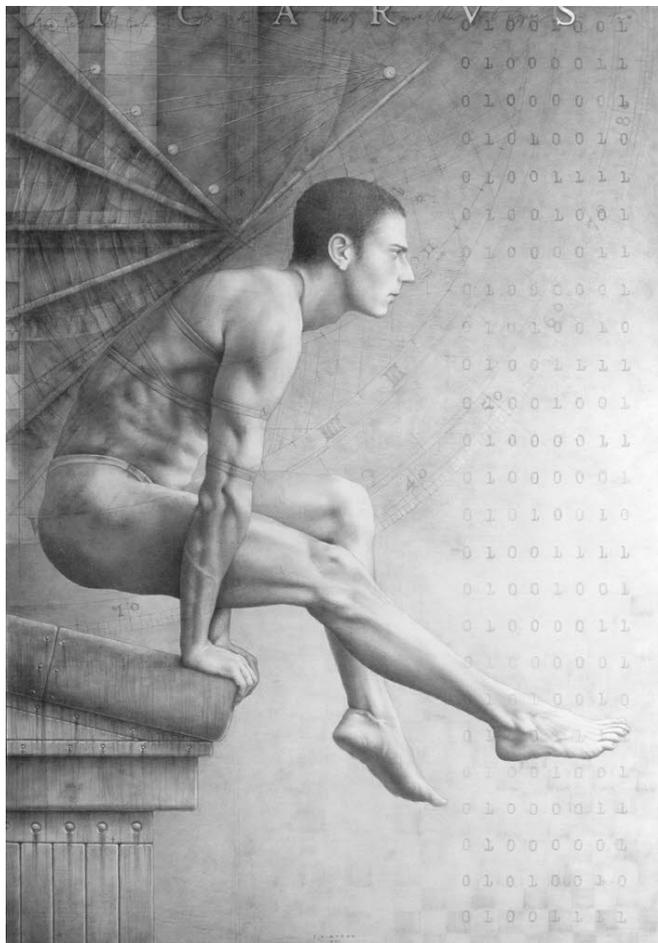
Sería altamente beneficioso que tuviéramos a nuestra disposición unas directrices mínimas de actuación dirigidas al intérprete que, por necesidad de un desastre natural, se ve en la obligación moral y civil de intervenir como tal. Asimismo, convendría que también se establecieran protocolos para toda la isla, que fueran homogéneos, realistas y adaptados a las necesidades y particularidades de este territorio y de su población.

La improvisación, algo que aún hoy seguimos experimentando —escribo estas líneas 54 días después del desastre—, juega en contra de la recuperación y el restablecimiento de la «normalidad» (entre comillas enormes, pues espero que nuestro presente no sea nuestro nuevo «normal»). Todavía nos hallamos en proceso de recuperación —aunque yo, sinceramente, creo que seguimos en etapa de crisis— y no hay indicios de que podamos alcanzar dicha «normalidad» en mucho tiempo. Puerto Rico no solo es un país tropical que, año tras año, debe estar preparado para afrontar la temporada de huracanes, sino que también se asienta sobre una zona de alta actividad sísmica. El último gran terremoto ocurrió hace poco menos de cien años. Espero que, cuando el próximo nos sorprenda, nos encuentre a todos mejor preparados. Yo, por mi parte, pondré todo mi empeño para ello.



Nuestro ilustrador: José Luis Muñoz, entre dos mundos

María Luisa Rodríguez Muñoz*



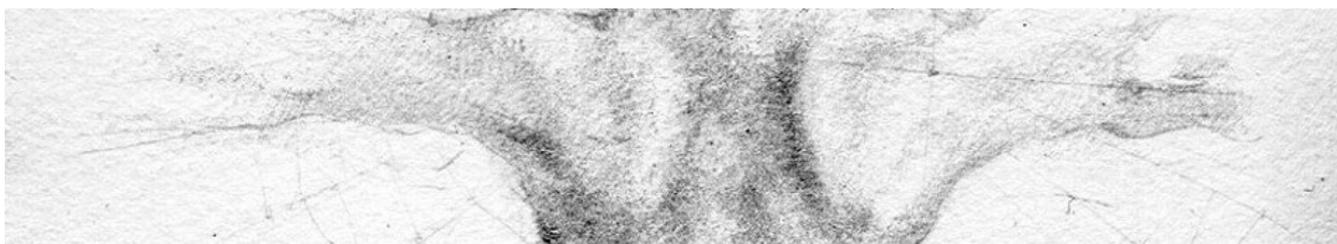
Vuela entre el Mar y el Cielo. No mires al Boyero, ni a la Hélice, ni tampoco a la espada desnuda de Orión, ¡vuela detrás de mí! (Ovidio, libro VIII de *La Metamorfosis* apud sitio web de José Luis Muñoz).

José Luis Muñoz es un dibujante y grabador cordobés de la escuela sevillana que amablemente nos ha cedido varias piezas de su obra para acompañar el presente número. Cuando decidimos dar forma al monográfico de interpretación en el ámbito biosanitario, dos conceptos nos vinieron a la mente a los responsables del equipo editorial: el verbo rápido y la mediación. La asociación mental era clara: visualizamos mensajeros con alas. Ciertamente, los intérpretes nos parecen seres de otro planeta, como el niño-navegante de Muñoz que ocupa la portada, pero también tremendamente humanos, presentes en los momentos de vulnerabilidad desnuda del paciente, indispensables, artistas de obras volátiles, humildes como Hermes, atrevidos en cada hazaña como Ícaro.

La constante búsqueda de Muñoz en torno a este símbolo angelical nos resultó inspiradora: seres alados pueblan varias de sus series de dibujo, en las que los cuerpos se recrean al detalle, en una oda a la anatomía humana, contrapunto a la cristiandad y al mito. Las miradas penetrantes y el gesto serio, el ánimo variable, el desafío adusto nos llevan a enfocarlos por separado, con la autenticidad de cada forma de vida, capaz en igual medida de lo animal y lo celestial, con raíces terrenales y ojos anhelantes del Sol. Se necesita de esa bipolaridad para poder ejercer la medicina e interpretarla: ir más allá de las estructuras, de lo aprendido, mantener la mente fría y el ánimo a raya mientras el pulso se acelera en cada intervención. Hay magia en cada vuelo y miedo a que la cera del bisturí se derrita

entre los dedos o la voz se quiebre en medio de la búsqueda fugaz de un término que juega al escondite entre dendritas.

Sus hombres alados y sus ángeles humanizados revolotean entre las páginas de este número con la ligereza y la discreción de los intérpretes, testigos y parte de momentos únicos en las salas de espera o en la habitación de hospital con vistas a la ONU. Los preludios del vuelo se adivinan en primeros planos de alas quirópteras en las que la terminología se apuntala con bitextos, herramientas que dotan de hélices-talismán a los mediadores con pies mortales, deshaciendo nubarrones, batiendo dos códigos, sin dejar de avanzar, como la propia medicina (o eso parece). En las primeras décadas del siglo XXI, múltiples desafíos científicos y culturales se plantean en la Babel poshistórica, donde el *baby boom* discursivo genera terribles dilemas: ¿la asepsia con olor a lejía, la emoción incontenible o el sueño de Ícaro? Vuela la cometa de la seguridad resquebrajada en medio del huracán que todos los días atraviesan los intérpretes. Son ángeles de Muñoz y tienen rostro, el humano.



* Traductora-intérprete jurada y profesora de Traducción e Interpretación, Universidad de Córdoba (España). Dirección para correspondencia: mlrodmun@gmail.com.



Nota biográfica

Nació en Córdoba, en 1969. Se licenció en Bellas Artes en la Universidad de Sevilla, en 1993.

Sus mayores influencias son el simbolismo y la pintura del renacimiento, pero, tanto estética como conceptualmente, se divierte al fusionarlas con el cómic y el cine. En las composiciones busca una actualización de símbolos universales de la mitología o literatura clásica.

Exposiciones individuales (selección)

- 1993: José Luis Muñoz. Galería Ocre, Córdoba.
- 1994: *Entre animales y máquinas*. Galería Haurie, Sevilla.
- 1995: *Instrumentario*. Galería Paloma Navarrete, Colonia (Alemania).
La danza del Minotauro. Exposición paralela en el Spanische Wienkontor, Colonia (Alemania).
- 1996: *Pan y Circo*. Itinerante dirigida por la Diputación de Córdoba en nueve poblaciones de la provincia.
- 1997: *Días de Sol*. Galería Cobalto, Córdoba.
- 1998: *La Mirada Del Ángel*. Galería José Pedraza, Montilla (Córdoba).
- 1999: *La Musa y el Mito*. Galería Haurie, Sevilla.
- 2000: *Mujeres de Al-Ándalus*. Casa de la Memoria de Al-Ándalus, Sevilla.
- 2001: *Interface*. Museo de los Ángeles de Arte Contemporáneo, Turégano (Segovia).
- 2002: *Navegantes*. Diputación de Córdoba. Itinerante en seis poblaciones de Córdoba.

- 2003: *Amores que Matan*, de William Shakespeare. Galería Gema Lazcano, Madrid.
- 2006: *Mujeres de Al-Andalus*. Casa de Sefarad, Córdoba (exposición permanente).
- 2009: *Alicia a Través del Espejo*. Galería Haurie, Sevilla.
- 2011: *Multiverso* (solo dibujo). Galería José Pedraza, Montilla (Córdoba).

Exposiciones colectivas (selección)

- 1994: Galería Paloma Navarrete, Colonia (Alemania).
- 1995: *Junge Spanische Malerei*. Galerie Grauer Hof, Aschersleber (Alemania).
- 1996: *La Nueva Realidad en la pintura*. Casa Museo Colón, Las Palmas de Gran Canaria. ArteSantander, Feria de Galerías de Arte, Santander (con la Galería Haurie de Sevilla).
Die Kraft Der Farbe. Artistas españoles y alemanes en el Gothaer Kunstforum, Colonia (Alemania).
- 1997: Asociación de Grabadores de Córdoba. Museo Obispado-Cajasur de Bellas Artes de Córdoba. ArteSantander, Feria de Galerías de Arte, Santander (con la Galería Haurie de Sevilla).
Galería Pedro Torres, Logroño.
- 1998: MAC21, Feria Internacional de Arte Contemporáneo, Marbella (Málaga).
LIX Exposición Nacional de Artes Plásticas de Valdepeñas (Ciudad Real).
IV Exposición Nacional de Pintura Vinos de la Mancha. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

- El Arte: Un Viento de Paz para Centroamérica.* Galería Haurie, Sevilla.
- 1999: Córdoba, Pintura 1999. Galería Espalter, Madrid.
 - 2000: Galería Trebellar, A Coruña. Puerto de las Artes. III Ciclo de Arte Contemporáneo de La Rábida, Huelva.
 - 2001: I DeArte. I Feria de Galerías Españolas de Arte, Madrid (con la Galería Haurie de Sevilla).
 - 2002: *Solamente Dibujo.* Galería Gema Lazcano, Madrid. Estampa x. Salón Internacional del Grabado, Madrid (con la Galería Gema Lazcano de Madrid). SieteportesXXI. Galería José Pedraza, Montilla (Córdoba).
 - 2003: DeArte, Feria de Galerías Españolas, Madrid (con la Galería Gema Lazcano de Madrid). *Arcanos Contemporáneos.* Galería Clave, Murcia. Estiarte03. Galería José Pedraza, Montilla (Córdoba).
 - 2004: *Machismo and Feminismo.* Mattie Rhodes Gallery, Kansas City (EE. UU.).
 - 2006: *Latino Art Bravisimo.* Lenexa Town Hall, Lenexa, Kansas (EE. UU.).
 - 2007: *Arte que habla español.* Thornhill Gallery, Kansas City (EE. UU.).
 - 2009: *Orientarse.* Sala Cajasur, Córdoba y Sala del Ayuntamiento de Lucena (Córdoba).
 - 2010: *De Norte a Sur.* Galería Este y Triple Art Gallery, Santander.
 - 2011: Momentum Art Gallery, Knooke (Bélgica). Lineart 2011, Feria de Arte de Gante (Bélgica) (con galería Momentum).
 - 2013: *Visiones sobre La valquiria.* L'Auditori, Barcelona.
 - 2014: *Córdoba, 60 Años de Arte Contemporáneo,* Córdoba. *Con C de Color.* Galería Angel Cantero, León.



Xylella fastidiosa*: com s'escriu?, com es pronuncia?

TERMCAAT

El bacteri fitopatogen *Xylella fastidiosa* pot causar danys greus en un gran nombre d'espècies de plantes, principalment en plantes ornamentals com el baladre o en cultius llenyosos com l'olivera, la vinya, els cítrics o els ametllers. Aquest bacteri provoca l'assecament ràpid de les fulles i les branques de la planta afectada i, en els casos més greus, la seva mort.

Les conseqüències de la presència de la subespècie de *Xylella fastidiosa* que es va detectar per primera vegada a Mallorca l'octubre passat i que causa la mort de les oliveres, es fan sentir actualment a tot el territori de les Illes Balears, a excepció de moment de Formentera, i s'estan extremant les accions de prevenció per a evitar que arribi a altres territoris de la Península Ibèrica.

La denominació *Xylella fastidiosa* correspon al nom científic de l'espècie, per la qual cosa s'escriu, d'acord amb les regles taxonòmiques internacionals, amb majúscula inicial i en cursiva, i no va precedida d'article. L'extensió de les malalties en les plantes que provoca el bacteri, però, pot fer necessari, sobretot en textos adreçats a un públic no especialitzat, poder disposar d'un nom comú per a designar l'espècie, que és l'única del gènere *Xylella*.

La denominació *Xylella* té l'origen en el terme de botànica *xilema* (creat a partir del grec *xylon*, 'fusta'), ja que aquest bacteri colonitza el xilema de les plantes, és a dir, el conjunt de vasos llenyosos, de cèl·lules annexes del parènquima i de teixits esquelètics que constitueixen el sistema conductor principal de la saba bruta d'una planta.

En els contextos de divulgació en què es faci necessari disposar d'un nom comú per a designar aquest bacteri, doncs, es proposa de fer l'adaptació del nom del gènere, *xilel·la*, amb i llatina (com el substantiu *xilema* i totes les formes catalanes amb el formant d'origen grec *xilo-*) i amb *ela* geminada, com en la terminació de molts altres noms comuns de bacteris (*salmonel·la*, *legionel·la*, *shigel·la*, etc.). En aquest cas, es tracta d'un substantiu català, de gènere femení, per la qual cosa va precedit d'article: la *xilel·la*.

© TERMCAAT, Centro de Terminología <www.termcat.cat>

