



Universidad de Granada

Facultad de Traducción e Interpretación

Departamento de Traducción e Interpretación

Programa de Doctorado en Lenguas, Textos y Contextos

La interpretación en los servicios sanitarios en Arabia Saudí: un estudio de caso

Tesis doctoral realizada por
Abdallah Jamal Albeetar

Bajo la dirección de
Dr. Manuel Feria García (UGR)
y
Dra. Carmen Valero-Garcés (UAH)

Octubre de 2019

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Abdallah Jamal Mohammad Taisir Albeetar
ISBN: 978-84-1306-354-6
URI: <http://hdl.handle.net/10481/57803>

La interpretación en los servicios sanitarios en Arabia Saudí: un estudio de caso

Tesis doctoral realizada por
Abdallah Jamal Albeetar

Bajo la dirección de
Dr. Manuel Feria García (UGR)
y
Dra. Carmen Valero-Garcés (UAH)

Octubre de 2019

بسم الله الرحمن الرحيم

"فإنها لا تعمي الإبصار و لكنها تعمي القلوب التي في الصدور"
صدق الله العظيم

دكتور محمد دكتورة تسنيم دكتور عبد الله

رحلتنا معكم عمرها منذ الصغر دخلتم الدنيا بدون بصر
و زرعتم فينا الكبرياء و الأمل وقلت لنفسي أولادا بلا بصر
فعدنا العزم مع القدر أن نكمل المشوار معكم بدون كللا أو ملل
و أبرمنا معكم عقدا... أن يكون اسمي و العائلة شرطا لما حصل
و كنتم مع تنفيذ العقد كالبطل.. و تسلمتم أتعابكم شهادة الإيمان و الجهد و العمل
أمام كل البشر يصفقون و غير مصدقين بما يسمعون و يعجبون بما حصل
و ينطلق اسم جمال بين الأسماء كأنه حلم عند السحر
فكنتم أبنائي و معكم احمد.. قدوتكم عند تنفيذ عقد الأمل
فرفعتم رؤوسنا على القمم .. فنسينا عذاب الصغر
و بدلناه بعمالقة يحدوهم التفوق و العلم و العمل
و كما علمناكم أن لا تكونوا عاهة على البشر و أن تمشوا على أجسادنا وكأنه جسر
من النور .. فمررتم كلمح البصر
و احمد احمد أخوكم له منكم كل المنن
و بعد رحيلنا و كلنا راحلون .. سنسال عن الخبر و ماذا فعلتم بما كتبه عليكم القدر
فنجيب و اتقون بان لنا أبناء بعلمهم ينتفع البشر و تقبلنا هدية الرحمان بكل رحابة صدر
فيقال لنا ادخلوا جنة النعيم مع من له حديث نبوي عن فاقد البصر

و السلام عليكم و رحمة الله و بركاته

جمال البيطار
2015/10/16

Para mis padres

Maysa y Jamal

Agradecimientos

Quisiera expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que, de una forma u otra, me han ayudado a hacer posible esta tesis doctoral. En primer lugar, al doctor Indalecio Lozano, primer director de mi tesis, que se ofreció a pesar de la dificultad que supuso la búsqueda de director y de no pertenecer a mi línea de investigación, propiciando así el comienzo de este estudio.

A mi director de tesis, Manuel Feria, por todo el tiempo que ha invertido en este trabajo, le agradezco su enorme profesionalidad a la hora de trabajar, su seriedad, sus consejos, comentarios y orientaciones, así como su entusiasmo y su paciencia conmigo a lo largo de todo el trayecto de realización de esta tesis, dadas mis limitaciones.

A la recién incorporada codirectora de la tesis, la doctora Carmen Valero, por haber aceptado formar parte de este proyecto de investigación, le agradezco su tiempo, e igualmente le doy las gracias por sus comentarios. Sin duda es un privilegio para mi tesis haber contado con esta persona, ya que es una verdadera experta en el campo de investigación de la tesis. Mi más sincera gratitud hacia ella.

A todo el personal del Centro de Investigación del Complejo Sanitario Rey Abdallah en La Meca (Arabia Saudí), les doy las gracias por abrirme sus puertas con el fin de posibilitar mi estancia de investigación, fundamental para mi estudio. En concreto, al doctor Khaled Salman, director del centro, por otorgarme el permiso para desplazarme a Arabia Saudí y realizar allí la estancia de investigación. Igualmente, agradezco su apoyo durante mi presencia en el país, por facilitarme el alojamiento gratuito en las instalaciones del complejo durante los tres meses de dicha estancia. A la doctora Souha Almoursi le agradezco la supervisión de mi fase de recogida de datos, y todos sus consejos.

Me gustaría dar las gracias también de una manera muy especial a Hatem Qabli, por acompañarme en las visitas de los hospitales y así poder obtener los permisos correspondientes para el estudio, teniendo en cuenta los insoportables 56 grados de temperatura. Mi más sincero agradecimiento por su generosidad, por su amabilidad y por su comprensión hacia mi persona. Igualmente, a Hachem Mahdi, por coordinar mis visitas en los diferentes servicios del complejo sanitario y por ayudarme con la búsqueda de las listas de intérpretes del hospital. También quisiera agradecer la colaboración de todas las personas que

me han aportado información valiosa para mi estudio, respondiendo a mis entrevistas y cuestionarios, tanto en La Meca como en Medina.

Desearía dar las gracias de forma muy especial a la doctora Silvia Parra por orientarme al principio de esta andadura, aconsejándome emprender este estudio. Le agradezco su apoyo y el haber compartido sus conocimientos conmigo. Al doctor Bachir Mahyub por saber escucharme y apoyarme cuando lo he necesitado. Al doctor Xavier Coller, por resolver mis interminables dudas sobre el mundo de la metodología de los estudios de caso.

Quisiera también dar las gracias de corazón a don Mohamed Hamad Rashad, por confiar en mí y por su loable financiación de mi tesis.

Gracias también a todos los amigos que me han ayudado, a lo largo de este camino, a superar los obstáculos añadidos que supone mi discapacidad visual. En primer lugar, quisiera agradecer a Sherin y Alejandro su ayuda con el formato de la tesis. Asimismo, gracias a Carmen, Azzam, Hanan, Ismael, Jawad, Tareq, David, Cristina y Zakia por estar a mi lado cuando he necesitado su ayuda, tanto en el ámbito académico como personalmente.

Miles de gracias a mis familiares en Arabia Saudí por haber facilitado enormemente mi estancia de investigación en todos los sentidos.

Por último, gracias a mis padres y hermanos, lo más importante para mí en esta vida.

A mi padre, por su generosidad y por enseñarme a tener confianza en mí mismo. Por inculcarme la perseverancia, dedicación, creatividad, pasión por la ciencia y que todo es posible en esta vida, poniendo ilusión en las cosas, a pesar de mi discapacidad.

A mi madre, el ser humano más cariñoso y noble de todo el planeta. Este trabajo no habría visto la luz sin su ayuda, sus ánimos y su apoyo. Le agradezco todo lo que ha hecho por mí a lo largo de mis 29 años de vida. Este trabajo está dedicado a ella.

A mis hermanos, por acompañarme en toda mi vida, por compartir conmigo todos los momentos de éxito a lo largo de mi formación académica, por sus palabras de apoyo desde el inicio de la tesis hasta su tramo final y por constituir un pilar moral cuando se complicaban las cosas. A mi hermano Ahmad, que lo ha dado todo por sus hermanos con discapacidad visual y ha demostrado ser una persona maravillosa.

Por todo ello, esta tesis es también vuestra.

Resumen

En esta tesis doctoral se describe la situación actual de la interpretación sanitaria en La Meca y Medina (Reino de la Arabia Saudí) durante la Peregrinación Mayor. Millones de peregrinos visitan anualmente esas ciudades: la mayoría son ancianos, provienen de todos los rincones del mundo, desconocen total o parcialmente la lengua árabe y en ocasiones portan enfermedades contagiosas. Además, los ritos y el clima son físicamente exigentes. Por todo ello, la Peregrinación Mayor genera una enorme demanda de interpretación sanitaria. Para describir este fenómeno singular se emplea la metodología de los estudios de caso. Se realizaron entrevistas semiestructuradas sobre el terreno a una muestra representativa de 77 personas (personal administrativo y sanitario e intérpretes) en 8 hospitales y 2 establecimientos de gestión. Por último, se formulan recomendaciones para mejorar los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor.

Palabras clave:

Interpretación sanitaria, árabe, Peregrinación Mayor (Hayy), Arabia Saudí.

Abstract

This doctoral thesis describes the current situation of the interpretation of health care services in Mecca and Medina (In the Kingdom of Saudi Arabia) during the main pilgrimage season (the Hajj). Millions of pilgrims visit both of these cities each year, the majority are elderly people who come from all over the world and they lack partial or complete knowledge of Arabic. Occasionally they even carry some contagious diseases. Furthermore, the rituals and the weather are physically demanding. As a consequence, the Hajj requires a heavy demand on health care interpretation. We used the case study methodology in order to describe this phenomenon. Semi-structured interviews were conducted in the field to a representative sample of seventy-seven people (administrative and health care staff as well as interpreters) in eight hospitals and two pilgrimage management associations. Finally, we propose recommendations in order to improve health care interpreting services in the hospitals during the Hajj.

Key words:

Health care interpreting, Arabic, the main pilgrimage (Hajj), Saudi Arabia.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. HIPÓTESIS Y JUSTIFICACIÓN	3
1.2. OBJETIVOS.....	5
1.3. ESTRUCTURA DEL TRABAJO	6

PARTE I

MARCO TRADUCTOLÓGICO DE REFERENCIA

2. LA INTERPRETACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS.....	10
2.1. DENOMINACIÓN	11
2.2. DEFINICIÓN DE TISP	12
2.2.1. <i>El traductor o intérprete y el trabajador bilingüe</i>	<i>14</i>
2.3. INTERPRETACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS E INTERPRETACIÓN DE CONFERENCIAS	17
2.4. EVOLUCIÓN DE LA TISP	18
2.4.1. <i>Australia.....</i>	<i>19</i>
2.4.2. <i>Reino Unido</i>	<i>22</i>
2.4.3. <i>Estados Unidos</i>	<i>23</i>
2.4.4. <i>Canadá.....</i>	<i>25</i>
2.4.5. <i>España.....</i>	<i>27</i>
2.4.6. <i>El mundo árabe.....</i>	<i>35</i>
2.5. CAMPOS DE TRABAJO DE LA TISP.....	38
2.6. EL PAPEL DEL INTÉRPRETE EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS.....	38
2.7. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA TISP.....	43
2.8. CONCLUSIONES	47
3. LA INTERPRETACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO	49
3.1. LA INTERPRETACIÓN Y EL ENCUENTRO MÉDICO/PACIENTE	49
3.2. MODALIDADES DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO	56
3.3. ESTADO DE LA CUESTIÓN DE LA ISS	61
3.3.1. <i>España.....</i>	<i>62</i>
3.3.2. <i>ISP en algunos países de la Unión Europea.....</i>	<i>70</i>
3.4. CONCLUSIONES	75

PARTE II
MARCO PRÁCTICA DE REFERENCIA

4. CONTEXTO SOCIOCULTURAL Y RELIGIOSO DEL ESTUDIO	79
4.1. EL REINO DE ARABIA SAUDÍ.....	79
4.1.1. <i>Clima</i>	80
4.2. LA PEREGRINACIÓN EN OTROS CONTEXTOS RELIGIOSOS	80
4.2.1. <i>La peregrinación en el cristianismo</i>	81
4.2.1.1. Roma	81
4.2.1.2. Jerusalén.....	81
4.2.1.3. Santiago de Compostela.....	81
4.2.2. <i>La peregrinación en el hinduismo</i>	82
4.2.3. <i>La peregrinación en el islam</i>	82
4.3. LA PEREGRINACIÓN A LA MECA	83
4.3.1. <i>Estadísticas de los peregrinos a La Meca</i>	84
4.4. PROBLEMAS SANITARIOS DURANTE LA PEREGRINACIÓN A LA MECA	86
4.5. INFRAESTRUCTURAS PARA LA PEREGRINACIÓN A LA MECA	87
4.5.1. <i>Aeropuertos</i>	88
4.5.2. <i>Trenes de alta velocidad</i>	88
4.5.3. <i>Órganos administrativos</i>	88
4.5.4. <i>Ampliaciones de las dos mezquitas sagradas</i>	89
4.5.5. <i>Capacidad hospitalaria</i>	90
4.6. CONCLUSIONES	90
5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	93
5.1. DEFINICIÓN DE ESTUDIO DE CASO	93
5.2. CLASIFICACIONES DE LOS ESTUDIOS DE CASOS	94
5.3. JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA ADOPTADA	95
5.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: FASES	99
5.4.1. <i>Diseño de la investigación</i>	99
5.4.2. <i>Trabajo de campo</i>	100
5.4.2.1. Estancia de investigación	100
5.4.2.2. Recogida de datos	101
5.4.2.3. Análisis de los datos.....	106
5.4.3. <i>La narración del caso</i>	106
5.5. MAPA SINTÉTICO DE TEORÍAS	107
5.6. CONCLUSIONES	107

6. FUENTE DE DATOS	109
6.1. ESTABLECIMIENTOS, PARTICIPANTES, SERVICIOS Y GRUPOS	109
6.1.1. <i>Establecimientos y participantes</i>	109
6.1.2. <i>Servicios</i>	110
6.1.2.1. La Meca	110
6.1.2.2. Medina	111
6.1.3. <i>Grupos de entrevistados</i>	112
6.1.3.1. La Meca	113
6.1.3.2. Medina	114
6.1.4. <i>Entrevistas descartadas</i>	116
6.1.4.1. La Meca	116
6.1.4.2. Medina	117
6.2. PERFIL DE LOS ENTREVISTADOS ADMITIDOS.....	118
6.2.1. <i>Datos personales</i>	118
6.2.1.1. Edad, sexo y nacionalidad.....	118
6.2.1.2. Lengua materna de los entrevistados y otras lenguas en las que pueden mantener comunicación oral fluida.....	119
6.2.2. <i>Perfil académico</i>	120
6.2.2.1. Nivel de estudios, lugar o centro principal de formación y lengua vehicular de estudios	120
6.2.3. <i>Perfil profesional</i>	121
6.2.4. <i>Lugar habitual de trabajo</i>	122
6.2.5. <i>Experiencia profesional</i>	123
6.2.6. <i>Categoría profesional: administración, médicos y enfermeros</i>	123
6.2.7. <i>Estabilidad laboral</i>	124
6.2.8. <i>Atención a peregrinos y frecuencia</i>	124
6.3. CONCLUSIONES	124
7. ANÁLISIS DE DATOS.....	127
7.1. INTRODUCCIÓN.....	127
7.2. DATOS RELATIVOS A LA MECA.....	127
7.2.1. <i>Entrevistados</i>	127
7.2.2. <i>Asociaciones de la peregrinación</i>	128
7.2.2.1. Horario de trabajo de sus representantes.....	128
7.2.2.2. Misión de sus representantes.....	128
7.2.2.3. Nacionalidades atendidas por los representantes	128
7.2.3. <i>Dificultades para atender a los pacientes no arabófonos</i>	128
7.2.4. <i>Perfil de los usuarios</i>	130
7.2.4.1. Edad	130
7.2.4.2. Lenguas habladas	130

7.2.5. Servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor.....	131
7.2.5.1. Coste del servicio de interpretación	131
7.2.5.2. Criterios de profesionalización de los II	131
7.2.5.3. Existencia de los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor.....	132
7.2.5.4. Financiación de los servicios de interpretación	132
7.2.5.5. Herramientas modernas usadas en la interpretación	133
7.2.5.6. Horario de prestación del servicio de interpretación.....	134
7.2.5.7. Ley/reglamento para los servicios de interpretación.....	135
7.2.5.8. Modalidades de interpretación	135
7.2.5.9. Programa creación del servicio de interpretación	136
7.2.5.10. Proveedores del servicio de interpretación en los hospitales	136
7.2.5.11. Servicios hospitalarios que más necesitan la interpretación	137
7.2.6. Sugerencias para mejorar los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor.....	138
7.3. DATOS RELATIVOS A MEDINA.....	139
7.3.1. Entrevistados.....	139
7.3.2. Asociaciones de la peregrinación	140
7.3.2.1. Horario de trabajo de sus representantes.....	140
7.3.2.2. Misión de sus representantes.....	140
7.3.2.3. Nacionalidades atendidas por los representantes	140
7.3.3. Dificultades para atender a los pacientes no arabófonos.....	140
7.3.4. Perfil de los usuarios	142
7.3.4.1. Edad	142
7.3.4.2. Lenguas habladas	142
7.3.5. Servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor.....	142
7.3.5.1. Coste del servicio de interpretación	142
7.3.5.2. Criterios de profesionalización de los II	142
7.3.5.3. Existencia de los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor.....	143
7.3.5.4. Financiación de los servicios de interpretación	143
7.3.5.5. Herramientas modernas usadas en la interpretación	144
7.3.5.6. Horario de prestación del servicio de interpretación.....	144
7.3.5.7. Ley/reglamento para los servicios de interpretación.....	145
7.3.5.8. Modalidades de interpretación	146
7.3.5.9. Programa de creación del servicio de interpretación	146
7.3.5.10. Proveedores del servicio de interpretación en los hospitales	146
7.3.5.11. Servicios hospitalarios que más necesitan la interpretación	147
7.3.6. Sugerencias para mejorar los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor.....	147

7.4. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	148
7.5. CONCLUSIONES	150
8. CONCLUSIONES GENERALES	153
9. MENCIÓN INTERNACIONAL.....	165
9.1. TABLE OF CONTENTS	165
9.2. ABSTRACT	169
9.3. CONCLUSIONS	170
10. BIBLIOGRAFÍA	181
11. ANEXOS.....	197

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de emplear los servicios de una persona bilingüe.	15
Tabla 2. Diferencias entre la persona bilingüe y el traductor o intérprete con formación especializada.	16
Tabla 3. Diferencias entre la ISP y la interpretación de conferencias.....	17
Tabla 4. Modelos de respuesta a las necesidades de comunicación entre los servicios públicos y las minorías lingüísticas: panorama internacional.....	37
Tabla 5. Opinión de ocho intérpretes profesionales en cuanto al papel que deben desempeñar.....	42
Tabla 6. Aspectos comunes en los documentos éticos en ISP del ámbito sanitario.	44
Tabla 7. Modalidades de interpretación con su situación de uso.	56
Tabla 8. Peregrinos que visitaron Arabia Saudí en los 10 últimos años,	84
Tabla 9. Peregrinos extranjeros residentes en Arabia Saudí en 2014,	85
Tabla 10. Clasificaciones de los estudios de casos.	95
Tabla 11. Tipología del caso en cuestión.	98
Tabla 12. Número de establecimientos sanitarios desglosado por ciudad.	103
Tabla 13. Total del personal sanitario, Peregrinación Mayor (2015).....	103
Tabla 14. Establecimientos participantes, localidades en las que se encuentran y porcentaje de entrevistados respecto al total de participantes en la localidad y al total de participantes en la investigación.	109
Tabla 15. Entrevistas realizadas en el CSRA, datos desglosados según servicio.	110
Tabla 16. Entrevistas realizadas en el HAN, datos desglosados según servicio.....	111
Tabla 17. Entrevistas realizadas en el HGMI1, datos desglosados según servicio.....	111
Tabla 18. Entrevistas realizadas en el HRA, datos desglosados según servicio.	111
Tabla 19. Entrevistas realizadas en otros establecimientos de La Meca.....	111
Tabla 20. Entrevistas realizadas en el HRF, datos desglosados según servicio.....	111
Tabla 21. Entrevistas realizadas en el HGMI2, datos desglosados según servicio.....	112
Tabla 22. Entrevistas realizadas en el HAA, datos desglosados según servicio.....	112
Tabla 23. Entrevistas realizadas en el HU, datos desglosados según servicio.....	112
Tabla 24. Entrevistas realizadas en el CSRA, datos desglosados por grupo de entrevistados.....	113

Tabla 25. Entrevistas realizadas en el HAN, datos desglosados por grupo de entrevistados.	113
Tabla 26. Entrevistas realizadas en el HGMI1, datos desglosados por grupo de entrevistados.	113
Tabla 27. Entrevistas realizadas en el HRA, datos desglosados por grupo de entrevistados.....	114
Tabla 28. Entrevistas realizadas en otros establecimientos de La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.....	114
Tabla 29. Entrevistas realizadas en el HRF, datos desglosados por grupo de entrevistados.	114
Tabla 30. Entrevistas realizadas en el HGMI2, datos desglosados por grupo de entrevistados.	115
Tabla 31. Entrevistas realizadas en el HAA, datos desglosados por grupo de entrevistados.	115
Tabla 32. Entrevistas realizadas en el HU, datos desglosados por grupo de entrevistados.	115
Tabla 33. Total de entrevistas realizadas en La Meca, datos desglosados.....	116
Tabla 34. Total de entrevistas realizadas en Medina, datos desglosados.....	116
Tabla 35. Entrevistas descartadas en La Meca.	116
Tabla 36. Entrevistas descartadas en Medina.	117
Tabla 37. Entrevistas admitidas en La Meca.	117
Tabla 38. Entrevistas admitidas en Medina.	117
Tabla 39. Edad de los entrevistados.....	118
Tabla 40. Sexo de los entrevistados.	118
Tabla 41. Sexo de los entrevistados según el perfil y estadísticas oficiales.....	118
Tabla 42. Nacionalidad de los entrevistados.....	119
Tabla 43. Lengua materna de los entrevistados.	119
Tabla 44. Otras lenguas en las que los entrevistados pueden mantener.....	120
Tabla 45. Nivel de estudios de los entrevistados.	120
Tabla 46. Centro principal de formación de los entrevistados,.....	120
Tabla 47. Lengua vehicular de estudios de los entrevistados.	121
Tabla 48. Profesión de los entrevistados desglosada por perfil profesional.	121
Tabla 49. Lugar habitual de trabajo de los entrevistados.....	122
Tabla 50. Años de experiencia profesional de los entrevistados según el grupo.	123
Tabla 51. Muestra del estudio según la categoría profesional (Administración).....	123
Tabla 52. Categoría profesional: médicos.....	123

Tabla 53. Categoría profesional (enfermeros).	123
Tabla 54. Estabilidad laboral de los entrevistados.	124
Tabla 55. ¿Atiende a peregrinos con los que no puede comunicarse?	124
Tabla 56. Frecuencia de atención a peregrinos no arabófonos.	124
Tabla 57. Dificultades para atender a los pacientes peregrinos no arabófonos en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	128
Tabla 58. Edad de los usuarios que acuden a los hospitales de La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	130
Tabla 59. Lenguas de los usuarios en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	130
Tabla 60. Coste del servicio de interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	131
Tabla 61. Criterios de profesionalización de los II en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	131
Tabla 62. Existencia de los servicios de interpretación en los hospitales de La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	132
Tabla 63. Financiación del servicio de interpretación en los hospitales de La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	132
Tabla 64. Uso de las herramientas modernas en la interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	133
Tabla 65. Horario de prestación de los servicios de interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	134
Tabla 66. Ley/reglamento para los servicios de interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	135
Tabla 67. Programa creación del servicio de interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	136
Tabla 68. Proveedores de los servicios de interpretación en los hospitales de La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	136
Tabla 69. Servicios hospitalarios que más necesitan la interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	137
Tabla 70. Sugerencias para mejorar los servicios de interpretación La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.	138
Tabla 71. Dificultades para atender a los pacientes peregrinos no arabófonos en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	140
Tabla 72. Edad de los usuarios que acuden a los hospitales de Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	142

Tabla 73. Lenguas de los usuarios en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	142
Tabla 74. Coste del servicio de interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	142
Tabla 75. Criterios de profesionalización de los II en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	142
Tabla 76. Existencia de los servicios de interpretación en los hospitales de Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	143
Tabla 77. Financiación del servicio de interpretación en los hospitales de Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	143
Tabla 78. Uso de las herramientas modernas en la interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	144
Tabla 79. Horario de prestación de los servicios de interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	144
Tabla 80. Ley/reglamento para los servicios de interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	145
Tabla 81. Programa creación del servicio de interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	146
Tabla 82. Proveedores del servicio de interpretación en los hospitales de Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	146
Tabla 83. Servicios hospitalarios que más necesitan la interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	147
Tabla 84. Sugerencias para mejorar los servicios de interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.	147

Listado de abreviaturas

APT	Asociación de Peregrinos Turcos
APTIJ	Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes Judiciales
AUSIT	Australian Institute of Interpreters and Translators
CCHCP	Cross Cultural Health Care Program
CI	Centro de Investigación
CILISAT	Cultural Interpreter, Language and Interpreting Skills Assessment Tools
CRIT	Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales
CSRA	Complejo Sanitario Rey Abdallah
CHIA	California Healthcare Interpreters Association
DDSSSS	Directores de los Servicios Sanitarios
DGT	Dirección General de la Traducción
EE	Enfermeros
EEPA	Empleados del Personal Administrativo
FITISPos	Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos
GMI 1	Hospital Ginecológico Materno Infantil de La Meca
GMI 2	Hospital Ginecológico Materno Infantil de Medina
HAA	Hospital Al-Ansar
HAN	Hospital Al-Nur.
HRA	Hospital Rey Abdelaziz
HRF	Hospital Rey Fahed
HU	Hospital Huhud
II	Intérpretes
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISS	Interpretación en los Servicios Sanitarios
ISP	Interpretación en los Servicios Públicos

I/T	Interpretación/Traducción
MIRAS	Mediación e Interpretación: Investigación en el Ámbito Social
MM	Médicos
NAATI	National Accreditation Authority for Translators and Interpreters
NRPSI	National Register of Public Service Interpreters
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OSC	Oficina de Sensibilización de las Comunidades.
RID	Registry of Interpreters for the Deaf
RRAAPP	Representantes de las Asociaciones de la Peregrinación
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SES	Servicio Extremeño de Salud
SESCAM	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
STIBC	Society of Translators and Interpreters of British Columbia
TIS	Telephone Interpreter Service
TISS	Traducción e Interpretación en los Servicios Sanitarios
TISP	Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos
UAB	Universidad Autónoma de Barcelona

1. INTRODUCCIÓN

La comunicación entre dos personas o un grupo de gente, de una forma u otra, siempre ha sido posible a lo largo de la historia. Estas personas podrían hablar un mismo idioma y, por lo tanto, comunicarse con toda facilidad sin ningún tipo de problema. No obstante, en algunos casos, estas personas podrían no hablar y compartir la misma lengua y cultura, lo que puede perjudicar en ocasiones a alguna de las dos partes. Según señala Valero-Garcés:

La comunicación entre gentes de distinta procedencia y con formas diferentes de comunicarse ha sido siempre posible con mayor o menor éxito. En el momento actual son muchas las lenguas y culturas en contacto en el espacio en el que nos movemos y se hace necesario desarrollar mecanismos que aseguren la comunicación con el fin de garantizar la convivencia y el enriquecimiento mutuo. Una de las formas de llevar a cabo ese conocimiento es a través de la lengua, característica del género humano que en ocasiones se convierte en obstáculo más que en salvación (Valero-Garcés, 2008a: 11).

Como afirma Hale:

La necesidad del ser humano de comunicarse, la sensación de vivir en un modo cada vez más uniforme y la existencia de vías de comunicación cada vez más eficaces y rápidas nos impide con frecuencia ver otras realidades cercanas en las que la comunicación no es tan fácil ni tan efectiva ni cuenta con las mismas herramientas para llevarla a cabo (Hale, 2010: 11).

La comunicación como actividad humana está entrelazada con cualquier faceta de la vida. No obstante, a menudo no recibe la atención que requiere ni la importancia que se le debería otorgar (Pérez Estevan, 2017a: 92).

La presente tesis se enmarca dentro de los estudios para la obtención del título de doctor por la Universidad de Granada, que ofrece dentro de su programa académico diferentes programas de doctorado adaptados al espacio común europeo. Nosotros pertenecemos a la Escuela de Doctorado de Humanidades, Ciencias Sociales y Jurídicas, donde se engloba el Programa de Doctorado en Lenguas, Textos y Contextos¹.

Además, este proyecto de investigación pretende profundizar en los estudios de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP), más concretamente en la Traducción e Interpretación en los Servicios Sanitarios (TISS), que forma parte de los esfuerzos desarrollados a favor del progreso de esta profesión y que desarrolla de forma constante el grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los

¹ Disponible en: <https://doctorados.ugr.es/lenguastextos>

Servicios Públicos (FITISPos), que está coordinado por la doctora Carmen Valero-Garcés, codirectora de esta tesis, y al que pertenecemos en la actualidad.

La TISP, y concretamente la TISS, se han convertido en una profesión sin duda relevante en todo el mundo, debido, en parte, a los flujos migratorios, a la ola de estudiantes extranjeros y a los peregrinos. Esta situación, sin duda, influye en la existencia de grupos multiculturales y multiétnicos, que requieren la interpretación para comunicarse entre ellos, resolviendo, por lo tanto, los problemas de comprensión que podrían plantearse en los diferentes ámbitos de la vida diaria: el sanitario, el judicial y policial, entre otros (Taibi, 2011).

Si bien la TISP es una actividad reciente de la que quedan aún muchas interrogaciones por resolver e investigar (Hale y Napier, 2013), ha sido analizada con un interés creciente por determinados investigadores.

A modo de ejemplo, podríamos citar diferentes autores que han aportado su granito de arena al respecto: Cambridge (1999, 2002 y 2003), Gentile *et al.* (1996), Gentile (1997), Hale (2007, 2010 y 2012), Martin (2000, 2003 y 2006), Abril (2006), Mikkelsen (1996 y 2002), Tomassini (2002), Valero-Garcés y Mancho (2002), Valero-Garcés (2003, 2005, 2008a, 2008b, 2011, 2014 y 2017) o Taibi (2018, Foulquié-Rubio *et al.*, 2018).

Sin olvidar las publicaciones del congreso internacional *The Critical Link: Carr et al.* (1997), Roberts *et al.* (2000), Hemlin (2001), Wadensjo (2004), Hale *et al.* (2007) y Schäffner *et al.* (2013).

Por otra parte, en la investigación previa a nuestro estudio, hemos observado que, si bien existen trabajos de investigación en el ámbito de la TISP en los países occidentales, no ocurre lo mismo con respecto a la TISP ni a la TISS en el mundo árabe, y sobre todo en lo que concierne a la TISS en Arabia Saudí.

De hecho, que sepamos, son muy pocos los autores que han indagado sobre esto desde una perspectiva traductológica. Uno de ellos es Taibi (2011 y 2016). Este autor (2011: 143-167) propone un estudio de la TISP en el mundo árabe, y centra su investigación en tres casos concretos: el caso de las minorías de bereberes en Marruecos, el de los trabajadores extranjeros en los Emiratos Árabes Unidos y, finalmente, el de la peregrinación a La Meca, sin arrojar luz sobre la interpretación en el contexto sanitario.

Mohana Sultan (2019) explora en su tesis doctoral presentada recientemente en la Universidad de Alcalá aspectos lingüísticos, formativos y profesionales de la traducción médica en la combinación lingüística español-árabe en algunos países árabes. Su estudio incluye dos disciplinas afines y con orígenes multidisciplinares: la Lingüística y la Traductología. Con este objetivo, la metodología empleada para la consecución de sus objetivos planteados ha sido mixta. Por un lado, analizar un corpus aleatorio de textos médicos, traducidos por otros profesionales o por el autor, contrastando los resultados de este análisis con las perspectivas de los profesionales en esta área de traducción, entrevistando a dichos traductores. Por otro lado, explorar la formación de traductores médicos en el único programa en el mundo que ofrece dicha formación: el Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá (véase capítulo 2). El mismo ofrece, al final de su estudio, un ejemplo de un diccionario médico español-árabe, con la finalidad de llenar una parte del gran hueco que se ha experimentado en esta parcela de estudios.

Nuestra tesis, aquí presentada, pretende despertar el interés por la investigación en este campo en los países del mundo árabe, seguir el mismo camino emprendido por Taibi y proponer una descripción actualizada de la situación actual de la TISP, y más en particular de la ISS en Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor, dado que el país en cuestión recibe anualmente millones de peregrinos procedentes de diferentes partes del mundo (Taibi y Qadi, 2016: 47).

De acuerdo con las estadísticas oficiales, 2.352.122 peregrinos visitaron el reino en 2017 para realizar la Peregrinación Mayor a La Meca, entre ellos, el 74,5% fueron peregrinos extranjeros (Reino de Arabia Saudí, 2017).

1.1. Hipótesis y justificación

La idea de realizar este proyecto de investigación se remonta a una inesperada intervención como intérprete, a la que tuve que enfrentarme en la mezquita de Medina en la Peregrinación Menor en el año 2010, que acontece a lo largo del año en Arabia Saudí.

Como se ha mencionado anteriormente, este fenómeno está marcado por la presencia de millones de musulmanes procedentes de diferentes países del planeta.

La intervención se debía al hecho de que un visitante de nacionalidad francesa, que no hablaba árabe, estaba buscando una farmacia para medir su tensión. Por ello, estaba perdido entre la multitud, y solicitaba ayuda en su lengua materna. En ese momento, estaba pasando por aquel lugar con un familiar mío y, afortunadamente, pude ayudarlo. Tuve que acompañarle a una farmacia para explicarle al dependiente qué le había ocurrido al turista y, de esta manera, conseguir que fuera atendido.

Tras esta situación, surgieron en mí las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se enfrenta el Estado saudí a este tipo de casos?
- ¿Cómo está regulada la profesión del intérprete en los Servicios Públicos en este país?
- ¿Existe alguna ley o algún reglamento por el cual se rige esta profesión?

Después de haber realizado las pertinentes búsquedas, pudimos comprobar que el objeto de estudio de este proyecto de investigación no había sido abordado por otros autores. Consideramos oportuno, por lo tanto, emprender este trabajo, poniendo nuestro granito de arena al respecto.

Por otra parte, el hecho de que el autor de este trabajo tenga familiares en dos ciudades de Arabia Saudí ha sido un factor importante para la elección del objeto de estudio, ya que esta situación le permitirá tener un acceso más fácil a la información necesaria para realizar el estudio.

Las principales razones por las que hemos decidido elegir este tema para nuestra tesis son, por lo tanto, las siguientes:

1. A tenor de la revisión bibliográfica realizada en el capítulo correspondiente, este campo de la investigación en el área de la interpretación no está aún plenamente desarrollado.
2. La peregrinación que se produce a lo largo de todo el año en Arabia Saudí. El país recibe la visita de un enorme número de peregrinos musulmanes de diferentes nacionalidades, lo cual supone una gran demanda de servicios de traducción y, en lo que a nosotros respecta, de la TISS.
3. La descripción de la situación actual de la TISP en Arabia Saudí puede ser de gran interés para contribuir tanto a la resolución de problemas de carácter estatal como a la mejora de esta profesión, que es crucial en estos países.

4. El entendimiento de la situación y la importancia de los intérpretes en este contexto concreto podría extrapolarse para mejorar la oferta de los servicios de ayuda destinados a los ciudadanos, durante la organización de macroeventos que atraen a turistas originarios de lugares muy lejanos.

1.2. Objetivos

Nuestro trabajo pretende cumplir los siguientes objetivos mínimos:

1. Describir la situación actual de la interpretación en los servicios sanitarios en Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor, mediante el estudio de caso como metodología adoptada.
2. Contextualizar la Peregrinación Mayor en el marco religioso.
3. Averiguar si hay en marcha un programa del Estado saudí para la creación del servicio de la TISS en los hospitales durante la Peregrinación Mayor. En el caso de que así sea, estudiar sus fases de ejecución y la autoridad competente que se encarga de su financiación.
4. Describir y analizar la variedad del nivel de los usuarios, los procedimientos necesarios para ofrecer el servicio de interpretación, los posibles costes y los servicios médicos que más necesitan el servicio de interpretación.
5. Averiguar cuáles son las modalidades de interpretación que se suelen utilizar para interpretar y con qué frecuencia y los medios técnicos que se emplean. Estudiar también el nivel de formación de los intérpretes, así como las combinaciones lingüísticas existentes.
6. Comprobar si los intérpretes forman parte de la plantilla de los trabajadores del centro sanitario, o si dicho servicio lo prestan otras agencias.
7. Proponer acciones que permitan, eventualmente, mejorar la oferta de los servicios de ayuda destinados a los ciudadanos, durante la organización de macroeventos que atraen a turistas originarios de lugares muy lejanos.
8. Mejorar la investigación en torno a la interpretación de la lengua árabe, porque consideramos, a tenor de la revisión bibliográfica realizada en el capítulo

correspondiente, que este campo no está aún plenamente desarrollado, cuando menos en lo referente al estudio de la interpretación en los servicios sanitarios.

1.3. Estructura del trabajo

Para la consecución de nuestros objetivos, hemos dividido el trabajo en dos partes que incluyen diez capítulos (incluido el de la presente introducción), además de un capítulo de las referencias bibliográficas consultadas para la realización del estudio.

Hemos incluido el conjunto de todos los anexos de la tesis en un CD que se encuentra al final de este volumen. Esta decisión viene dada por el alto número de páginas de las entrevistas y cuestionarios realizados en árabe e inglés, así como el conjunto de la documentación necesaria para autorizar la realización del estudio. No obstante, hemos incorporado una copia impresa de los guiones de las entrevistas, el cuestionario en español y los códigos utilizados para analizar los datos obtenidos en las entrevistas, con el objetivo de facilitar el acceso a la información.

El capítulo 9 presenta el índice, el resumen del estudio, además de las conclusiones de este en inglés, dado que es una tesis de mención internacional.

Por un lado, la primera parte incluye dos capítulos que están destinados a establecer el marco teórico por el que se fundamentan las bases prácticas de la investigación. Para ello, el capítulo 2, introductorio, ofrece una visión general sobre la profesión de la TISP, delimitando de esta forma las denominaciones de la profesión en diferentes países, y las definiciones expuestas por diferentes autores. Seguidamente, ofrecemos, brevemente, las diferencias entre la ISP y la interpretación de conferencias. Aprovechamos la ocasión también para presentar un sucinto recorrido histórico de la evolución de la TISP y la TISS en algunos países con el objetivo de enmarcar nuestra investigación. A continuación exponemos los campos de trabajo de la TISP. Acto seguido, el papel del intérprete en los servicios públicos y terminamos con una breve mención de algunos códigos de conducta de la profesión.

En este sentido, en el capítulo 3 nos adentramos en la Interpretación en los Servicios Sanitarios (ISS), objeto de estudio de nuestro trabajo. Con este propósito, empezamos por definir el tema y, seguidamente, explicamos las fases del encuentro médico/paciente. Acto seguido, abordamos las modalidades de la interpretación utilizadas en este tipo de situaciones comunicativas, y finalizamos con la exposición de algunos trabajos de investigación que

adoptaron una metodología similar a la empleada en este estudio, con la intención de poder contrastarlos con nuestras conclusiones.

Por otro lado, la segunda parte de la presente tesis doctoral está dedicada a diseñar el marco práctico, que tiene como objetivo describir la situación actual de la ISS en Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor. Está compuesta por cuatro capítulos.

El capítulo 4 ofrece datos básicos sobre el Estado saudí: su ubicación en el mundo, la lengua oficial y la religión dominante. Seguidamente contextualizamos la peregrinación en el marco religioso comparándolo con los eventos religiosos similares en las demás religiones. Tras ello exponemos las estadísticas detalladas del número de peregrinos que visitaron el reino en los 10 últimos años, y finalmente ofrecemos información actualizada sobre las infraestructuras destinadas por parte de Arabia Saudí para acoger este tipo de macroeventos.

El capítulo 5 explica y justifica el enfoque metodológico seleccionado para el estudio; concretamente, clasificamos nuestro estudio dentro de los diferentes estudios de casos para delimitar el caso que nos ocupa. Después describimos las fases de la metodología de la investigación, que comprenden el diseño de investigación, el trabajo de campo (instrumentos de recogida de datos, los establecimientos visitados y la muestra del estudio) y la narración del caso.

Por su parte, el capítulo 6 expone la fuente de nuestros datos, considerada como el núcleo duro del estudio. Este capítulo queda dividido en dos partes. La primera parte detalla los datos relativos al número de establecimientos seleccionados para el estudio, además de los datos relativos al número de entrevistados según el grupo en cada ciudad. La segunda presenta los datos relativos al perfil de los entrevistados.

El capítulo 7 analiza los datos obtenidos gracias a los instrumentos de recogida de datos admitidos en ambas ciudades. Para ello, comenzamos por los datos relativos a La Meca y, seguidamente, nos adentramos en los datos correspondientes a Medina. A continuación exponemos nuestro testimonio durante la visita a los hospitales, para contrastar los resultados obtenidos por las entrevistas con la realidad, mediante la observación participante.

En el capítulo 8 presentamos las conclusiones del estudio con la discusión de los resultados. De esta forma esbozamos una visión general de la situación actual de la ISS en Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor. Además, reflexionamos sobre las aportaciones de esta

investigación en el ámbito de la TISP y la TISS, y finalizamos con una serie de posibles vías de investigación que nacen tras acabar con el análisis de datos y las conclusiones obtenidas.

PARTE I

MARCO TRADUCTOLÓGICO DE REFERENCIA

2. LA INTERPRETACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS

En esta primera parte de nuestro estudio expondremos las bases teóricas en las que se fundamenta la fase práctica de nuestro trabajo, que está dedicada a la descripción de la situación actual de la interpretación en los servicios sanitarios en Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor.

Con este propósito, dedicamos este capítulo a abordar, en primer lugar, las denominaciones de Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP) en distintos países y las definiciones propuestas por varios autores, así como las diferencias entre los servicios que ofrece en este ámbito el traductor o intérprete y el trabajador bilingüe. Ato seguido, exponemos las diferencias entre la ISP y la interpretación de conferencias. En segundo lugar, ofreceremos una visión panorámica de la evolución de la TISP desde sus inicios. Seguidamente describiremos los campos de trabajo y el papel que desempeña el intérprete en los servicios públicos y, por último, abordaremos su código deontológico.

2.1. Denominación

Hoy en día sigue sin haber acuerdo sobre la denominación de la profesión del intérprete en los servicios públicos. En este sentido, numerosos autores (Mikkelson, 2004; Abril, 2006; Valero-Garcés, 2008a: 37; Pöchhaker, 2011b; Bancroft, 2015: 218; Tipton y Furmanek, 2016: 3-5; Ortego Antón, 2016a y 2016b; entre otros) señalan que en inglés, sigue también existiendo una gran variedad de términos para esta actividad: *Community Interpreting*, *Liaison Interpreting*, *Interpreting in Social Services* o *Dialogue Interpreting*.

Por su parte, Sasso y Malli (2014: 43) afirman lo expuesto por los autores mencionados anteriormente y añaden más denominaciones para la profesión: *Public Service Interpreting*, *Cultural Interpreting*, *Institutional Interpreting* y *Ad Hoc Interpreting*.

La Traducción e Interpretación en los Servicios Sanitarios, (TISS) ha recibido en inglés, entre otras, las siguientes denominaciones: *Health Care Interpreter* e *Intercultural Health Mediator*. Algunos autores han establecido denominaciones específicas para determinados campos de acción: *Court Interpreting* o *Legal Interpreters*, entre otros (Sasso y Malli, 2014: 43).

En el Reino Unido y en algunos países europeos se utiliza la expresión *Public Service Interpreting*, en lugar de *Community Interpreting*, denominación usada en los países pioneros en la aparición de esta profesión (Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda) (González *et al.*, 2012: 85; Sasso y Malli, 2014: 43; entre otros).

En España se utiliza generalmente la denominación “Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos” (Foulquié-Rubio *et al.*, 2018). De hecho, en los seis congresos internacionales organizados en España hasta la fecha sobre la TISP, se utilizó esa misma denominación (Valero-Garcés y Mancho, 2002; Valero-Garcés, 2005, 2008b, 2011, 2014a y 2017). Aunque se emplearon otras denominaciones que aún siguen usando algunos autores, como, por ejemplo, *Interpretación Social*, denominación adoptada por Anne Martín en la Universidad de Granada (Martín, 2014: 123).

Según Taibi (2011: 10), en el mundo árabe, si bien no existe acuerdo al respecto, se utiliza la denominación establecida en Australia y Canadá (*Community Interpreting*).

En nuestro estudio designamos la actividad como TISP (Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos), siguiendo la denominación utilizada en la Universidad de Alcalá (Valero-Garcés, 2017). Nuestra decisión viene dada por la naturaleza por la cual se caracteriza esta profesión. Los individuos o grupos de una sociedad que no dominan la lengua oficial del país donde se encuentran van a necesitar acceder a servicios públicos básicos e intermediarios para comunicarse con los proveedores de los mencionados servicios.

En el siguiente apartado procedemos a definir la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, con el objetivo de establecer el marco teórico de nuestra investigación.

2.2. Definición de TISP

Entre las diferentes definiciones de TISP, destacaremos a continuación, en orden cronológico, las de Mikkelson (1996), Wadensjö (1998), Martín (2003), Hale (2007), Valero-Garcés (2008a), Taibi (2011), Sasso y Malli (2014) y Valero-Garcés (2015).

Mikkelson, uno de los primeros autores en definir la TISP, insiste en que lo que distingue a la TISP es su objetivo último (hacer efectivo el derecho al acceso a los servicios en términos de igualdad) y sus destinatarios (los miembros de la comunidad sin dominio de la lengua oficial). Concretamente afirma:

Community Interpreting enables people who are not fluent speakers of the official language(s) 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. In other words, community interpreters provide services for residents of a community, as opposed to diplomats, conference delegates, or professionals (Mikkelsen, 1996: 126).

Wadensjö (1998: 33) insiste también en los contextos concretos en los que se desarrolla la TISP (entre otros, las comisarías, las oficinas de inmigración, los centros de asistencia social, los centros sanitarios y los centros educativos) y en que su objetivo es facilitar la comunicación entre el personal proveedor de servicios y los usuarios.

Martín (2003: 431) retoma estos aspectos definitorios resaltados por la literatura anterior y afirma:

La interpretación social tal y como se entiende hoy suele referirse al acceso a los servicios públicos por parte de sujetos que no dominan la lengua mayoritaria del país. Responde a una necesidad social de una comunidad de inmigrantes o personas que por una razón u otra no hablan el idioma mayoritario y por tanto se ven perjudicadas en su trato con la Administración y en el ejercicio de sus derechos y deberes a la hora de acceder a los servicios públicos (Martín, 2003: 431).

Hale introduce un nuevo elemento en la definición: la TISP desempeña un papel importante en la vida diaria y privada de los ciudadanos individuales, frente a otros ámbitos de la interpretación en los que se abordan temas supuestamente más generales de la vida social. Y expone:

Community Interpreting takes the interpreter into the most private spheres of human life. It does not take place at negotiations about major international political decisions or conferences on recent scientific discoveries; it takes place in settings where the most intimate and significant issues of everyday individuals are discussed: a doctor's surgery, a social worker's or a lawyer's office, a goal, a police station or courtroom (Hale, 2007: 26).

Valero-Garcés (2008a: 38), por su parte, resalta la importancia de la TISP en las sociedades multiculturales, que por definición precisan intermediarios lingüísticos, y su escasa profesionalización (Valero-Garcés, 2008a: 37), asunto que ya manifestó Mikkelsen (1996: 124).

Taibi (2011: 10) afirma que los servicios de traducción e interpretación, inclusive los de lengua de señas, facilitan la comunicación entre los funcionarios de las administraciones, las instituciones y los servicios públicos, por una parte, y los ciudadanos, residentes o visitantes que no sean hablantes del idioma de dichas instituciones, por otra; y añade que

por “servicios públicos” debe entenderse los prestados por el Estado y también los que proporcionan las ONG y las organizaciones privadas.

Sasso y Malli recogen los puntos fundamentales de las definiciones anteriores y sostienen que:

Bidirectional interpreting that takes place in the course of communication among speakers of different languages. The context is the provision of public services such as healthcare or community services and in settings such as government agencies, community centres, legal settings, educational institutions, and social services (Sasso y Malli, 2014: 43).

Valero-Garcés, por último, afirma:

El principal objetivo de la TSP es comunicar directamente información específica (sobre temas de salud, educativos, administrativos, sociales, etc.) a un público también específico: un público - como ocurre también en el caso de la interpretación- que responde a una minoría cultural y lingüística, que posee un nivel educativo y adquisitivo generalmente inferior al de la mayoría y que, con frecuencia, desconoce o no domina la nueva realidad social del país en el que se encuentra (Valero-Garcés, 2015: 10).

Las definiciones anteriores no parecen tener en cuenta la posibilidad de que el conocimiento deficiente de la lengua mayoritaria del Estado por parte del usuario del servicio se supla con la actuación de trabajadores bilingües o de cualesquiera otras personas, incluido el usuario, que conozca las lenguas implicadas en el acto de comunicación. Abordamos esta cuestión en el apartado siguiente.

2.2.1. El traductor o intérprete y el trabajador bilingüe

Cambridge (2002 y 2003), entre otros, ha analizado extensamente el asunto planteado en el párrafo anterior. Según Cambridge:

En un contexto de habla monolingüe, un trabajador bilingüe tiene los recursos lingüísticos, comprobados por personas imparciales y capaces de evaluarlos, para cumplir con sus deberes profesionales en su otro idioma (no el idioma dominante del país en que se encuentra). Este será con frecuencia el idioma materno. El resultado será un encuentro profesional monolingüe, entre el trabajador, por ejemplo un médico, y un cliente o paciente, el cual no necesita de un intérprete. Esta es la situación ideal, pero es muy poco probable que algún día se generalice, o que se elimine la necesidad de intérpretes competentes (Cambridge, 2003: 54).

El problema de esa situación óptima es que, si el trabajador bilingüe carece del entrenamiento profesional necesario para proporcionar un servicio de interpretación correcto y eficaz, se obstaculiza la correcta transmisión del mensaje. Para empezar, la autora sostiene que las personas bilingües sin entrenamiento profesional previo:

- a) A menudo no saben transmitir las mismas ideas en esas lenguas por no disponer de terminología activa sobre un tema concreto. El miedo y la angustia inhabilita nuestra habilidad para comprender incluso nuestra lengua materna. También limitan nuestra capacidad habitual de expresarnos en un segundo idioma, especialmente en situaciones formales o especializadas (Cambridge, 2002: 120).
- b) Podrían ser parciales y omitir algo del mensaje original en la versión interpretada porque ofrece una imagen negativa de la comunidad étnica a la que pertenecen o amenaza “la cara o autoestima del intérprete”. el autor llama a esta operación “filtrar” (Cambridge, 2003: 54).
- c) En particular en un contexto médico, los riesgos que corren el médico, el paciente y el enfermero hacen que no baste con disponer de “un pariente o incluso un niño, vecino o miembro de la plantilla médica” que hable los dos idiomas (Cambridge, 2003: 56).

En la siguiente tabla, Cambridge (2003: 56) expone las ventajas y los inconvenientes de emplear los servicios de una persona bilingüe (un familiar, un amigo, un conocido, un voluntario, etc., o incluso el propio interesado) en lugar de los de un intérprete profesional.

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de emplear los servicios de una persona bilingüe.

¿Por qué se utiliza?	¿Por qué no se debe utilizar?
Sale barato	Menos barato que un pleito
El cliente habla un poco de español	El miedo impide la comprensión. Puede plantearle problemas morales o legales
El proveedor de servicios habla un poco del otro idioma	Pero ¿cómo se habla de conceptos complicados como trámites de asilo, consentimiento informado, diagnóstico precoz...?
Se las arreglan haciendo ademanes	¡Ya! Pero ¿sabes que los ademanes no son internacionales?
Siempre hay bilingües disponibles	Pero no siempre son imparciales, ni mantienen la confidencialidad
Están dispuestos a ayudar	¿Por qué? Siempre hay que pensar en sus propósitos personales
Es gente conocida del cliente y reconfortante	Y, por ello, mucha información se puede perder
Poseen la misma cultura	Pero siempre hay un riesgo de que la información sea omitida
Los niños son muchas veces los primeros bilingües de la familia	Se pone al padre/cliente en poder del niño Y ¿podrá un niño entender ciertos conceptos?
Los empleados están al alcance de	¿Qué deberían estar haciendo? ¿Sale más barato la

la mano	hora del experto que la hora de un intérprete (profesional)?
Los profesores de idiomas poseen buena educación y hablarán de forma adecuada	Bueno, sí, pero ¿de qué sabrán hablar? Los intérpretes suelen trabajar en contextos especializados

Fuente: Cambridge (2003: 56).

Valero-Garcés (2008a: 5-6), siguiendo a Cambridge (2002: 121-126), resume en la siguiente tabla las diferencias entre la persona bilingüe y el traductor o intérprete con formación especializada.

Tabla 2. Diferencias entre la persona bilingüe y el traductor o intérprete con formación especializada.

Bilingüe	Traductor / intérprete
Puede tener fluidez limitada en una de las lenguas-	Se requiere fluidez en ambas lenguas.
Tiene voz propia para intervenir, expresar opiniones, etc.	Hace posible la comunicación entre otras personas; identifica diferencias entre las lenguas y las culturas y reproduce el mensaje de otros.
No existe un código de conducta o unos principios propios-	Debe observar un código de conducta propio de su profesión.
No tiene por qué estar preparado para hacer de puente y puede transmitir el mensaje de un modo incompleto, olvidar parte, quitar lo que no considera importante, etc.	Debe conocer la terminología adecuada y los procedimientos necesarios para reproducir con fidelidad el mensaje.
No ha recibido ningún tipo de formación sobre cómo tratar la información o sobre estrategias para procesar y reproducir esa información-	Suele contar con cierta formación o experiencia para procesar y retener los mensajes con fidelidad.
Puede dejarse llevar por ciertos condicionantes externos al hecho de trasvasar la información (compasión, amistad, alegría, familiaridad, etc.) y dejar de ser objetivo, añadiendo comentarios personales, interpretaciones, etc.	Proporciona información fiel, adaptada a la nueva realidad, y se mantiene despegado de consideraciones personales.

Fuente: Valero-Garcés (2008a: 5-6).

Queda claro, en todo caso, que en el contexto de los servicios sociales no puede identificarse a la persona bilingüe con el traductor/intérprete, que no toda persona bilingüe es traductor/intérprete, aunque todo traductor/intérprete deba ser bilingüe, y que el acceso en condiciones de igualdad a los derechos consagrados exige la actuación de un profesional.

Sin embargo, estos profesionales bilingües deben tener en cuenta que las circunstancias existentes para interpretar en los servicios públicos para un público informal; hospitales,

juzgados, comisarías, etc. se difieren bastante de interpretar dentro de una cabina en un congreso para un público formal. En el siguiente apartado aclaramos las diferencias entre la profesión que nos concierne con la interpretación de conferencias.

2.3. Interpretación en los Servicios Públicos e interpretación de conferencias

Existen diferencias notables entre la profesión que nos concierne y la interpretación de conferencias. Estas diferencias están relacionadas con la percepción de ambas tareas, el estatus de los intérpretes, el conocimiento del registro de lengua, el léxico, así como las circunstancias en las que se desarrolla cada actividad (Burdeus Domingo, 2015: 42-43). La autora señala, basándose en lo expuesto por Hale (2005) que “el poco reconocimiento de la TISP se debe a causas diversas, como la escasez de formación universitaria, la falta de organización de la misma y de identidad profesional, así como el desconocimiento general de la complejidad de esta práctica”. En la siguiente tabla resumimos las diferencias entre la TISP y la interpretación de conferencias. La tabla fue publicada en Hale (2007) y posteriormente adaptada por Burdeus Domingo (2015: 42-43).

Tabla 3. Diferencias entre la ISP y la interpretación de conferencias.

	Interpretación de conferencias	Traducción e interpretación en los servicios públicos
Registro	Generalmente formal, aunque también son comunes los registros informales, principalmente en forma de modismos y bromas	Desde un registro muy formal hasta un registro muy informal
Direccionalidad lingüística	Normalmente unidireccional	Bidireccional
Localización	Generalmente aislado en una cabina, lejos de los oradores	Proximidad con los interlocutores, permite una mayor involucración en la interacción
Modo	Generalmente simultánea con la ayuda de equipos de sonido, aunque en ocasiones se realiza consecutiva	Semi-consecutiva (de enlace), consecutiva, simultánea (susurrado), traducción a la vista
Consecuencias de una prestación imprecisa	Medias	Altas
Nivel de precisión requerido	Medio	Alto
Participantes	Del mismo estatus Profesional	Normalmente de diferentes estatus
Número de intérpretes	Dos (trabajo en equipo)	Uno (trabajo individual)

Fuente: Burdeus Domingo (2015: 42-43), adaptada por Hale (2007).

Después de haber introducido la profesión del intérprete en los servicios públicos y los aspectos que la diferencia de la interpretación de conferencias, en la siguiente sección pasamos a exponer la evolución de la TISP en algunos países, con la finalidad de enmarcar nuestra investigación.

2.4. Evolución de la TISP

La actividad de la TISP es tan antigua como la humanidad². muchos países recibían a un número importante de migrantes y refugiados y tenían que encontrar soluciones comunicativas.

Sin embargo, numerosos autores que han estado investigando sobre el tema (Gentile *et al.*, 1996; Ozolins, 1998; Pöchhacker, 1999; Ozolins, 2000, entre otros) afirman que resulta imposible establecer una única línea para el desarrollo de esta actividad.

De acuerdo con Abril:

La evolución de este género está sometida a cuestiones sociopolíticas estructurales y coyunturales. Depende de la política lingüística y de inmigración de cada Estado, del sistema institucional y organización de los servicios de cada Administración pública, del grado en que se haya regulado la igualdad de acceso a través de legislación nacional... y de los movimientos demográficos a medio e incluso corto plazo, que determinan cambios relativamente rápidos en la gama de lenguas para las que se necesita interpretación (Abril, 2006: 87).

Según Valero-Garcés:

Esta provisión de servicios de lenguas adoptó diversas formas en los distintos países debido en parte a diferentes condiciones históricas, políticas o socioculturales que confluían en cada país así como a las respuestas recibidas por las instituciones oficiales, el reconocimiento del papel del intérprete y/o traductor (I/T), el valor económico asignado a su labor, su disponibilidad, las posibilidades de formación, etc. (Valero-Garcés, 2008a: 41).

Australia, Canadá y Suecia fueron los países pioneros en la materia. Posteriormente, se les unieron el Reino Unido, Estados Unidos, Francia, Holanda, Bélgica, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Alemania, Austria, entre otros. Italia y España fueron los últimos países que vieron la necesidad de implantar los servicios de TISP (Valero-Garcés, 2008: 41).

En las páginas que siguen nos limitaremos a exponer la evolución de la TISP en Australia, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y España, así como el mundo árabe, por estar

² Torre de Babel.

relacionado con nuestra investigación. Para el desarrollo de la profesión en el mundo árabe nos basaremos en lo expuesto por Taibi (2011 y 2016).

2.4.1. Australia

Australia es el país pionero en el desarrollo de la TISP. La llegada masiva de migrantes que no dominaban el inglés convirtió al país en una sociedad multicultural y multilingüe tras la Segunda Guerra Mundial. Esta situación condujo en la década de 1950 a buscar soluciones para los llamados “nuevos australianos” (Burdeus Domingo, 2015: 47).

En la década de 1970 se produjeron en el país importantes cambios políticos y sociales (*Anti-Discrimination Board*, *Equal Employment Opportunity* [EEO] o *Ethnic Affairs Comissions* [EAC]) que tuvieron efectos positivos sobre la TISP y propiciaron la creación del *Telephone Interpreter Service* (TIS)³. Especial trascendencia tuvieron los cambios que se produjeron en Vitoria y Sídney a partir de 1973.

En Sídney se organizó un servicio de intérpretes para atender a los migrantes en los hospitales, que dio lugar más tarde al *NSW Health Care Interpreter Services*⁴, considerada como la mayor organización de intérpretes tras el TIS. En este sentido, cuando se necesitan los servicios públicos de salud, los pacientes y sus familiares que no tienen el inglés como lengua materna, así como las personas sordomudas, tienen el derecho a intérpretes confidenciales y profesionales, sin ningún coste adicional.

Según las normas de la institución, los intérpretes profesionales han de ser respetados por todo los profesionales de la salud, y deben ser convocados por el personal del hospital y no por sus acompañantes. Los intérpretes deben prestar su servicio en todos los ámbitos de atención al paciente para promover una comunicación efectiva, garantizando una calidad y seguridad durante la atención al paciente.

Sus políticas internas indican que recurrir a intérpretes no profesionales, como familiares o amigos, no es solo no respetar las normas, sino también una violación del derecho del paciente a ser atendido de forma adecuada, y podría resultar una acción ilegal.

³ Disponible en: <https://www.tisnational.gov.au/phoneinterpreting>. Consulta: 24.01.2019.

⁴ Disponible en: <https://www.health.nsw.gov.au/.../health-care-interpreting-and-tra...> Consulta: 23.02.2019.

Existen cinco Servicios de Interpretación para la Atención Médica (HCIS) en NSW: tres provinciales y dos regionales. Ofrecen servicios de interpretación *in situ* y por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en más de 120 idiomas, incluido el lenguaje de señas.

Los servicios de traducción están prestados por las siguientes instituciones:

- *Multicultural Health Communication Service;*
- *Translation Services Western Sydney Local Health District;*
- *Translation Unit South Western Sydney Local Health District;*
- *Translation Unit, Hunter New England Local Health District – Translation Services.*

En 1977 se creó la *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters* (NAATI)⁵, un sistema de acreditación nacional cuyo objetivo es establecer y desarrollar líneas de actuación comunes para la profesionalización de traductores e intérpretes en Australia, y promover la profesión (Hale *et al.*, 2012).

Desde 2010, la NAATI engloba once niveles de acreditación que procedemos a nombrar, basándonos por lo expuesto por Burdeus Domingo:

- Intérprete de conferencias sénior: es el nivel más alto de acreditación en interpretación ofrecido por la NAATI, que refleja un nivel de excelencia en interpretación de conferencias.
- Traductor avanzado sénior: nivel de excelencia en traducción especializada.
- Intérprete de conferencias: nivel de competencia en interpretaciones complejas, técnicas y sofisticadas, tanto en la modalidad consecutiva como en la simultánea.
- Traductor avanzado: nivel de competencia para realizar traducciones complejas, técnicas y sofisticadas.
- Intérprete profesional: nivel mínimo de competencia para la interpretación profesional, que coincide con el nivel mínimo recomendado por la NAATI para el trabajo en el ámbito jurídico, sanitario y en servicios sociales y comunitarios.
- Traductor profesional: nivel mínimo de competencia para la traducción profesional, que coincide con el nivel mínimo recomendado por la NAATI para el trabajo realizado en el ámbito jurídico, sanitario y en servicios sociales y comunitarios.
- Intérprete paraprofesional: competencia en interpretación de diálogos no especializados.

⁵ Disponible en: <https://www.naati.com.au/>. Consulta: 10.03.2019.

- Traductor paraprofesional: competencia en traducción no especializada.
- Reconocimiento del intérprete: nivel otorgado en los idiomas en los que no existe acreditación. Reconoce una experiencia de trabajo reciente y acredita al solicitante como intérprete, sin especificar su nivel de dominio.
- Reconocimiento del traductor: nivel otorgado en los idiomas en los que no existe acreditación. Reconoce una experiencia de trabajo reciente y acredita al solicitante como traductor, sin especificar su nivel de dominio.
- Asistente lingüístico: credencial otorgada tras pasar una prueba de la NAATI que evalúa las habilidades bilingües de los candidatos en un escenario de “servicio al cliente”. No se considera acreditación en traducción o interpretación (Burdeus Domingo, 2015: 74-75).

El sistema de la NAATI prevé cinco vías para la acreditación (Burdeus Domingo, 2015: 75) que pasamos a mencionar:

- Superación del examen de acreditación de la NAATI (para los niveles de traductor avanzado, traductor profesional, traductor paraprofesional, intérprete profesional e intérprete paraprofesional).
- Superación de una formación en traducción y/o interpretación en una institución australiana aprobada por la NAATI.
- Aportación del certificado acreditativo de un título de formación especializada superior en traducción o interpretación de una institución educativa extranjera.
- Aportación del certificado acreditativo de pertenencia a una asociación profesional internacional en traducción o interpretación (para los niveles de traductor profesional, intérprete de conferencias sénior y traductor avanzado sénior).
- Aportación del certificado acreditativo de un nivel avanzado en traducción o interpretación (para los niveles de intérprete de conferencias sénior y traductor avanzado sénior) (Burdeus Domingo, 2015: 75).

En cuanto a la formación en TISP en Australia, se constata que todos los cursos ofrecidos se caracterizan por ser formales. Podemos citar como ejemplos los cursos oficiales en ISP, como el diploma en Interpretación (*Diploma on Interpreting*) del South Western Sydney Institute of Granville, el diploma de posgrado en Traducción e Interpretación (*Postgraduate Diploma in Translating and Interpreting*), el posgrado en Interpretación de Auslan –lengua de señas australiana– a Inglés (*Postgraduate Diploma in Auslan-English Interpreting*) y el máster en

Traducción e Interpretación (*Master of Translating & Interpreting*) de la Macquarie University, la licenciatura en Traducción e Interpretación (*BA in Interpreting and Translation*) de la Western Sydney University y el máster en Estudios de Interpretación y traducción (*Master of Interpreting and Translation Studies*) de la Monash University (Burdeus Domingo, 2015: 75-76).

Finalmente, en 1987 se creó el *Australian Institute of Interpreters and Translators* (AUSIT)⁶, cuya finalidad es trabajar por promover el desempeño y el reconocimiento social de la profesión, y elaborar y mantener su código deontológico.

Hale *et al.* (2012: 10) afirman que el sistema de acreditación australiano es completo y único, ya que abarca un centenar de lenguas y diferentes tipos de traducción e interpretación, incluso la lengua de señas, y por ofrecer una acreditación reconocida una vez superadas las pruebas o los cursos de formación de la NAATI.

Por todo ello, Australia es el país más avanzado del mundo en cuanto a la profesionalización, acreditación y formación de intérpretes sociales (Martín, 2003: 433; Abril, 2006; Sales Salvador, 2008: 78; Burdeus Domingo, 2015: 47, entre otros) (véase la página web de AUSIT para más información).

2.4.2. Reino Unido

Según Valero-Garcés (2008a: 43), el aumento de la población procedente de las excolonias de la *Commonwealth* aceleró a finales de la década de 1970 la provisión de intérpretes y su formación y acreditación en el Reino Unido, en particular en los ámbitos educativo y sanitario.

Al principio, sin organización de ámbito nacional, regional, institucional o privado, los únicos intermediarios disponibles eran voluntarios o funcionarios con conocimiento de la lengua requerida, pero sin formación en interpretación, a los se recurría como última opción.

Diversos centros universitarios impartían cursos de formación en los idiomas mayoritarios de Europa, pero no en los demandados internamente, como el urdu, el árabe o el vietnamita (Valero-Garcés, *ibid.*).

La *Nuffield Foundation* apoyó en 1983 la puesta en marcha de cursos de formación y apoyo en lenguas específicas, y el *Institute of Linguistics* anunció el Community Interpreter Project⁷,

⁶ Disponible en: <https://ausit.org>. Consulta: 20.01.2019.

⁷ Disponible en: <https://www.ciol.org.uk/ciol-qualifications>. Consulta: 10.03.2019.

dirigido a formar a intérpretes y traductores para los SP, lo que permitió desarrollar dos títulos de acreditación (el *Bilingual Skills Certificate* y el *Certificate in Community Interpreting*).

En la década de 1990 se adoptó la denominación *Public Service Interpreting* para designar específicamente esta actividad y promover su reconocimiento oficial (Valero-Garcés, 2008a: 44).

En este contexto, y debido a las malas interpretaciones realizadas en dos casos conocidos (*Begum y Kunnath*), la *Royal Commission on Criminal Justice (Runciman Report)* tomó en consideración la importancia de una labor de interpretación de calidad (Cambridge, 2003: 51).

Como consecuencia, en 1994 se creó el *National Register of Public Service Interpreters (NRPSI)*⁸ que dispone de alrededor de 1800 intérpretes que cubren más de 100 lenguas.

En la década de 1990 se puso también en marcha el *Language Line*⁹ para los hospitales, que está financiado por el Gobierno. Dispone de intérpretes profesionales para más de 140 idiomas y presta servicios de interpretación a una media de un 15% de los centros sanitarios del país.

Por último, en el Reino Unido se ofrecen cursos formales en ISP. La oferta consiste en cursos oficiales de interpretación comunitaria (como el *Certificate in Public Service Interpreting*, de Middlesex University), cursos de ISP de corta duración (como los impartidos en centros como el South Thames College o en el Mary Ward Centre), cursos oficiales de especialización en interpretación judicial y sanitaria (como los impartidos en The University of Northampton y Stevenson College Edinburg) y cursos de especialización en ISP judicial y sanitaria de corta duración (como los de London Metropolitan University) (Burdeus Domingo, 2015: 79).

2.4.3. Estados Unidos

Estados Unidos recibió nuevas oleadas de migrantes tras la Segunda Guerra Mundial. Los servicios de traducción e interpretación allí eran proporcionados por las comunidades étnicas, las ONG o los familiares de los migrantes que se esforzaban en aprender rápidamente inglés para ser considerados ciudadanos estadounidenses (Valero-Garcés, 2008a: 46).

⁸ Disponible en: www.nrpsi.org.uk. Consulta: 19.01.2019.

⁹ Disponible en: <https://www.language.com/uk> Consulta: 19.01.2019.

En 1964, la lengua de señas dio lugar a la aparición en el país de la actividad de la TISP, gracias al *Registry of Interpreters for the Deaf (RID)*¹⁰ (Mikkelson, 2014: 10).

En la década de 1970, el Estado planteó la necesidad de contar con servicios de traducción e interpretación en el ámbito legal debido a que, en ciertos casos, los detenidos habían sido acusados por interpretaciones erróneas.

En 1978 se aprobó la Ley de Intérpretes Judiciales (*Court Interpreters Act*), que exigía la presencia de un intérprete en los tribunales para servir a aquellas personas que no dominaran el inglés (Mikkelson, 2014: 10).

Como consecuencia, se desarrolló un sistema de acreditación de ámbito federal que permitía disponer de traductores e intérpretes cualificados. Durante mucho tiempo, el español fue la única lengua que acreditaban algunos Estados (Mikkelson, 2014: 14).

En 1996, la Universidad de Charleston puso en marcha el Máster de Interpretación Legal, con el inglés y el español como combinaciones lingüísticas.

Sin embargo, según Mikkelson (2014), esos avances en el ámbito judicial no tuvieron correspondencia en el sector sanitario, que continuó sin disponer de un sistema de acreditación o de una política federal o estatal.

Entre las iniciativas para reforzar la interpretación en el sector sanitario, destacan las protagonizadas por la Asociación de Intérpretes Médicos de Massachusetts, que ha desarrollado un código ético, el *Medical Interpreter Standards of Practice (Massachusetts Department of Public Health*¹¹, 1995), que imparte cursos de formación (Mikkelson, 2014: 13).

Desde 1991, el Hospital Universitario de Stanford dispone de un servicio de atención las 24 horas, cursos de formación para sus intérpretes, así como listas que incluyen voluntarios que dominan varios idiomas (*Volunteer Language Bank*)¹².

Por último, y como iniciativa pionera en el Estado, se lanzó un programa que se ha convertido en un modelo para todo el país en la interpretación en el ámbito sanitario (*for good or for ill*), “Bridging the Gap”, patrocinado por el *Cross Cultural Health Care Program*

¹⁰ Disponible en: <https://rid.org/>. Consulta: 15.03.2019.

¹¹ Disponible en: <https://www.mass.gov/orgs/departament-of-public-health>. Consulta: 18.03.2019.

¹² Disponible en: www.thegovlab.org/static/files/.../NYC-volunteer-bank.pdf. Consulta: 12.03.2019.

(CCHCP)¹³. Es un curso de 40 horas de lengua general, que se desarrolla bajo la supervisión de las personas cualificadas que realizaron previamente el curso del CCHCP. Actualmente cuenta con 77 centros de formación autorizados en 31 Estados. Otros han adoptado el modelo de 40 horas, que se ha convertido en el estándar de ámbito nacional (Mikkelson, 2014: 12).

Debido a los cambios demográficos significativos que vive Estados Unidos, entre 2010 y 2020 se espera un crecimiento del 42% de las ofertas de trabajo relacionadas con la interpretación en los sectores legal y sanitario, dada la crucial necesidad de dichos servicios (Mikkelson, 2014: 10).

En cuanto a la formación en TISP, en Estados Unidos existe una gran variedad de cursos formales ofrecidos. Destacan la Interpretación Comunitaria, Judicial y Médica (Community, Legal and Medical Certificates) del Center for Professional Education de Boston University o el Community Interpreting Certificate de la Viterbo University (Burdeus Domingo, 2015: 77).

La autora añade que en el país existen varios cursos oficiales en los ámbitos legal y sanitario impartidos en instituciones educativas. Destacan la Florida International University, la School of Continuing and Professional Studies de la New York University, el College of Continuing Education de la Minnesota University, la Georgia State University, la East Tennessee State University, el National Center for Interpretation de la Arizona University, el College of Extended Learning de la San Francisco University, la Southern California School of Interpretation o el Oregon Area Health Education Center y la red de Community Colleges (Burdeus Domingo, 2015: 77-78).

2.4.4. Canadá

Al igual que Australia y Reino Unido, Canadá es un país históricamente receptor de migrantes, solicitantes de asilo procedentes de Asia, África y América del Sur. Sin embargo, al disponer de dos lenguas oficiales (el francés y el inglés), siempre ha contado con servicios oficiales de traducción e interpretación (Sasso y Malli, 2014: 43-44).

Esta situación no se extendía, con todo, a las otras lenguas del Estado, ya fueran indígenas o las lenguas de los inmigrantes, puesto que el sistema político del Estado no permitía que las decisiones fueran de ámbito nacional, sino solo regional o provincial. Las áreas sanitaria, judicial, social y administrativa disponían de servicios de traducción e interpretación

¹³ Disponible en: <https://xculture.org>. Consulta: 19.01.2019.

regionales o provinciales. Es decir, que no había sistemas de acreditación nacional, sino solo actuaciones de ámbito regional o provincial (Valero-Garcés, 2008a: 48).

Entre los organismos locales de acreditación conviene destacar la *Cultural Interpretation Services of Ottawa-Carleton*¹⁴. Fundada en 1993, su misión es evaluar a los futuros traductores e intérpretes mediante pruebas específicas (*Cultural Interpreter, Language and Interpreting Skills Assessment Tools*, CILISAT), y dispone en Vancouver (Columbia Británica) de cursos universitarios para la obtención de certificados en interpretación judicial.

Al organismo anterior se suma la *Society of Translators and Interpreters of British Columbia* (STIBC)¹⁵, que dispone de un banco interregional de intérpretes de más de 50 lenguas especializado en temas sociales y sanitarios. Su objetivo es defender los intereses de los traductores e intérpretes y prestar servicios a los usuarios siguiendo un código de conducta que todos los miembros deben de cumplir, manteniendo altos estándares profesionales a través de la formación y la certificación.

Además de lo mencionado anteriormente, Sasso y Malli (2014: 44-45) enumeran los siguientes proyectos:

- 1) *The Healthcare Interpreter Partnership Project* (Columbia Británica, 1996).
- 2) *Healthcare Interpreter Services: Strengthening Access to Primary Care*.
- 3) *National Standard Guide for Community Interpreting Services* (Ontario/National 2010).
- 4) *Language Interpreter Service Program* (Ontario, 2003).
- 5) *Vancouver Community College – Healthcare Interpreting Program* (Columbia Británica, 1996).
- 6) *Regional Language Services (Provincial Health Services Authority, Columbia Británica, 2004; Winnipeg Regional Health Authority, Manitoba, 2009)* (Sasso y Malli, 2014: 44-45).

La formación en Canadá ha sido marcada por cursos formales impartidos en diferentes instituciones educativas. Destaca el Seneca College, el Mohawk College, el Niagara College, el St. Clair College, el Dawson College, el Northern College (Ontario) y la Université de Montréal.

En cuanto a los cursos oficiales especializados destinados a los ámbitos legal y sanitario, se ofrecen cursos en el Vancouver Community College, la Ottawa University o el Bow Valley College (Burdeus Domingo, 2015: 78).

¹⁴ Disponible en: www.cisoc.net/ Consulta: 12.03.2019.

¹⁵ Disponible en: <https://www.stibc.org/> Consulta: 18.03.2019.

Por otro lado, en el año 1995 se celebró en Quebec el I Congreso Internacional *The Critical Link*¹⁶ sobre TISP, y las dos ediciones siguientes se tuvieron lugar en el mismo país en 1998 y 2001 (Carr *et al.*, 1997; Roberts *et al.*, 2000; Hemlin, 2001; respectivamente). Hay que señalar que en 2004, 2007, 2010, 2013 y 2016 se organizaron en Suecia, Australia, Inglaterra, Toronto y Escocia la cuarta, quinta, sexta, séptima y octava edición de este congreso internacional (Wadensjo, 2004; Hale *et al.*, 2007b; Schäffner *et al.* 2013; respectivamente). Cabe señalar que Las dos últimas actas de las ediciones del congreso no se encuentran publicadas. La novena edición del congreso se celebrará en junio del 2019 en Tokio.

El objetivo principal del congreso es intercambiar experiencias sobre acreditación, reconocimiento y profesionalización de la TISP con la ayuda de profesionales de todo el mundo.

La red de Critical Link fue establecida en 1992 en la Universidad de Ottawa. Constituye en todo el mundo un punto de referencia en lo relativo a la investigación en TISP. Burdeus Domingo explica su funcionamiento:

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

- Promover el establecimiento de normas que dirijan la práctica de la ISP.
- Fomentar y compartir la investigación en el campo de la ISP.
- Sumarse al debate sobre los requisitos formativos de los intérpretes en los servicios públicos.
- Instar a las instituciones sociales, legales y sanitarias a que instauren servicios de ISP profesionales.
- Concienciar a la sociedad sobre la existencia de la ISP como profesión (Burdeus Domingo, 2015: 71).

2.4.5. España

La presencia masiva de inmigrantes, turistas, refugiados, solicitantes de asilo y residentes extranjeros también fomentó la provisión de los servicios de TISP en España a principios del siglo XXI (Valero-Garcés, 2017: 5). Esas personas proceden generalmente de los países más

¹⁶ Disponible en: <https://criticallink.org/>. Consulta: 21.02.2019.

ricos de Europa: Alemania, Francia, el Reino Unido, o de los más pobres de África y América Latina.

En este sentido, de acuerdo con las estadísticas provisionales relativas al primer semestre de 2018 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)¹⁷, hasta junio de 2018, la población española superó los 46.733.038 habitantes. Las Comunidades Autónomas con mayor crecimiento de población fueron Illes Balears (0,83%), Comunidad de Madrid (0,58%) y Canarias (0,53%).

La población residente en España aumentó en 74.591 personas en la primera mitad del año. Hubo 287.882 inmigraciones procedentes del extranjero (un 23,0% más que en el primer semestre de 2017). Las principales nacionalidades de los inmigrantes extranjeros fueron la marroquí (con 25.739 llegadas a España), la colombiana (23.454) y la venezolana (20.775).

Las nacionalidades de emigrantes más numerosas fueron la rumana (19.946), la británica (13.510) y la marroquí (11.249).

Por su parte, El reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, establece que todo extranjero tiene derecho a disponer de un intérprete. Esto solo ocurre en el ámbito judicial y, algunas veces, el acceso a este servicio se encuentra limitado, ya que en casos de trámites burocráticos no se presta el servicio (Burdeus Domingo, 2015: 58).

Valero-Garcés (2014b: 27-47) asegura que son varios los documentos legales que reconocen el derecho de todo paciente a entender y ser entendido. Entre ellos destaca la Constitución española, la Ley orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, la reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, en referencia a los derechos y libertades de los extranjeros e España y su integración Social y la ley actual de cuidados de salud (Ley 41/2002).

Como en los casos analizados con anterioridad, las interpretaciones erróneas protagonizadas por personas no cualificadas generaron la necesidad de regular esos servicios en ámbitos como el judicial y el sanitario. Según Abril (2006: 105), en España se prestaban servicios de interpretación a las minorías lingüísticas, por ejemplo, las asociaciones de voluntariado o de acción social, el Instituto Nacional de Empleo (INEM) y algunas

¹⁷ Disponible en: www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C...ultiDatos... Consulta: 30.03.2019.

universidades a través de programas de prácticas, así como personas del entorno natural de los usuarios, grupos de voluntarios o profesionales bilingües.

En la actualidad, la situación no parece haber cambiado. Estos servicios no se proporcionaban de forma sistemática, ya que dependían de la urgencia y de la temporada turística, y los mismos condicionantes influyen significativamente en las lenguas ofertadas.

En España, a diferencia de otros países, la figura del mediador intercultural, concretamente en el ámbito sanitario, ha experimentado un gran auge. Según Giménez:

Entendemos la mediación intercultural –o mediación social en contextos pluriétnicos o multiculturales– como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados (Giménez, 1997: 142).

Esta definición nos revela las diferentes funciones que desempeña el mediador intercultural. Se trata de un técnico de servicios sociales, animador sociocultural, sociólogo, guía acompañante, trabajador social y traductor e intérprete. Los mediadores tienen formación en inmigración, interculturalidad y mediación (Giménez 2004: II).

Por su parte, Burdeus Domingo afirma:

Los mediadores interculturales tienen como función principal la de facilitar la comunicación entre el profesional y el usuario, llevando a cabo una interpretación de los diversos códigos culturales. Asimismo, tienen funciones relacionadas con la realización de labores comunitarias, como acompañamientos, dinimizaciones del tejido asociativo, etc. Cabe decir que los mediadores interculturales realizan, por lo general, interpretaciones entre personas de dos culturas diferentes donde, por lo tanto, se tiene que realizar una descodificación cultural. No obstante, esta figura no se dedica a la resolución de conflictos entre culturas, como se podría pensar, de manera que, en caso de necesitarse una persona para resolver un conflicto de tales características, se recurre a una persona formada para tal fin, que puede trabajar con la ayuda de un traductor o mediador intercultural (Burdeus Domingo, 2015: 56).

Esta figura fue respaldada y subvencionada por los organismos del Estado, a nivel regional y municipal, donde el índice de población inmigrante es muy alto. Destacan Madrid, Barcelona y Andalucía (Burdeus Domingo, 2015: 52).

En este sentido, la autora subraya que la mediación intercultural se aleja de los objetivos de la interpretación. Mientras que la interpretación aboga por la invisibilidad y la neutralidad de la otra parte, la mediación intercultural parte de la intervención de una tercera persona que facilite la comunicación entre dos partes.

García-Beyaert y Serrano Pons (2009), citados en Burdeus Domingo (2015: 52-53), destacan cuatro prácticas que podrían causar confusión. Se trata de la mediación, la mediación intercultural, la interpretación y la ISP. Los mencionados autores las definen como sigue:

- Mediación: práctica interventiva (de manera neutra) que sirve para ayudar a encontrar soluciones a problemas o conflictos que afectan a la relación entre individuos o grupos, en donde el poder decisivo recae en las partes y no en el intermediario.
- Mediación intercultural: práctica interventiva que establece puentes entre dos interlocutores naturalmente alejados por sus diferencias culturales, identitarias, de pertenencia étnica, etc., en la que no es necesario un conflicto propiamente dicho, sino una dificultad de comunicación.
- Interpretación: práctica interventiva que facilita la translación oral de un mensaje de una lengua a otra, que nada tiene que ver con el entendimiento subjetivo de la realidad.
- ISP: práctica interventiva que sirve de canal comunicativo ante la existencia de barreras lingüísticas en la comunicación entre los trabajadores de los servicios públicos y los usuarios, que serían infranqueables de otro modo (García-Beyaert y Serrano Pons, 2009; Burdeus Domingo, 2015: 52-53).

En cuanto al sector sanitario, de acuerdo con lo expuesto por Foulquié-Rubio *et al.* (2018: 3), se trata de un campo que no ha conocido grandes cambios durante la última década (2006-2016).

La normativa vigente alude de forma implícita a la comunicación entre los pacientes y el personal sanitario, donde todos los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su estado de salud en su idioma y, por ende, a la provisión de servicios de traducción e interpretación con el objetivo de garantizarles la autonomía en la atención sanitaria a la hora de visitar el hospital, sin garantizar el acceso a los mencionados servicios.

A partir de marzo de 2015, los pacientes que se encontraban residiendo en España de forma ilegal tuvieron derecho a la atención sanitaria, como derecho igualitario como los demás ciudadanos españoles, sin especificar por parte de las autoridades competentes cómo resolver los problemas de comunicación, en caso de hablar un idioma no oficial en el Estado.

Antes de esta fecha se les había denegado el acceso para ser atendidos en los hospitales, excepto en casos de urgencia.

Uno de los servicios prestados en muchos hospitales como apoyo lingüístico es el Servicio de Interpretación Telefónica, que se ha ido popularizando en todo el territorio nacional (Foulquié-Rubio, 2015a: 41). Esta técnica pretende solventar los problemas de comunicación entre el paciente y el médico, concretamente en Levante, donde se concentra el mayor número de población extranjera.

No obstante, el personal sanitario se muestra reticente ante el uso de esta tecnología, por el hecho de ser inútil o, en algunos casos, por ser impersonal (Foulquié-Rubio *et al.*, 2018: 3).

En Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud (SAS), a través del servicio general Salud Responde, asignó en el año 2009 a Dualia, empresa a la cual pertenecemos en la actualidad, el servicio de teleinterpretación, que tiene por objetivo la comunicación con los pacientes que no hablan español. El servicio cuenta con 46 lenguas; entre ellas, 11 están disponibles las 24 horas del día.

Funciona en el Servicio Extremeño de Salud (SES), hospitales del Servei de Salut de les Illes Balears, hospitales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), el Hospital de Torrevieja, hospitales del Servicio Andaluz de Salud, SOS Aragón, el Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), Osanet (Sanidad Vasca), hospitales de Sanidad de Castilla y León y las urgencias de los hospitales y el SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria) de la Comunidad de Madrid (Calvo y Vigier Moreno, 2018: 17).

En definitiva, el acceso a los servicios sanitarios en España para las personas que no hablan castellano es un privilegio. Se limita a buscar soluciones improvisadas, a saber: gestos, traductores automáticos o conocidos del paciente, incluidos los menores (Foulquié-Rubio *et al.*, 2018: 3).

Por su parte, la rama de la investigación científica en España ha sido representada por varios grupos de investigación que se han dedicado a promover la profesión mediante la didáctica, la profesionalización y la acreditación de la TISP.

El grupo Comunica¹⁸, fundado en 2005 por varios profesores universitarios, tiene como objetivo la docencia además de la profesionalización y la investigación en TISP. Sus

¹⁸ Disponible en: red-comunica.blogspot.com. Consulta: 21.01.2019.

miembros han participado en la creación de diversos proyectos para formar a intérpretes del ámbito judicial, policial, sanitario. Han participado en numerosos congresos y foros internacionales mediante la impartición de conferencias, comunicaciones y mesas redondas.

Han emitido comunicados en numerosas ocasiones para denunciar casos de malas prácticas, o incluso delitos relacionados con la provisión de la TISP, a menudo por causa de una falta de control exhaustivo de los servicios prestados por empresas adjudicatarias o por no profesionales (Foulquié-Rubio *et al.*, 2018: 1).

Comunica engloba diferentes grupos de investigación en todo el territorio nacional:

- El grupo GRETI:¹⁹ creado en 2001 y coordinado por la doctora Anne Martin de la Universidad de Granada. El grupo defiende que la formación de los profesionales y el ejercicio de la profesión son dos elementos inseparables que no deben estar al margen de la evolución de la sociedad, al contrario deben adaptarse a las nuevas realidades. Además, aboga por desarrollar y consolidar la investigación científica en el campo, con la finalidad de mejorar la formación y el ejercicio de la profesión para poder hacer frente a los nuevos retos. Sus líneas de investigación abarcan la TISP, nuevas tecnologías en la formación de intérpretes y interpretación de congresos especializados. Los 8 miembros del grupo que lo componen cubren una amplia gama de enfoques que están destinados al progreso y reconocimiento de la profesión. Este grupo ha participado en diferentes congresos, publicación de numerosas monografías, capítulos de libros, artículos de revistas, actas de congresos.
- El grupo Mediación e Interpretación: Investigación en el Ámbito Social (MIRAS)²⁰: creado en 2009 y coordinado por la doctora Arumí. Tiene como objeto de estudio la ISP. Nace de la iniciativa de un grupo de investigadoras del Departamento de Traducción e Interpretación y Estudios del Asia Oriental de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), para hacer frente a la creciente demanda de traductores e intérpretes cualificados por parte de diferentes servicios de atención a los inmigrantes de la administración pública catalana. Sus objetivos se limitan a La formación y acreditación de este perfil profesional, así como la investigación asociada a su actividad. Este grupo integra investigadores de la UAB, así como investigadores de otras universidades nacionales e internacionales y colaboradores vinculados

¹⁹ Disponible en: wpd.ugr.es/~greti/ Consulta: 31.03.2019.

²⁰ Disponible en: grupsderecerca.uab.cat/miras/es Consulta: 31.03.2019.

profesionalmente a la ISP y a la mediación intercultural. También, organiza de forma constante jornadas destinadas a la mejora de la TISP en Cataluña. Destaca la VII Jornada de Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos de Cataluña. Traducción e Interpretación en los procesos penales: el derecho de información y la calidad de la interpretación como factores de garantía del proceso penal, entre otras.

- El grupo ALFAQUEQUE²¹: coordinado por el doctor Baigorri en la Universidad de Salamanca. Creado en el año 2008, con iniciativas anteriores que se remontan a 2000, en las que participaron los 4 miembros internacionales que componen el grupo en la actualidad. Partiendo de una figura histórica relacionada con la denominación del grupo, el mismo nace para subrayar la continuidad de esta figura, y que en la actualidad sigue siendo necesaria en nuestras sociedades. Se caracteriza por la interdisciplinariedad a nivel nacional e internacional.

Su principal objetivo es analizar las dificultades de comunicación entre lenguas y culturas en las sociedades actuales y a lo largo de la propia experiencia histórica de sus miembros. Realiza un trabajo contrastivo e interdisciplinar de estudio e investigación sobre la mediación interlingüística y sobre las demandas sociales de mediadores e intérpretes en distintos lugares y contextos históricos, centrandose en la situación en Europa y Latinoamérica, además de fomentar los proyectos de investigación. Este grupo de investigación ha participado en diferentes ocasiones en actividades de divulgación, de formación especializada, de debate y de estudio sobre la mediación intercultural en sus más variadas vertientes.

- El grupo Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales (CRIT)²²: creado en 1998 y coordinado por el doctor Raga Gimeno y la doctora Sales Salvador. Tiene como objetivo el estudio de las interacciones comunicativas entre inmigrantes y naturales de la Comunidad Valenciana. Ha desarrollado diferentes proyectos a favor de la actividad de TISP.
- Finalmente, el grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, conocido como (FITISPos)²³, que está coordinado por la doctora Carmen Valero-Garcés, de la Universidad de Alcalá, desde 1996. es un grupo de investigación multilingüe basado en la multidisciplinariedad. Sus puntos de interés

²¹ Disponible en: campus.usal.es/~alfaunque/ Consulta: 31.03.2019.

²² Disponible en: <https://aulaintercultural.org/.../crit-comunicacion-y-relaciones-interculturales-y-transcu...> Consulta: 31.03.2019.

²³ Disponible en: www.uah.es. Consulta: 21.01.2019.

están relacionados con las minorías étnicas y lingüísticas y la mediación interlingüística e intercultural en los ámbitos institucionales. Cuenta con la colaboración de numerosas universidades españolas e internacionales, además de los organismos del Estado, para la correcta ejecución de su labor investigadora.

Además de lo dicho anteriormente, este grupo fue pionero en la organización de las seis ediciones del Congreso Internacional sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en España celebradas en los años 2002, 2005, 2008, 2011, 2014 y 2017 (Valero-Garcés y Mancho, 2002; Valero-Garcés, 2005, 2008b, 2011, 2014 y 2017; respectivamente). Hay que destacar las numerosas iniciativas investigadoras para el avance de la profesión, presentadas por los estudiantes de las diferentes universidades españolas, mediante la realización de trabajos fin de grado, memorias fin de máster, así como tesis doctorales.

Por último, el ámbito académico ha recibido un interés crucial por parte de diferentes universidades y centros de investigación españoles para la profesión de la TISP. Destaca el programa de formación, reconocido como título propio de la Universidad de Alcalá, que se impartió por primera vez en el curso académico 2000. En el curso 2005-2006 se creó un Máster universitario en Comunicación Intercultural y Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos²⁴ en varios pares de lenguas. Desde 2009 el máster cuenta con el reconocimiento de la Dirección General de la Traducción (DGT) de la Comisión Europea.

En la Universidad de Granada se encuentra el Laboratorio de Estudios Interculturales²⁵, pionero en la investigación en inmigración desde una perspectiva antropológica y sociológica, además de ofertar uno de los primeros cursos de formación de mediadores interculturales de posgrado en España (Martín, 2006: 130).

Desde el curso académico 2009/2010, numerosas universidades españolas se unen para ofertar en su plan de estudios la formación en TISP. Destaca la Universidad Pontificia de Comillas, El CES Felipe Segundo (que depende de la Universidad Complutense), la Universidad Europea de Madrid, la Universidad Autónoma de Madrid, la Universidad de Alcalá, la Universidad Autónoma de Barcelona, la Universidad de Vic, la Universidad Pompeu Fabra, la Universidad Jaume I, la Universidad de Vigo, la Universidad de Granada, la Universidad de Salamanca, la Universidad de las Palmas de Gran Canaria y la Universidad de Murcia (Burdeus Domingo, 2015: 80-81). Cabe señalar que las universidades españolas

²⁴ Disponible en: <https://www.uah.es> › Inicio › Estudios. Consulta: 22.01.2019.

²⁵ Disponible en: <https://ldei.ugr.es>. Consulta: 24.01.2019.

que más ofertan estudios especializados en TISP mediante cursos de posgrado son la Universidad de La Laguna, la Universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad de Alcalá (Burdeus Domingo, 2015: 81).

Como iniciativa esperanzadora, de acuerdo con Martín (2014: 126), en octubre de 2013 se encuentra en vigor la Directiva 64/2010 de la UE sobre el derecho a traducción e interpretación en los procesos penales, que prevé un sistema de acreditación para garantizar la calidad y profesionalidad en la interpretación en este sector, que podría ser trasladable a otros servicios públicos, añade la autora.

Otra iniciativa que merece la pena mencionar es la Organización Internacional de Normalización (ISO), que ha establecido una serie de pautas y buenas prácticas para los intérpretes que trabajan en los servicios públicos (ISO 13611: 2014)²⁶. Precisa criterios y recomendaciones para la ISP durante la comunicación oral. La mencionada norma considera la actividad de la ISP como una profesión, no como una práctica informal realizada por amigos, familiares, niños u otras personas que no disponen de las competencias y habilidades específicas adoptadas por dicha norma internacional, o que no siguen un código de conducta pertinente. ISO 13611: 2014 es un documento orientativo que establece y proporciona los principios y prácticas básicos necesarios para garantizar la calidad de los servicios de ISP para todas las comunidades lingüísticas, así como los solicitantes y proveedores de servicios. Además, proporciona pautas generales comunes para todas las modalidades de ISP. ISO 13611: 2014 es asimismo aplicable en los ámbitos legal, sanitario, educativo y policial.

2.4.6. El mundo árabe

Terminamos este apartado con la evolución de la TISP en el mundo árabe.

Según Taibi (2016: 26), al igual que los países mencionados anteriormente, los países árabes necesitan la provisión de los servicios de TISP, debido a la presencia masiva de turistas o trabajadores que no hablan la lengua dominante en el país, más en concreto las minorías de bereberes en Marruecos, los trabajadores extranjeros en los Emiratos Árabes Unidos y, finalmente, en la peregrinación a La Meca (Taibi, 2011: 143-167).

²⁶ Disponible en: <https://www.iso.org/standard/54082.html>. Consulta: 10.03.2019.

El mismo autor (2016: 27) sostiene que la prestación de los servicios de interpretación es facilitada por familiares, conocidos o intérpretes no cualificados en países como Líbano, Egipto o Marruecos.

Por otro lado, los programas destinados a la profesión de la traducción e interpretación en los países árabes están limitados únicamente a la traducción escrita, a pesar de la gran necesidad de interpretación en el ámbito de los servicios públicos:

(1) Training institutions that cater to both (community) interpreting and (community) translation. The existing programmes in Arab countries focus on translators over interpreters, while public services need both, and the respective competencies are not interchangeable or even always overlap (Taibi, 2016: 33).

El interés por la profesión de la TISP en los países árabes empezó a despertar cuando, en 2014, el *Department of Linguistics and Translation Studies*, del *College of Languages and Translation*, de la Universidad Rey Saúd, en Arabia Saudí, impartió tres programas de formación en TISP que permitían obtener tres diplomas: Diploma en Interpretación de Conferencias, Diploma en Interpretación Legal Administrativa y Diploma en Interpretación en los Servicios Públicos (King Saud University, 2014). Fue una iniciativa pionera en este sentido en el mundo árabe, dado que permitía la aparición de la profesión de la TISP dentro de la de traducción e interpretación (Taibi, 2016: 36).

El programa de esta universidad ofrece siete cursos de interpretación que tienen como objetivo principal dotar a los profesionales de diferentes habilidades para poder enfrentarse a este tipo de interpretaciones, que se desarrollan en encuentros o entrevistas en los tribunales, en las comisarías, en los hospitales, etc. Además, este último ofrece diferentes variaciones lingüísticas: inglés-árabe, francés-árabe, turco-árabe y persa-árabe.

En cuanto al ámbito sanitario, se ofrece formación en interpretación bilateral con el persa-árabe y el turco-árabe como combinaciones lingüísticas. Tiene por objetivo cubrir la demanda de intérpretes por parte de los hospitales, concretamente en la temporada de la peregrinación (Taibi, 2016: 37).

Como recapitulación, en la siguiente tabla resumimos la respuesta de las administraciones públicas y privadas de diferentes países del mundo en cuanto a la provisión de los servicios de TISP, destinados a las personas que no hablan las lenguas dominantes, basándonos en lo expuesto por Burdeus Domingo (2015: 45-46).

La autora señala que existen cuatro modalidades de respuesta para la comunicación entre

las administraciones y administrados. Se empieza por la negación de la necesidad de instauración de servicios de ISP, pasando por la provisión de servicios *ad hoc*, la creación de servicios genéricos, llegando a la implantación de soluciones globales e integrales.

Tabla 4. Modelos de respuesta a las necesidades de comunicación entre los servicios públicos y las minorías lingüísticas: panorama internacional.

Tipo de respuesta	Objetivo	Responsable de la interpretación	Características	Modelo	Países
Ninguna	Negación de la necesidad de servicios de ISP	Usuario mediante intérpretes privados o conocidos	Hostilidad o desinterés respecto de las necesidades del usuario de minoría lingüística		-Estados del Golfo, Japón (inmigración a corto plazo) -Brasil (relación hostil con la población indígena)
Soluciones <i>ad hoc</i>	Cubrir necesidades puntuales	-Servicio público específico dentro de una Administración -ONG o asociación	-Prima el criterio de disponibilidad en la contratación -Se otorga poca importancia a la formación y la acreditación	-Intérprete o mediador cultural -Bilingüe o miembro de la minoría	-Países con una Inmigración reciente -Alemania, Austria, Bélgica
Servicios lingüísticos genéricos	Cubrir necesidades de los servicios públicos	-La Administración -ONG -Servicios privados	-Importancia de la formación y la acreditación -Se ofrecen servicios de interpretación telefónica	-Intérprete cultural -Prima la imparcialidad	-Holanda, Francia, Reino Unido -Noruega, Finlandia -Canadá
Soluciones basadas en planteamientos legalistas	Cumplir imperativo legal	La Administración (especialmente la de justicia)	-La Administración de justicia es una prioridad -Este tipo de respuestas no necesariamente se aplica a otros servicios públicos	Intérprete trans-codificador	-Mayoría de los países que adoptan soluciones <i>ad hoc</i> (en tribunales) -Estados Unidos -Sudáfrica
Servicios integrales	Cubrir necesidades generales a largo plazo	La Administración	-Servicios genéricos -Formación reglada -Acreditación oficial -Servicios en lenguas minoritarias -No se da uniformidad en la atención a las demás cuestiones profesionales	Intérprete imparcial	-Australia -Suecia

Fuente: Burdeus Domingo (2015: 45-46), adaptado de Ozolins (2000).

Tras ofrecer una visión panorámica sobre la evolución de la TISP, en el siguiente apartado abordamos los campos de trabajo de la TISP, con la finalidad de delimitar el campo de trabajo que nos concierne.

2.5. Campos de trabajo de la TISP

A partir de las definiciones de la TISP expuestas al principio del presente capítulo, podemos afirmar que los campos de trabajo de la profesión de la TISP son: el ámbito sanitario, el ámbito legal que incluye la interpretación en las comisarías, el ámbito social y ámbito educativo.

Estos ámbitos han sido el punto de interés de diferentes autores, como Hale (2007), que ha dedicado dos capítulos de su libro a abordar los ámbitos legal y sanitario.

Valero y Martín (2008), por su parte, dedican varios artículos en su libro a tratar el mismo tema, así como Corsellis (2008), entre otros.

En este sentido, Pöchhacker (2004: 15) y Taibi (2011: 27), entre otros, señalan que los ámbitos más comunes de la TISP en cuanto a la profesionalización y la acreditación son los ámbitos legal, sanitario y educativo.

Dueñas González *et al.* (1991: 29) y Millán y Bartrina (2013: 7), entre otros, distinguen en sus libros los ámbitos legales y judiciales de los demás ámbitos citados anteriormente.

Sin embargo, según Gentile (1997), las denominaciones de la profesión de la TISP son tan generales que no delimitan los ámbitos en los que esta profesión actúa.

Los profesionales de la interpretación en los servicios públicos tienen que desempeñar un papel de puentes comunicativos a la hora de prestar su servicio, para garantizar la calidad del servicio ofrecido. Abordamos esta cuestión en el siguiente apartado.

2.6. El papel del intérprete en los servicios públicos

El papel del intérprete ha sido tratado por numerosos autores al ser este un tema muy delicado y recurrente (Gentile, 2014: 195). Podemos citar a modo de ejemplo a Shackman (1985), Roy (1992), Wadensjö (1992), Zimman (1994), Gentile *et al.* (1996), Roberts (1997), Pöchhacker (2000 y 2011), Martín y Abril (2002), Castillo y Taibi (2005), Ortega Herráez (2007), Valero-Garcés (2014a) o Pérez Estevan (2017b), entre otros.

Martín y Abril proponen una definición del papel del intérprete que merece la pena mencionar después de más de una década:

La función del intérprete la define un complejo entramado de consideraciones que incluyen las percepciones de todos los participantes en la interacción, la pertenencia del intérprete a una de las comunidades étnicas o culturales representadas o la presión derivada de saber que un resultado concreto puede ser determinante para uno de los participantes, así como el evidente desequilibrio de poder en la mayoría de los casos (Martín y Abril, 2002: 55).

Según estas autoras (*ibid.*), el papel del intérprete en los servicios públicos es un asunto transversal que afecta a todos los países sin tener en cuenta el grado de profesionalización alcanzado. No obstante, la naturaleza de la actividad de la TISP requiere:

communication in spontaneous face-to-face interaction. Included under this heading are all kinds of professional encounters: police, immigration and welfare services interviews, doctor-patient interviews, business negotiations, lawyer-client and courtroom interpreting, and so on (Mason, 1999: 147).

Esta mediación intercultural que se desarrolla cara a cara exige al intérprete una fuerte dimensión interpersonal, así como una implicación física y directa, sin olvidar las posibles amenazas psicológicas resultantes de algunos encuentros (Martín y Abril, 2002: 55).

Además, Roy propone unas pautas que debe tener en cuenta el intérprete a la hora de su intervención, y que a nuestro juicio son muy acertadas:

Instead, the interpreter's role is active, governed by social and linguistic knowledge of the entire communicative situation, including not only competence in the languages, but also competence in the appropriate "ways of speaking" and in managing the intercultural event of interpreting (Roy, 1992: 22).

De ahí que Berk-Seligson (1990), Roy (1992), Wadensjö (1992) y Englund-Dimitrova (1997), entre otros, hayan demostrado en sus investigaciones realizadas al respecto que el intérprete es la parte responsable y de más peso en la situación comunicativa, cuya función consiste en transmitir el significado cultural total a todos los participantes en dicha situación teniendo en cuenta el lenguaje verbal y no verbal.

En palabras de Martín y Abril, en referencia a la función del intérprete según los estudios realizados por los autores citados anteriormente:

Las funciones del intérprete en la interpretación de entrevistas incluyen la coordinación y la mediación o negociación de significados culturales (Martín y Abril, 2002: 56).

Sin embargo, los servicios públicos (hospitales, comisarías, oficinas de extranjería, etc.) suelen ir más allá y exigen con frecuencia al intérprete que sea "catalizador", es decir, un consultor cultural del que se espera que disponga de competencias y de habilidades que no forman parte de su trabajo.

En cuanto a los proveedores de los servicios públicos, se trata de instituciones que no entienden con frecuencia el papel de los intérpretes y no saben trabajar con ellos. Suelen pedirles que realicen tareas que no están relacionadas con el trabajo del intérprete (llamadas telefónicas a familiares, explicar términos técnicos –enfermedades o tratamientos–, rellenar formularios, escribir informes, etc.) (Valero-Garcés, 2006a: 142-143).

Según Martín:

Al intérprete se le pide que realice tareas no relacionadas con la interpretación, tales como la recopilación de información, o la emisión de opiniones sobre lo expresado por parte del usuario perteneciente al grupo minoritario, etc., asignándole más bien el papel de ayudante general del profesional del servicio (Martín, 2014: 124).

La autora añade:

No es infrecuente que un agente policial, durante la declaración de un inmigrante sin papeles, por ejemplo, le pregunte al intérprete si cree que aquel dice la verdad, o le pida que detecte la autenticidad de su acento para, supuestamente, poder comprobar su lugar de origen. Por otro lado, el inmigrante puede llegar a pedir al intérprete que conteste en su lugar a las preguntas ofreciendo la información que más probablemente vaya a provocar una respuesta favorable a sus objetivos (2014: 124).

Ortego Antón defiende lo expuesto por esta última y sostiene:

En ocasiones, se convierten en el vínculo entre dos lenguas y dos culturas, por lo que es necesario que tengan una gran estabilidad emocional para realizar con éxito la interpretación. Además, los proveedores de servicios tienden a desconocer las tareas propias de los intérpretes en los servicios públicos y, en ocasiones, les solicitan realizar tareas que no están directamente asociadas con su profesión, tales como llamar por teléfono, cumplimentar formularios, explicar términos especializados relacionados con enfermedades y tratamientos, escribir informes, etc. (Ortego Antón, 2017: 75).

Por otra parte, dado que la TISP requiere el uso de la modalidad de interpretación consecutiva dialógica (véase capítulo 3), este hecho coloca al intérprete ante una situación en contacto directo con los interlocutores, en una situación “más social y menos formal”, a diferencia de los demás géneros de interpretación, lo que puede favorecer alguna implicación personal por parte del intérprete con uno de los interlocutores (Martín, 2014: 124).

Para ello, y de acuerdo con diferentes autores de la materia, como Gentile *et al.* (1996), Garber (2000) o Mesa (2000), entre otros, el intérprete debería mostrar el mismo nivel de lealtad con todos los interlocutores y respetar el código de conducta (véase apartado 2.7).

En este sentido, Australia, como país pionero en la profesionalización de la TISP, apunta claramente que la neutralidad del intérprete es un tema de vital importancia (Martín, 2014).

Asimismo, Cambridge señala que existen dos tendencias en cuanto al papel del intérprete en los servicios públicos dentro de los hospitales de Reino Unido: el modelo abogacía y el modelo imparcial. El primero está dirigido a los hospitales :

El intérprete está presente, para literalmente abogar por el paciente; tomar parte, hacer preguntas propias, aconsejar al paciente y ofrecer su opinión personal sobre los temas tratados durante el transcurso de la visita. Esta postura proviene de la idea de que un paciente que no conozca el idioma dominante de un lugar, necesita la misma protección que una persona no capacitada mentalmente para tomar decisiones propias. También implica que los médicos son unas personas de las cuales un paciente tiene que defenderse. Además, hace caso omiso al deber, muy claramente expresado en sus códigos de ética profesional, y a los que se adhieren cuando dice que proteger al paciente y abogar por él es precisamente el rol del personal sanitario” (Cambridge, 2003: 58).

Por su parte, el modelo imparcial se extiende a los ámbitos sanitario y legal.

El intérprete, igualmente imparcial, repite todo lo que oye y todas las partes integradas en la conversación hablan con voz propia, entendidos en cada momento por los demás. El papel del intérprete consiste en convertirse en el alter ego –es decir, el otro ser– de la persona cuyas palabras está interpretando. Si lo consigue, cada uno puede expresar, con energía, las palabras y las emociones que quiera, exactamente como lo diría si la interpretación no hiciera falta. Si el intérprete cambia el registro de las palabras del paciente, por ejemplo, comunicará al médico una idea falsa de la persona que cuida. El intérprete-alter ego, negociador de comprensión cultural mutua, tiene que estar constantemente vigilando los malentendidos que puedan surgir de los mensajes escondidos. Dentro de lo dicho, es deber del intérprete parar y explicar si hay algo escondido, probablemente algo comprensible, sin decirlo, a la otra persona que comparte la misma herencia cultural (Cambridge, 2003: 59).

Por su parte, el modelo imparcial se extiende a los ámbitos sanitario y legal.

El intérprete, igualmente imparcial, repite todo lo que oye y todas las partes integradas en la conversación hablan con voz propia, entendidos en cada momento por los demás. El papel del intérprete consiste en convertirse en el alter ego –es decir, el otro ser– de la persona cuyas palabras está interpretando. Si lo consigue, cada uno puede expresar, con energía, las palabras y las emociones que quiera, exactamente como lo diría si la interpretación no hiciera falta. Si el intérprete cambia el registro de las palabras del paciente, por ejemplo, comunicará al médico una idea falsa de la persona que cuida. El intérprete-alter ego, negociador de comprensión cultural mutua, tiene que estar constantemente vigilando los malentendidos que puedan surgir de los mensajes escondidos. Dentro de lo dicho, es deber del intérprete parar y explicar si hay algo escondido, probablemente algo comprensible, sin decirlo, a la otra persona que comparte la misma herencia cultural (Cambridge, 2003: 59).

En este contexto, el autor (*ibid.*) ha establecido cuatro motivos por los cuales el intérprete debe parar y pedir la ayuda de los interlocutores:

- Porque a un interlocutor no se le oye bien.
- Porque un interlocutor ha dicho algo que el intérprete no entiende.
- Porque, a pesar de sus mejores esfuerzos, el intérprete cree que existe un

malentendido o un cruce de cables.

- Porque el significado cultural de algo dicho no ha sido notado o entendido (Cambridge, 2003: 58).

Por último, en la siguiente tabla, Hale (2007: 128) expone la opinión de ocho intérpretes profesionales en cuanto al papel que deben desempeñar a la hora de prestar el servicio de interpretación.

Tabla 5. Opinión de ocho intérpretes profesionales en cuanto al papel que deben desempeñar.

Respondent	Answers to: What do you consider to be your role as a professional interpreter?
1	To ensure that communication has occurred, but not necessarily to ensure that the information has been understood. That is the responsibility of the parts involved.
2	My role as a professional interpreter is to facilitate communication between people, who otherwise would not be able to do so.
3	Person responsible for doing all that is possible, gives the best available understanding of all the relevant technical, theoretical and ethical problems and their solutions, to restore to the client, direct linguistic Access to interlocutor, reader or text.
4	1. To interpret into the other language everything said by the parties to a bilingual Exchange and to produce a pragmatically accurate interpretation. 2. To remain impartial at all times. 3. To observe confidentiality in accordance with the code of ethics.
5	To act as a conduit between two parties as best as I can.
6	To assist two or more people who do not speak a common language to communicate with one another. To educate on cultural differences if they become an issue at the interview.
7	An agent in the delivery of social justice.
8	I consider my role to be a facilitator of communication and at times, a cultural bridge. That is: because I have a knowledge of both languages and cultures – when I am working with a deaf and hearing client (who don't have these abilities or knowledge), it's my role (to the best of my ability) to make communication occur (intent, meaning, etc.) and for both parties to understand each other and where they are coming from (cultural background, etc.).

Fuente: Hale, 2007: 128.

En el siguiente apartado abordamos el código de conducta que debe de respetar el profesional, a la hora de la prestación de su trabajo.

2.7. Código deontológico de la TISP

Según Hale (2007: 107), existen en todo el mundo más de una docena de códigos deontológicos procedentes de nueve países: Australia, Austria, Canadá, Colombia, Indonesia, Irlanda, Reino Unido, España y Estados Unidos.

De acuerdo con lo expuesto por Valero-Garcés (2008a: 95, 2014b), Cedillo Corrochano y Valero-Garcés (2014: 187), entre otros, cualquier código de conducta profesional en interpretación contiene los siguientes principios básicos:

- Confidencialidad: respetar el derecho a la vida privada de los otros.
- Imparcialidad: no tomar partido por ninguna de las partes.
- Exactitud/fidelidad: asegurarse de que el mensaje es fiel al original y apropiado en el nuevo contexto cultural.
- Integridad: ser honrado con uno mismo y su capacidad o habilidad a la hora de aceptar un trabajo de I/T.

En este contexto, según un estudio realizado por Hale (2007: 108), la confidencialidad es el principio más presente en los códigos de conducta, con una media del 81,25%, seguido por la exactitud/fidelidad, con una media del 75%, y finalmente la imparcialidad, con una media del 68,75%.

El código de conducta profesional en interpretación tiene como objetivo proporcionar directrices a los profesionales de la materia sobre cómo enfrentarse con ética a las situaciones donde se pretende alcanzar el interés de todos los interlocutores (Hale, 2007: 103).

Por su parte, Neumann Solow (1981: 39) afirma que un código de ética “protects the interpreter and lessens the arbitrariness of his or her decisions by providing guidelines and standards to follow”.

En la mayoría de las profesiones, un código de ética complementa y refuerza lo aprendido a lo largo de la formación profesional. En lo que respecta a la profesión de la interpretación, y a pesar de la ausencia de la formación académica previa en algunas universidades, el código de ética se ha convertido en el único estándar consistente para la mayoría de países de todo el mundo a través del cual se establecen las normas generales de conducta y de práctica.

Estos códigos de conducta se han mantenido generalmente por asociaciones profesionales, organismos e instituciones que requieren servicios de interpretación (Hale, 2007: 103).

En las siguientes líneas, la autora (*ibid.*) expone el testimonio de un intérprete profesional sobre el código de conducta en interpretación:

The code of ethics reminds me that I have a standard to uphold and also gives me the means to do that. It also reminds me that I am a professional and as I use it, others also know this. I find it both encouraging and supportive in and as I do my work. When a situation occurs, I am able to 'access' my code of ethics, which I use as a guide to then make the best or most appropriate (or professional) decision at the time. It also helps me to justify why I make a certain decision while using it in my work (Hale, 2007: 103).

En la siguiente tabla resumimos los aspectos de ética en el ámbito sanitario, dirigidas a las personas que son de intermediarios entre el médico y el paciente:

Tabla 6. Aspectos comunes en los documentos éticos en ISP del ámbito sanitario.

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

Fuente: Burdeus Domingo (2015: 123-124), adaptado de Bancroft (2005).

A continuación mencionamos algunos ejemplos de los códigos de conducta en interpretación procedentes de España, Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá y Australia:

1. Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes Judiciales (APTIJ). Hasta la modificación de 2010, su código deontológico estaba basado en: fidelidad e integridad del texto o discurso, imparcialidad y ausencia de conflicto de intereses, confidencialidad, credenciales y cualificación, comportamiento profesional, límites de su ejercicio profesional y formación continua²⁷.

2. *Massachusetts Medical Interpreters Association Standards of Practice* (1995), Estados Unidos. Según este código, éticamente, un intérprete debe mantener la confidencialidad, interpretar con fidelidad todo lo que se dice, mantener la imparcialidad y la distancia profesional, conocer los propios límites en cuanto a su formación y a las dificultades que implica cada situación o los conflictos que puedan surgir y demostrar profesionalidad (*Massachusetts Department of Public Health*, 1995).

3. *National Register of Public Service Interpreters*, Reino Unido²⁸. Además del código de conducta, este registro ofrece a sus usuarios los siguientes consejos: ser puntual, estar bien preparado/dispuesto a enfrentarse a cualquier trabajo/situación, anticipar problemas para evitar situaciones embarazosas, intentar no sentirse frustrado o sufrir estrés, estar seguro de que puede hacer el trabajo para evitar así otros problemas, tener claro que el papel del intérprete es establecer la comunicación entre aquellas partes que no comparten una misma lengua y saber rechazar un trabajo cuando no se dispone de tiempo, ya que existiría riesgo de no ser imparcial al no disponer de tiempo suficiente para prepararse adecuadamente. Y cuando se están haciendo los preparativos para atender la cita hay que comprobar lo siguiente: las lenguas que se van a usar y la hora, el lugar y la fecha de la cita así como el medio de transporte, si hay posibilidad de aparcamiento, el acceso al edificio o la dirección exacta, el nombre y el teléfono de contacto, el nombre de los clientes –para asegurar la imparcialidad– y el tema del que se va a tratar para comprobar si se es competente (Valero-Garcés, 2008a: 99-100).

4. *California Healthcare Interpreters Association* (CHIA), Estados Unidos²⁹. Este código incluye los siguientes principios: confidencialidad, imparcialidad, respeto por las

²⁷ Para más información sobre este código, véase: www.aptij.es. Consulta: 23.01.2019.

²⁸ Véase la página web del código para más información: www.nrpsi.org.uk. Consulta: 19.01.2019.

²⁹ Disponible en: [www.chiaonline.org/.../CHIA %20Standards/standards_chia.pdf](http://www.chiaonline.org/.../CHIA%20Standards/standards_chia.pdf). Consulta: 23.01.2019.

personas y por sus comunidades, profesionalidad e integridad, exactitud y fidelidad.

5. *National Standard Guide for Community Interpreting Services*³⁰: considerado como el primer paso para establecer unos estándares profesionales y una acreditación para la TISP en Canadá. Sus fundamentales principios son: *Accuracy and Fidelity, Confidentiality, Impartiality, Respect for Persons, Maintaining Role Boundaries, Accountability, Professionalism, Continued Competence* (véase el código para más detalles).

6. *Australian Institute of Interpreters and Translators Inc. (AUSIT)*³¹: considerada como la asociación nacional para la profesión de la traducción e interpretación. Sus miembros siguen un código de ética estricto, y se comprometen al desarrollo profesional continuo. AUSIT se compromete a proporcionar un foro para el intercambio, fomentar el desarrollo de relaciones profesionales con traductores e intérpretes, agencias y usuarios de servicios lingüísticos, departamentos gubernamentales, instituciones terciarias y otras partes interesadas en la actividad de TISP, promover los fundamentos de la buena práctica y los estándares de calidad de la profesión. AUSIT organiza eventos y talleres de formación durante todo el año para brindar a los miembros las mejores oportunidades con el objetivo de convertirse en buenos traductores e intérpretes. Esto incluye dos eventos exclusivos: la Conferencia Bienal Nacional de AUSIT y AUSIT Excellence Awards. Su código de conducta es la publicación más importante de AUSIT, ya que establece los estándares para la conducta ética de los intérpretes y traductores en Australia y Nueva Zelanda. Fue creado en 1987 cuando la National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) convocó a una reunión en Canberra a profesionales, educadores y representantes gubernamentales de servicios lingüísticos de toda Australia, para establecer una asociación profesional a nivel nacional. La elaboración del código de AUSIT se llevó a cabo en 1995, en el momento de su aprobación por la NAATI. En 1996 fue presentada la International Federation of Translators en el congreso internacional organizado por AUSIT en Melbourne. La NAATI respalda el código de ética de AUSIT como la base de la conducta profesional. Esta versión actualizada del código de conducta de AUSIT se redactó en 2012 en reconocimiento al importante desarrollo y la diversificación del campo en Australia, y la creciente atención a las cuestiones éticas en la interpretación y traducción en todo el mundo. El código modificado fue adoptado por la National Association of Interpreting and Translating Professionals in New Zealand. Cabe

³⁰ Disponible en: www.saludycultura.uji.es/.../HIN_National_Standard_Guide_for_... Consulta: 05.03.2019.

³¹ Disponible en: <https://ausit.org/>. Consulta: 05/03/2019.

señalar que, según el código, en Australia, un gran número de agencias, instituciones, proveedores de servicios lingüísticos y solicitantes de servicios de interpretación y traducción exigen que los profesionales que trabajan con ellos, ya sean miembros de AUSIT o no, que respeten este código de conducta. De esta forma, Se reconoce la creación de un estándar general para la traducción e interpretación.

Los principios del código abarcan los siguientes fundamentos:

- Maintain professional detachment, impartiality, objectivity and confidentiality.
- Strive for excellence through continuous regular professional development.
- Decline work beyond their competence.
- Promote working conditions, relationships and an understanding of roles that facilitate collaboration and quality service delivery.
- Adhere to dispute resolution procedures Clients or other parties who work with interpreting and translating practitioners should bring any breach of this Code to AUSIT's attention.

2.8. Conclusiones

En este capítulo se ofrece una visión general de la TISP.

Se describe la falta de unanimidad sobre su denominación y se exponen las definiciones propuestas por la academia, concluyendo que se trata de una actividad de mediación lingüística y cultural que hace efectivo el derecho universal al acceso a los servicios para las personas desconocedoras de las lenguas del Estado, en particular en los ámbitos sanitario, judicial y policial.

Seguidamente se describen las diferencias entre la TISP y la interpretación de conferencias, inclusive en lo relativo al reconocimiento social de la profesión y el estatus del intérprete, y la evolución de la TISP en ciertos países, en particular en Australia, el Estado pionero y más desarrollado en la materia.

A continuación se definen los ámbitos de actuación en la TISP (sanitario, judicial y policial, social y educativo) y se aborda el papel del intérprete, con especial énfasis en la mediación cultural.

Finalmente se analizan algunos códigos deontológicos y se destacan los principios de confidencialidad, imparcialidad, exactitud e integridad.

En el siguiente capítulo, nos centraremos en el ámbito sanitario, ya que es el objeto de investigación del presente estudio.

3. LA INTERPRETACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

En este capítulo nos centraremos en la interpretación en el ámbito sanitario. Comenzaremos con una introducción al tema, a continuación describiremos las etapas del encuentro médico/paciente y las modalidades de interpretación empleadas en este tipo de situaciones y, finalmente, sintetizaremos los resultados de investigaciones similares a la nuestra.

3.1. La interpretación y el encuentro médico/paciente

La interpretación en los servicios sanitarios ha sido abordada desde una perspectiva lingüística y traductológica por Vásquez y Javier (1991), Candib (1995), Ong *et al.* (1995), Cambridge (1999), Adler (2002), Ferguson y Candib (2002), Mikkelsen (2002), Candlin y Candlin (2003) Cordella (2004), Angelelli (2004 y 2015), Hale (2010), Valero-Garcés (2014b), Varela Salinas y Meyer (2015), entre otros. Estos autores se centran en la relación entre el médico y el paciente desde la perspectiva del análisis del discurso.

Valero-Garcés define la interpretación en el ámbito sanitario como sigue:

Healthcare interpreting: Interpreting that takes place in any healthcare setting, including, but not limited to: hospitals, community health centers, doctor's offices, health departments, clinics and wellness services; also known as Medical interpreting (Valero-Garcés, 2014b: 29).

Álvaro Aranda añade más elementos a la definición y sostiene:

La interpretación en el ámbito sanitario puede definirse como un proceso de comunicación entre dos partes diferenciadas, paciente y proveedor de la asistencia sanitaria, que intercambian papeles como emisor y receptor de mensajes orales cuya comprensión recae sobre la actuación de una tercera parte, la del intérprete. Se dibuja una estructura triangular en la que dos pilares clave de la interacción el individuo que necesita asistencia sanitaria y la persona encargada de facilitarla se encuentran distanciados al poseer distintos bagajes lingüísticos y culturales que el intérprete debe acercar, negociar y recodificar. Se emprende, de este modo, un viaje bidireccional basado en la comprensión mutua a través de un tercer agente (Álvaro Aranda, 2015: 11).

En cualquier encuentro médico/paciente se plantean preguntas y se formulan explicaciones para establecer un diagnóstico y un tratamiento. En ciertos casos, el médico habla el idioma del paciente; en otros, el paciente está acompañado por un familiar, un intérprete o un voluntario

que le ayuda a comunicarse con el médico y que facilita el proceso comunicativo (Waitzkin, 1989: 120-139). Esta situación que vamos a describir a continuación sigue siendo la misma en la actualidad.

En el curso de la relación médico-paciente durante la consulta médica, el primero podrá formular preguntas sobre:

- 1) Motivo de la visita.
- 2) Síntomas de la enfermedad y medicación recibida con anterioridad.
- 3) Historial médico personal.
- 4) Historial médico familiar.
- 5) Situación social (tipo de vida, trabajo, estado civil, si dispone de un seguro médico contratado, etc.).

Por otra parte, el médico también podrá proceder a:

- 1) Revisar los órganos corporales, lo que puede incluir la formulación de preguntas sobre su funcionamiento.
- 2) Realizar un chequeo físico considerando los síntomas y empleando el instrumental del que disponga.
- 3) Solicitar la realización de pruebas diagnósticas.
- 4) Formular un diagnóstico.
- 5) Proponer un tratamiento, lo que generalmente incluye la dispensación de recetas y la formulación de consejos de conducta.

Las contestaciones del paciente pueden ser interrumpidas por el médico, entre otras razones, para evitar prolijidad innecesaria para los fines del encuentro, por falta de tiempo o para evitar situaciones embarazosas (Waitzkin, 1989: 128).

Si el médico considera que el tratamiento no da resultado, en un siguiente encuentro podría establecer otro. En cualquier caso, ciertas enfermedades requieren visitas periódicas de seguimiento (Waitzkin, 1989: 128-130).

Como podemos constatar, el encuentro médico/paciente incluye varias fases complejas y encaminadas al diagnóstico. De acuerdo con Adler (2002: 874-881), una buena relación entre el médico y el paciente solo puede repercutir en beneficio del segundo, puesto que el médico lograría un historial médico más completo, mejoraría el juicio clínico, el diagnóstico sería

más preciso, la prescripción más eficaz y el paciente quedaría más satisfecho y mejor informado, y por tanto estaría más propenso a cumplir el tratamiento.

Como afirma Foulquié-Rubio *et al.* (2018: 3), para el paciente es muy importante sentirse escuchado y entendido por el médico. En caso contrario, una comunicación inefectiva con el paciente podría ser más costosa e implicaría, entre otras consecuencias, la realización de un mayor número de pruebas, diagnósticos inexactos y un aumento de los días de hospitalización.

Por otro lado, y como bien apunta Valero-Garcés (2014b: 95), en un contexto sociosanitario, el paciente tiene el derecho a entender y ser entendido, a nivel internacional, por la Declaración Internacional de los Derechos Humanos. Esta añade que el profesional de la salud, a pesar de estar altamente cualificado, si no puede mantener una comunicación con el paciente, entonces su trabajo no le va a servir de mucho.

En algunas ocasiones, ambas partes podrían esforzarse para tener una comunicación prospera. Pese a esto, se encuentran con barreras comunicativas. Esto se debe a que, por una parte, el profesional de la salud y el paciente no comparten la misma lengua y cultura y, por otra parte, la falta de vocabulario o conceptos especializados, el uso de demasiadas palabras o de un vocabulario demasiado formal, la ausencia de información, la presencia de temas que desvían la atención de la conversación durante la consulta, la existencia de diferentes maneras de exponer las peculiaridades de la enfermedad o incluso la existencia de tabús (Valero-Garcés, 2014b: 16-17; Burdeus Domingo, 2015: 85).

En esta línea, Burdeus Domingo (2015: 85) señala que es innegable que la profesión de la ISP está ganando relevancia social, no obstante, para poder alcanzarlo, es necesario que ambas partes de la situación comunicativa tengan presente la importancia de la interpretación para evitar cualquier malentendido a la hora de la consulta. Para ello, hay que concienciar a la sociedad de la necesidad de la profesionalización de esta práctica, motor de la comunicación efectiva. También, es importante formar al personal sanitario para que sepan trabajar con intérpretes, con la finalidad de que estos reconozcan la necesidad de un intérprete profesional que garantice una comunicación efectiva entre las partes.

Por su parte, López Izquierdo *et al.* arrojan luz en su estudio sobre los problemas originados por la falta de comprensión entre el paciente alófono y el profesional de la salud. Dichos problemas incluyen:

- Desconocimiento del motivo de la consulta debido a no dominar el idioma del paciente. Este problema podría acarrear mala relación entre el médico y el paciente. Los autores insisten en la crucial necesidad de tener al alcance del médico una persona que domine el idioma del paciente.
- Diferencias culturales entre el solicitante de la atención sanitaria y el proveedor de esta.
- Pérdida de matices en el momento de la comunicación.
- Desconfianza del médico en el cumplimiento por parte del paciente.
- Desconfianza del médico en su propio enfoque del problema.
- Desconfianza del paciente en alguien que no conoce su idioma.
- Mayor necesidad de tiempo para una consulta.
- Dificultad para exponer un plan diagnóstico y terapéutico.
- Reacciones emocionales negativas por parte del profesional y del paciente (López Izquierdo *et al.*, 2007: 61-62).

Burdeus Domingo (2015: 86) afirma que la ausencia de una persona cualificada que ayude en la interpretación podría causar para el sistema sanitario los siguientes problemas, basándose para ello en lo expuesto por algunos autores de la materia:

- Experiencia frustrante para el usuario y el profesional de la salud.
- Errores en los diagnósticos.
- Pruebas, medicamentos y hospitalizaciones innecesarias o mal programadas.
- Bajo uso de los servicios de salud (especialmente de los servicios de psiquiatría y servicios preventivos).
- Gestión inadecuada de enfermedades crónicas.
- Problemas medicolegales (debidos a una falta de respeto de los principios de confidencialidad o de consentimiento informado).
- Múltiples consultas por un mismo problema (2015: 86).

Por otro lado, cuando un usuario alófono acude al profesional de la salud en ausencia de un intérprete cualificado para recibir atención sanitaria, la comunicación entre las dos partes puede desarrollarse de diferentes formas dependiendo de los idiomas utilizados.

Partiendo de esta idea, Valero-Garcés (2014b: 30) distingue en su libro dos tipos de consulta médica: la monolingüe y bilingüe.

La consulta monolingüe tiene lugar entre un profesional de la salud que habla el idioma oficial y un usuario que domina poco la misma lengua, o entre un profesional que domina algún idioma diferente al oficial y un usuario que domina el mismo idioma pero no la lengua dominante.

Por su parte, las consultas bilingües se realizan entre un profesional de la salud que habla el idioma dominante y un usuario que no lo domina. Dicho encuentro acontece con la ayuda de alguien adulto que acompaña al paciente. En algunas ocasiones, algunas consultas bilingües se realizan con la presencia de un acompañante menor de edad.

Durante la consulta, existen dos factores inseparables que desempeñan una gran influencia en esta. Se trata de los elementos verbales y no verbales. Los elementos verbales delimitan el contenido del mensaje, mientras que los elementos no verbales precisan cómo debería de ser interpretado, de manera que complementa, acentúa, substituye, repite o incluso contradice el mensaje transmitido (Valero-Garcés, 2014b: 16-18).

La autora señala que algunos elementos paralingüísticos como el tono, la intensidad vocal, la entonación, la fluidez o los silencios podrían influir en la transmisión del mensaje durante la consulta. También, subraya la existencia de diferentes quinésicas que podrían tener efecto en cuanto a la comprensión entre el profesional de la salud y el paciente no alófono. Destacan los gestos, las miradas o la sonrisa. Además, la distancia entre las partes durante el acto comunicativo difiere de una cultura a otra.

Con todo, coincidimos con Burdeus Domingo (2015: 87) cuando afirma que en las consultas en las que no existen los servicios de ISP se necesita mayor tiempo para comunicarse con los pacientes. Este hecho provoca que no se obtenga la información necesaria para diagnosticar su caso, de manera que los servicios proporcionados a menudo son insuficientes para el problema tratado. La autora advierte que las consecuencias de este tipo de visitas incluyen el abandono de tratamientos, sentimientos de inseguridad o incluso desconfianza en el sistema sanitario, la falta de seriedad con las revisiones y demás visitas médicas, etc.

Siguiendo con la línea de lo expuesto anteriormente, Valero-Garcés (2014b: 40) menciona cuatro factores por los cuales se determina la calidad de una consulta médica trialógica:

- Falta de concienciación por parte del personal sanitario sobre las profesiones de traductor, intérprete y mediador en los establecimientos sanitarios. La autora llama la atención sobre un asunto demasiado común en los centros sanitarios. Esto se debe

principalmente al desconocimiento de dichas profesiones por parte del personal sanitario. Es muy común que, cuando se trata de problemas comunicativos, venga a la mente de los profesionales de la salud, incluso de los usuarios, la imagen de aquellas personas que hacen de intermediarios sin ninguna formación específica en traducción o interpretación. La autora da unos ejemplos que, a nuestro juicio, son muy acertados: ¿por qué, cuando necesitamos gestionar un asunto legal, acudimos a un abogado y no a un estudiante de derecho que también está familiarizado con la ley?, ¿por qué llevamos nuestro coche al taller cuando se rompe?, ¿por qué vamos al médico cuando tenemos un problema de salud? Dicho esto, ¿por qué no recurrimos a especialistas en comunicación cuando nos encontramos con un problema de comunicación debido a la ausencia de un idioma común? En este sentido, creemos que la afirmación de la autora se asemeja a la situación actual en Arabia Saudí en cuanto a la percepción por parte de los profesionales de salud de la profesión de interpretación, y en lo que respecta a la ISP (véase capítulo 7).

- Falta de profesionalidad (formación adecuada, aplicación de códigos éticos, etc.) por parte de las personas que hacen de traductores, intérpretes o mediadores. Valero-Garcés (2014b: 41) se refiere a las diferencias que desempeñan los intérpretes profesionales y las personas bilingües. Todo traductor o intérprete es bilingüe, no obstante, no cada persona bilingüe es traductor o intérprete. La autora se basa en lo expuesto por Cambridge (2002) para reflejar dichas diferencias (véase apartado 2.1.1 en el capítulo anterior para más información al respecto). Sin embargo, la autora (2014b: 42) sostiene que un intérprete profesional cualificado no debe limitarse a dominar los dos idiomas y culturas con los que trabaja. Para ello, la formación recibida previamente prepara al intérprete para saber cómo transferir información de un idioma a otro “decodificando” correctamente los mensajes y sabiendo cuánta información se debe proporcionar, más allá de las palabras (orales o escritas) del hablante. Esto implica saber cómo descodificar adecuadamente la información según la situación y averiguar la llegada de la información a ambas partes durante cada acto comunicativo, controlando todas las variables que puedan afectar estos intercambios (tipo, poder, naturaleza urgente del trabajo). El dominio de estas habilidades implica:

1. La comunicación no se limitará a un nivel básico, ni al uso de gestos.
2. Los profesionales sabrán cómo transmitir información o llegar a saber lo que necesita el paciente.

3. Habrá más contacto con otras personas o profesionales de ISP que no compartan el mismo idioma.

4. Se reducirá el riesgo profesional, la calidad de la atención al paciente mejorará e incluso se ahorrará tiempo y dinero.

- Falta de conocimiento por parte de los establecimientos sanitarios para que su personal sea capaz de determinar cuándo se necesita un profesional de la comunicación. Esta (2014b: 43) expone las ventajas y los inconvenientes de emplear los servicios de una persona bilingüe (un familiar, un amigo, un conocido, un voluntario, etc., o incluso el propio interesado) en lugar de los de un intérprete profesional, basándose para ello en Cambridge (2003) (véase capítulo 2).
- Falta de coordinación y de trabajo en equipo entre los servicios hospitalarios y otras entidades a la hora de tomar medidas para facilitar la comunicación.

Así pues, si el paciente no habla el idioma dominante del país, necesitará a una persona cualificada que desempeñe el papel de mediador comunicativo entre él y su médico.

En este sentido (Pöchhacker, 1999; Ozolins, 2000; Hale, 2007, entre otros), sostienen que los fundamentos de la profesionalización de la ISP consisten en la formación y la acreditación de las personas que ejercen esta actividad. Para garantizar esto, las instituciones públicas y privadas de cualquier país deberían recurrir únicamente a estas personas acreditadas. De esta forma, se garantiza la calidad del servicio prestado y, por tanto, los derechos de los usuarios, ya que el usuario es la parte que más sufre en caso de mala interpretación, lo que perjudica su salud.

Cambridge (2003: 60) insiste en que un servicio multilingüe y multicultural en el ámbito sanitario necesita la presencia de personas cualificadas, que hayan sido formadas en la materia y sean de fácil acceso y de forma gratuita para el paciente.

Hay que señalar que, durante la consulta médica, la persona que ejerce de intérprete debe conocer en profundidad las modalidades que tiene que usar en este tipo de situaciones comunicativas. En el siguiente apartado ofrecemos un resumen de dichas modalidades.

3.2. Modalidades de la interpretación en el ámbito sanitario

Existen dos modalidades principales de interpretación: consecutiva y simultánea (Jiménez Ivars, 1999: 48). La misma autora (*ibid.*) señala que las modalidades de la interpretación consecutiva se caracterizan por un “texto de partida con paradas constantes y producción oral posterior del texto de llegada”. Nosotros nos centraremos en la interpretación consecutiva por su relación con esta investigación.

La interpretación consecutiva puede ser dialógica o monológica (Jiménez Ivars, 1999: 49). Según Hurtado Albir (2001: 28), la primera se produce durante el diálogo entre personas que desean comunicarse oralmente pero no hablan el mismo idioma, y requiere la presencia de un tercero capaz de entenderles y expresarse en sus respectivos idiomas (Jiménez Ivars, 1999: 50). Por su parte, Mason la define de la siguiente manera:

Dialogue interpreting includes what is variously referred to in English as Community, Public Service, Liaison, Ad Hoc or Bilateral Interpreting -the defining characteristic being interpreter-mediated communication in spontaneous face-to-face interaction. Included under this heading are all kinds of professional encounters: police, immigration and welfare services interviews, doctor-patient interviews, business negotiations, lawyer-client and courtroom interpreting, and so on (Mason, 1999: 147).

En español se la conoce también como “interpretación de enlace” o “bilateral”, y en francés como “*interpretation de liaison*”. En el ámbito anglosajón se denomina también “interpretación consecutiva corta” o “interpretación *ad hoc*” (Jiménez Ivars, 1999: 50). Dependiendo del canal utilizado puede ser:

- a) Directa: el intérprete se encuentra físicamente donde se desarrolla el diálogo y no se recurre al uso de equipamiento técnico.
- b) Telefónica: en este caso, según Jiménez Ivars (1999: 51), la ausencia de señales visuales dificulta la comprensión y los turnos de palabra son más cortos.
- c) Por videoconferencia.

En la siguiente tabla, Hurtado Albir (2001: 30) resume las modalidades de interpretación con su situación de uso:

Tabla 7. Modalidades de interpretación con su situación de uso.

Tipos	Modalidades utilizadas	Situación de uso
Interpretación de conferencias	Simultánea Consecutiva Traducción a la vista	Comunicación entre especialistas que necesitan adquirir o intercambiar información

Interpretación de tribunales	Interpretación de enlace Consecutiva Traducción a la vista Simultánea	Comunicación entre los distintos participantes en una vista oral y el tribunal
Interpretación social	Interpretación de enlace Traducción a la vista	Relación de los individuos con servicios públicos o privados
Interpretación en los medios audiovisuales	Simultánea Simultánea con texto	Visionado de cine o televisión para un público desconocedor de la lengua de origen
Interpretación dialógica para profesionales	Interpretación de enlace Traducción a la vista	Negociación, adquisición o intercambio de información entre profesionales

Fuente: (Hurtado Albir, 2001: 30).

Por otro lado, Navaza *et al.* (2009: 141-156) mencionan tres modalidades de interpretación en el contexto sanitario: interpretación presencial, interpretación telefónica y las aplicaciones informáticas bilingües:

1. Interpretación presencial:

El intérprete/mediador se encuentra físicamente en la consulta médica, y se recomienda una posición triangular, entre médico y paciente. Tras presentarse y explicar su labor, se dispondrá a llevar a cabo la interpretación, fundamentalmente de enlace, aunque también hay ocasiones en las que se realiza interpretación susurrada. En el caso de que el intérprete/mediador detecte algún malentendido o «choque cultural», advertirá de ello a los interlocutores y procurará estrategias para superar estas barreras (Navaza *et al.*, 2009: 142).

Los autores mencionan las ventajas e inconvenientes de la presencia de un intérprete profesional en el hospital. Las ventajas incluyen (2009:143):

- Profesionalidad: trabajar con intérpretes/mediadores formados en el ámbito médico garantiza unos mínimos de calidad en su implicación profesional.
- Calidad de la interpretación: la presencia del intérprete/mediador garantiza la correcta llegada del lenguaje verbal y no verbal. Además, el intérprete puede hablar previamente o con el personal sanitario, lo cual le permite preparar la interpretación y hacer un balance de su intervención.
- Confianza: este hecho permite a los interlocutores conocer sus competencias y capacidades, ya que los profesionales de la salud y los pacientes entran en contacto directo con el intérprete o mediador.

- Ausencia de problemas tecnológicos: la interpretación presencial no se ve influenciada por estos problemas.
- Costes a largo plazo: la presencia de un intérprete profesional puede salir más rentable para un establecimiento sanitario. De esta manera se evitan los gastos innecesarios provocados por errores médicos debido a la ausencia de comunicación.

En cuanto a los inconvenientes, Navaza *et al.*, afirman:

- Lenguas disponibles: es muy difícil para el hospital contratar a una plantilla de intérpretes que dominan los idiomas más usados en la consulta.
- Delimitación de las funciones: en algunas ocasiones, los médicos o enfermeros podrían exigir al intérprete funciones adicionales: ayuda para cumplimentar trámites administrativos, acompañamiento, etc.
- Profesión poco reconocida: la figura del intérprete profesional no forma parte de los profesionales en los servicios sanitarios, lo que complica recurrir a dichas personas.
- Flexibilidad de horarios: en los centros hospitalarios la necesidad de profesionales de la interpretación puede surgir en cualquier momento del día y de la noche. Si se trata de un caso urgente, esperar el intérprete podría acarrear consecuencias nefastas.
- Costes a corto plazo: a pesar de que el coste de la presencia de un intérprete en el hospital es bajo, resulta más económico para las instituciones sanitarias el servicio de la interpretación telefónica o el *software* multilingüe.

2. Interpretación telefónica: considerada como la forma más antigua de interpretación remota. Su aparición se remonta a los años 50 del siglo pasado, pero hasta los años 80 y 90 no empezó a hacerse más popular, sobre todo en los servicios públicos de sanidad y justicia. En esta modalidad de interpretación, el intérprete se encuentra al otro lado de un aparato telefónico, móvil o fijo. Su misión consiste en escuchar el mensaje del paciente e interpretarlo en el idioma del personal sanitario y viceversa (Navaza *et al.*, 2009: 147).

A diferencia de la interpretación presencial, esta modalidad de interpretación puede tener las siguientes ventajas:

- Disponibilidad total: los intérpretes pueden intervenir en cualquier momento, ya que las urgencias médicas podrían surgir por la noche. De esta forma se evita la larga espera en las salas de urgencias.
- Costes: los intérpretes telefónicos resultan más rentables para un centro sanitario, porque no se requiere la presencia del intérprete *in situ* para la interpretación.
- Idiomas disponibles: el servicio de interpretación telefónica ofrece a los usuarios una decena de idiomas disponibles pulsando un botón, lo que facilita mucho la tarea, ya que de esta forma pueden encontrar hasta los idiomas minoritarios.
- Flexibilidad de horarios y localización: los intérpretes pueden elegir su horario y no deben encontrarse en una oficina.
- Confidencialidad e imparcialidad: este elemento a nuestro juicio muy importante. El intérprete telefónico se ve más cómodo, por el anonimato que ofrece la interpretación telefónica, sobre todo si son miembros de la misma comunidad que el intérprete.

En cuanto a los inconvenientes:

- Ausencia del intérprete: esto implica la desaparición del lenguaje no verbal del paciente. No obstante, una parte de esta información no verbal se refleja en el tono de voz, en los patrones de respiración o en el volumen de la voz, rasgos que sí pueden ser identificados por el intérprete telefónico.
- Mala acústica, conexiones o aparatos: con el teléfono móvil, es menester asegurarse de tener cobertura en todo el centro sanitario. En el caso de un teléfono fijo, es necesario que se disponga de un alargador, por si los pacientes se encuentran lejos de la toma de teléfono más cercana.
- Falta de preparación: el intérprete telefónico no dispone de tiempo para preparar su actuación, ya que se solicita su servicio de inmediato. Al contrario del intérprete presencial, que dispone de unos minutos para preparar su intervención. Además, los autores señalan que en países como Estados Unidos o Australia los intérpretes presenciales acuden tras una solicitud previa y, por lo tanto, disponen de más tiempo para

preparar la interpretación. Como aportación adicional, y desde mi experiencia en este sentido, en algunas ocasiones cuando se trata de una nueva actuación realizada anteriormente con el mismo paciente, el intérprete tiene la oportunidad de estar al tanto, por lo menos, del historial médico del paciente. Hasta los pacientes se encuentran más cómodos si hablan con el mismo intérprete.

- Desconfianza: al desconocer ninguna de las partes al intérprete, no saben su forma de trabajar ni si está cualificado, lo que puede causar cierta desconfianza.
- Aumento del estrés en los intérpretes: esto se debe a que, algunas veces, el intérprete telefónico podría perder información, lo que le provoca mucho estrés. Esto requiere mayores habilidades profesionales.

3. *Software* multilingüe: de acuerdo con lo expuesto por Navaza *et al.* (2009: 150), las aplicaciones multilingües informáticas nacen para ayudar a los profesionales de salud y pacientes para mejorar la resolución de problemas de las barreras lingüísticas que acontecen a la hora de la consulta médica. Además del intérprete presencial y telefónico, las aplicaciones son un medio muy útil al que se recurre cuando es necesario. Dichas iniciativas están impulsadas por los profesionales de la salud, por ser el colectivo más interesado en encontrar soluciones para los problemas de comunicación

El contenido de las mencionadas aplicaciones está basado en un corpus de frases explicativas, preguntas con sus posibles respuestas traducidas previamente a diferentes lenguas. Dicho corpus suele estar acompañado por audios que tienen como objetivo romper la barrera de la incomunicación idiomática, la posibilidad de imprimir cualquier tipo de indicaciones, instrucciones, recetas o posología de los medicamentos, diferentes consejos impresos en el idioma del paciente o del personal sanitario. Estas características nos permiten decir que las aplicaciones multilingües son herramientas que facilitan la tarea de la traducción automática, destinada para informar y preguntar a los pacientes las 24 horas del día, los 365 días del año, mediante la realización de unas tareas muy importantes, a saber:

- Preguntar por datos administrativos importantes.

- Realizar una anamnesis lo más completa posible según las limitaciones de la aplicación.
- Informar en múltiples idiomas del funcionamiento del sistema sanitario local, regional, comunitario, nacional, etcétera.
- Informar al paciente sobre los procedimientos que se le van a realizar.
- Informar al paciente de la exploración física y las pruebas complementarias.
- Informar al paciente de un posible diagnóstico y del tratamiento necesario.
- Imprimir el recetario en el idioma del paciente, si se desea.
- Explicar y asignar las nuevas visitas.

Estos sostienen que es necesario disponer de algunos elementos logísticos y educativos que son indispensables para la correcta ejecución de la aplicación. Destaca: sistema operativo y navegador de internet compatibles con la aplicación, tarjeta de audio y un sistema de altavoces, pantalla adicional para que el paciente pueda recibir la información necesaria. Cabe señalar que este tipo de inventos no es útil para los usuarios analfabetos.

Por último, Navaza *et al.* (2009: 151) mencionan las siguientes ventajas de las aplicaciones informáticas bilingües: disponibilidad las 24 horas del día, información proporcionada por escrito, confidencialidad e imparcialidad dentro de sus limitaciones, bajo coste de la aplicación.

En cuanto a los inconvenientes: comunicación bilateral limitada, inutilidad de la aplicación en el contexto médico por la falta de tiempo, posible carencia o mala calidad de los altavoces o las tarjetas de sonido, y analfabetismo de algunos usuarios que, por ende, no pueden aprovechar el servicio.

En la siguiente sección describimos algunos trabajos que utilizaron una metodología similar a la usada en nuestro trabajo y los contrastamos con nuestra investigación.

3.3. Estado de la cuestión de la ISS

A continuación, ofrecemos una visión panorámica de las investigaciones anteriores pertinentes cuyos resultados permitirán contextualizar, analizar y valorar nuestros propios datos y conclusiones. Es muy importante que el lector tenga en cuenta que algunos de los

trabajos expuestos en las siguientes páginas han dejado de existir en la actualidad, ya que la situación ha sufrido cambios. Nuestra intención es tomarlo como ejemplo para poder contrastarlo con nuestros resultados tras acabar con el análisis de datos y la extracción de conclusiones.

3.3.1. España

Comenzamos este recorrido con los trabajos que fueron publicados en la *Revista Española de Lingüística Aplicada* (RESLA) en su número monográfico extraordinario dedicado a la situación de la TISP en España.

Valero-Garcés (2006b: 61-84), en un estudio dedicado a la TISP y a la mediación intercultural en la Comunidad Autónoma de Madrid, en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y en Aragón, analiza desde una perspectiva sociolingüística estas tres comunidades autónomas con índices de población migrante diferentes.

Según este:

La situación en el ámbito sanitario es de todos conocida: centros de salud y hospitales con un número visible de usuarios que no hablan español, dificultades del personal sanitario para comunicarse, quejas del personal que necesita más tiempo para atenderles y riesgos para la salud de los usuarios, incremento de visitas en la sección de atención al paciente, etc. (Valero-Garcés, 2006b: 70).

Además menciona la falta de material en otras lenguas y la escasez de personal, aunque también afirma que la situación está cambiando. De hecho, y a modo de ejemplo, los hospitales Ramón y Cajal, Niño Jesús y Gregorio Marañón han firmado convenios de colaboración con la Universidad de Alcalá para empezar a acoger a alumnos en prácticas como traductores e intérpretes y así poder realizar materiales en otras lenguas empleando a profesionales de la Red de Traductores e Intérpretes de FITISPos (*ibid.*).

A pesar de estas iniciativas, la citada autora señala que en el 90% del territorio nacional lo habitual es:

- Sugerir al paciente que vaya acompañado por alguien que le ayude.
- Servirse del personal del centro.
- Recurrir a las ONG para que envíen un voluntario.
- Llamar a los consulados o embajadas, si los hubiese, para que les envíen a alguna persona capaz de ayudarles a entenderse:

La Consejería de Sanidad de la CAM afirma que de todo lo que se refiere a traducción e interpretación se encarga la Oficina Regional para la Inmigración (OFRIM), que lo pasa al grupo que lleva PACI, y esta a su vez a alguna ONG como COMRADE o ACCEM, como ya hemos comentado anteriormente. Explican que depende de cada caso, aunque, y sobre todo en urgencias, se recomienda que el paciente lleve un intérprete *ad hoc* (es decir, acompañante que sepa español). También aclaran que, algunas veces, los trípticos informativos más básicos son traducidos en el mismo momento por administrativos (dependiendo de la buena voluntad del empleado) y que no disponen de material impreso en otras lenguas (Valero-Garcés, 2006b: 70).

En España, según concluye la autora, falta homogeneidad en la prestación de servicios, se registran perfiles muy diferentes de traductores e intérpretes y hay demasiada disparidad en las funciones que deben desempeñar, y además no existen requisitos de acceso a la profesión (*ibid.*).

Por otra parte, Valero-Garcés y Monzón (2018: 119-136) realizaron un estudio empírico para poner al día el mapa de la situación de la TISP en la Comunidad de Madrid y en Castilla-La Mancha hasta el año 2016.

Para ello se basaron fundamentalmente en una metodología mixta, que recoge lo publicado previamente (Valero-Garcés, 2002, 2006b), que fue contrastado con los resultados del estudio actual. Se utilizaron entrevistas y encuestas con preguntas cerradas, y se abarcaron dos ámbitos de la TISP: el policial y el sanitario. Nosotros nos centramos en el sanitario, dado que está relacionado con nuestro estudio.

Se logró recopilar un total de 27 encuestas, 15 en la Comunidad de Madrid y 12 en Castilla-La Mancha (Valero-Garcés y Monzón, 2018: 124). En este sentido, las autoras (*ibid.*) señalan que el proceso de la recogida de datos se ha caracterizado, a menudo, por un rechazo de los sujetos seleccionados a participar en el estudio, justificado por falta de tiempo a causa del exceso de trabajo o por dejar las encuestas para sus superiores.

En lo referente a los resultados del estudio en la Comunidad de Madrid, el 72% indica que tuvo que encontrar soluciones –a veces frustrantes– para poder comunicarse con los pacientes, debido a la ausencia de una persona cualificada. Los encuestados recurrieron al empleo de gestos y recursos muy básicos para apoyar la comunicación verbal (74%), a un compañero que hablara idiomas (34%), pidieron al usuario que volviera acompañado de alguien que pudiera actuar de intermediario (85%) y, en menor medida, recurrieron al uso de servicios de interpretación telefónica (14%), aunque no se decantaron por esta última opción en todos los centros de Madrid (2018: 126).

Los entrevistados insistían sobre la necesidad de que los intérpretes tuviesen formación universitaria, incluso haber realizado un máster especializado. Por último, las urgencias, consultas e ingresos fueron los servicios hospitalarios que más necesitaron la ayuda de intérpretes (*ibid.*).

Por otro lado, los encuestados de Castilla-La Mancha explicaron que se enfrentaban a problemas de comunicación con los pacientes que no dominaban el castellano (89% de los encuestados). Las soluciones empleadas para intentar resolver los problemas de comunicación se asemejaron a aquellas que se manejaron en la Comunidad de Madrid. Destaca la comunicación con gestos (76%) y el recurso a un acompañante (87%) que se comunica en español y que actúa como intermediario entre el profesional de la salud y el paciente. Tan solo un 30% de los encuestados reconoce haber hecho uso de algún servicio externo como la interpretación telefónica (Valero-Garcés y Monzón, 2018: 128).

Además, los encuestados subrayaban la necesidad de una formación universitaria de los profesionales de la interpretación y de poseer un profundo conocimiento del ámbito sanitario (2018: 129). En cualquier caso, pacientes que no hablaban español acudieron con mucha frecuencia a los servicios de los ingresos hospitalarios y de urgencias, así como a los de asistencia primaria y especializada (2018: 128).

Como recopilatorio de su estudio, Valero-Garcés y Monzón (2018: 133) afirman que los resultados de este estudio se asemejan a uno realizado hace tiempo (2006b) (véase anteriormente).

Sales Salvador (2006: 85-109) publicó en la revista citada un estudio similar sobre la situación de la TISP y de la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana (Castellón, Valencia y Alicante) y en la Región de Murcia.

Después de entrevistar a trabajadores sociales, directores de hospitales, médicos y mediadores, esta autora afirma que la interpretación en los hospitales se realiza de forma voluntaria y por personas sin formación. Los inmigrantes, conocedores de esta situación, suelen acudir al hospital acompañados por voluntarios, familiares o amigos que hablan español. En algunos casos se recurre a la ayuda de pacientes de otras habitaciones del hospital o de médicos, enfermeros o celadores que hablen el idioma del paciente (Sales Salvador, 2006: 90).

Una trabajadora social que había sido entrevistada afirmó que los centros de salud resuelven los problemas de interpretación sobre la marcha con el propio personal del centro. A veces se solicita la ayuda de agencias externas, embajadas o consulados, ONG y voluntariado de la Cruz Roja, en ocasiones por vía telefónica. Algunos hospitales cuentan con traductores e intérpretes subcontratados que acuden si es necesario, y otros han firmado convenios con diferentes universidades para poder disponer de estudiantes en prácticas (2006: 94).

Por otra parte, según esta autora:

Los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana no disponen de ningún material médico traducido, a saber: consentimientos, informaciones, etc. Si un paciente que no habla el castellano (o los familiares, según el estado del paciente) tiene que firmar algo, el voluntario (casi siempre un miembro de la familia del paciente que le acompaña, un amigo, un voluntario de alguna ONG, es decir, no una persona formada en traducción/interpretación) traduce oralmente (a la vista) el contenido del texto. El problema, evidente, es que quien realiza esta función de enlace en muchas ocasiones no tiene la suficiente competencia en castellano, y en casi ningún caso entiende realmente las implicaciones de lo que lee (Sales Salvador, 2006: 95).

Por otro lado, la autora afirma que los servicios de ginecología/obstetricia, salud mental, pediatría y urgencias son los que más precisan los servicios de interpretación.

Foulquié-Rubio (2018) realizó un estudio sobre la Región de Murcia, con la finalidad de actualizar lo expuesto por la autora citada anteriormente. Para la consecución de sus objetivos, se centró principalmente en trabajos de investigación realizados previamente para poder describir la situación actual (Foulquié-Rubio 2015b, Foulquié-Rubio y Sánchez-Pedreño Sánchez 2016, Foulquié-Rubio y Beteta Fernández 2017, entre otros). Esta misma autora (2018: 140) confirma que el ámbito sanitario se encuentra en una etapa de su evolución caracterizada por una desprofesionalización en los servicios prestados de traducción e interpretación, y no ya solamente en la Región de Murcia, sino en toda España.

Por su parte, la Comunidad Valenciana ha sido analizada por Ortega-Herráez y Blasco-Mayor (2018: 171-202). Parece ser que la situación sigue sin recibir respuesta por parte de las administraciones públicas, y por ende no se conocen grandes cambios desde 2006 (2018: 199).

Baigorri *et al.* (2006: 175-186) realizaron un estudio mediante encuestas e informes en la Comunidad de Castilla y León. Los autores señalan que, en el ámbito sanitario, se suele

recurrir a las soluciones *ad hoc* mediante familiares, amigos o voluntarios, y señala las siguientes dificultades detectadas por los médicos:

- Falta de documentación previa sobre el estado de salud y antecedentes.
- Carencia de actuaciones preventivas básicas (se desconoce el calendario de vacunación de los niños, mala salud bucodental, etc.).
- Enfermedades tropicales, raras o desconocidas en España.
- Dificultad en la atención inmediata (debido a cuestiones religiosas y culturales – mujeres musulmanas– o políticas –heridas o traumatismos de personas procedentes de países en conflicto) (2006: 177-178).

Toledano Buendía *et al.* (2006: 187-202), por su parte, analizan la situación de la TISP en Canarias a partir de la información recopilada por 44 cuestionarios que incluían 13 preguntas (8 cerradas y 4 abiertas). La información requerida se centraba en la demanda y frecuencia de los servicios de traducción o interpretación, los idiomas más demandados, el origen de los demandantes y sus categorías (turistas, residentes, inmigrantes irregulares, etc.). Asimismo se buscaba conocer en qué contexto se requieren interpretaciones, el tipo de textos que se necesitaba traducir, a quién se recurre para poder cubrir los servicios de traducción o interpretación demandados (personal en plantilla, agencias de traducción e interpretación, *freelance*, voluntarios, etc.) y qué formación se les exige y sus lenguas de trabajo (2006: 196).

El Servicio Canario de Salud no prevé asistencia lingüística en ninguno de sus hospitales o centros de salud. En caso de necesitar el servicio de interpretación, se recurre al propio personal sanitario con conocimiento de idiomas o a personas externas (voluntarios, acompañantes de los pacientes, etc.):

De hecho, el Servicio Canario de Salud ha editado un cartel en varios idiomas (español, inglés, francés, alemán y árabe) en el que se pide a los pacientes que acuden a los centros de salud y que no hablan castellano que vengan acompañados de un intérprete.

En el sur de Tenerife y también en Gran Canaria, los centros de salud privados sí disponen de traductores e intérpretes en plantilla para poder cubrir las necesidades de los idiomas mayoritarios, puesto que esas zonas constituyen el núcleo turístico más importante (Toledano Buendía, 2006: 198).

Por otro lado, en un estudio realizado mediante cuestionarios sobre la situación de la TISP en Canarias, Luzardo Díaz y Fernández Pérez (2018) actualizan lo expuesto por Toledano Buendía *et al.* (2006). Al parecer, la situación no ha cambiado desde entonces. Las autoras (2018: 69) señalan que, como hecho positivo, en junio de 2017, el Hospital Universitario

Nuestra Señora de Candelaria y el Hospital del Sur (provincia de Tenerife) ofrecieron un servicio de traducción simultánea disponible en las Unidades de Admisión de Urgencias para atender las necesidades de todas las unidades del hospital; sin embargo, el personal del hospital no tenía conocimiento de la existencia de dichos servicios, añaden las autoras.

En este sentido, 21 encuestados del sector sanitario que componen la muestra del estudio aclararon las soluciones adoptadas por parte de los médicos para solucionar los problemas de comunicación con los pacientes que visitan el hospital:

- Se recurre al uso de gestos, a un compañero o a alguien externo.
- Se pide al paciente que traiga a alguien para que le ayude con la interpretación.
- Se usa un programa informático multilingüe.
- Se recurre a la interpretación telefónica (2018: 70).

González García (2006: 151-174) analizó la TISP en la zona norte con una metodología similar a la empleada por los autores citados (encuestas escritas, cuestionarios y entrevistas telefónicas, con preguntas abiertas semidirigidas a los responsables, encargados o personal de los servicios seleccionados) (2006: 153-154).

La autora afirma que la provisión de servicios de traducción e interpretación en el ámbito sanitario no ha recibido atención:

El modo más común de sortear las barreras lingüísticas y culturales para el paciente es el de ir acompañado de familiares o conocidos que ya dominan la lengua oficial. Tampoco son aislados los casos en los que las familias se sirven de la facilidad que tienen los niños para aprender lenguas nuevas, de manera que estos acaban ejerciendo de enlace entre el personal sanitario y sus mayores (González García, 2006: 162).

La misma autora señala que, en algunos casos, los médicos con dominio de otros idiomas resuelven el problema; en ocasiones se solicita ayuda a las embajadas, que interpretan por vía telefónica, y otras veces se recurre a las ONG:

Hay casos, como en algunos centros de atención primaria de Vitoria-Gasteiz, en los que el personal sanitario consta de una lista de expresiones o preguntas básicas traducidas a varios idiomas, que emplean como medio de comunicación elemental con aquellos pacientes con los que no se pueden comunicar. En las situaciones más extremas incluso se recurre a la comunicación no verbal, tal y como señalaron algunos de los encuestados. El problema verdadero es que si la situación descrita se prolonga, se podría poner en peligro la integridad física de decenas de ciudadanos (González García, 2006: 163).

Continuamos en este apartado con el trabajo de investigación tutelado, realizado por Burdeus Domingo (2010), sobre la interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario de Cataluña,.

La autora (2010: 20) adoptó una metodología analítica, exploratoria, cualitativa y descriptiva que indaga sobre un fenómeno social en el ámbito sanitario, concretamente, cómo está organizado el servicio de interpretación en el ámbito sanitario en la provincia de Barcelona.

Eligió como instrumentos de recogida de datos el uso de entrevistas semiestructuradas y encuestas a los encargados de la gestión de la interpretación en los servicios públicos y a los miembros del personal sanitario que trabajaban con intérpretes en los centros de salud seleccionados:

Diremos que nuestro trabajo consta de una fase exploratoria, en la que se estudia la bibliografía científica publicada hasta el momento, lo que nos permite elaborar el marco teórico de nuestro estudio. Tras ella, encontramos una fase de diseño de los instrumentos de recogida de datos, que constituye el marco metodológico de nuestro trabajo. Más tarde, pasamos a la fase de la observación, a partir de la cual vamos a poder obtener los datos que necesitamos, mediante las técnicas de extracción de datos mencionadas con anterioridad. Posteriormente, encontramos la fase de análisis de los datos obtenidos, tras lo que llegamos a una última etapa de extracción de conclusiones (Burdeus Domingo, 2010: 21-22).

Esta autora concluye que los hospitales de la provincia de Barcelona cuentan desde 2008 con un servicio de mediadores (inmigrantes, personas autóctonas conocedoras de la lengua y cultura del usuario y otras nacidas en España de padres inmigrantes) promovido por el crecimiento significativo de los flujos migratorios y cuyo objetivo es facilitar la comunicación con los pacientes que no conozcan los idiomas oficiales. La autora explica su funcionamiento:

En el momento en el que un profesional sanitario observa la necesidad de los servicios de un mediador intercultural, este contacta telefónicamente con el servicio de atención al cliente del área materno-infantil, donde se encargan de localizar a los mediadores y los encomiendan al profesional que ha solicitado sus servicios. Por lo general, cuando el mediador se persona en la consulta, se realiza una reunión previa a la visita, donde el profesional sanitario y el mismo mediador comparten información sobre lo que se va a hacer en dicha visita, así como aspectos culturales del paciente. Durante la visita, las partes van interviniendo, de manera que el mediador aprovecha los silencios de ambas partes para desempeñar su función (Burdeus Domingo, 2010: 133).

La misma autora (2010: 134) señala que la presencia de los mediadores es irregular, ya que no depende de la necesidad del centro, sino de los convenios firmados entre los hospitales y las agencias externas.

En caso de interrupción del servicio, los hospitales cubren esa carencia con la ayuda de los estudiantes en formación que se encuentran en los hospitales en prácticas. Sin embargo, hay

algunas nacionalidades que carecen de interpretación, puesto que ningún empleado del centro habla sus lenguas (2010: 137).

Finalmente, Burdeus Domingo menciona las siguientes dificultades:

Las dificultades a las que se ha tenido que enfrentar el servicio de mediación son, por una parte, el hecho de que este no dependa del centro sanitario, lo que lo pone en peligro y, por otra, la falta de conocimiento del mismo que presentan algunos miembros del personal sanitario, que lleva a la no utilización de tal servicio, en algunos casos, y, en otros, a hacer un mal uso de él, otorgándoles funciones a los mediadores que no les corresponden.

Los principales problemas que surgen son la excesiva identificación de los mediadores con los pacientes, así como las limitaciones del papel del mediador. El servicio de mediación intercultural no cuenta con los recursos económicos suficientes como para poder disponer de mediadores de todas las culturas (Burdeus Domingo, 2010: 139).

Nevado Llopis (2018) realizó un estudio sobre la situación de la TISP en Aragón. Para realizar su investigación, la autora (2018: 31) se basó en una metodología mixta con la ayuda de diferentes técnicas: análisis documental, cuestionarios en formato electrónico y entrevistas personales semiestructuradas. Se optó por elaborar un cuestionario específico para el ámbito sanitario, donde los participantes fueron 74 personas del sector. La muestra estaba compuesta por “auxiliares de enfermería, como enfermeros, médicos (de familia, especialistas y residentes) y una trabajadora social” (*ibid.*).

Los servicios que más recibían a pacientes que no hablaban español fueron las urgencias, los ingresos hospitalarios y la asistencia en la atención tanto primaria como especializada (Nevado Llopis, 2018: 33).

En cuanto a los resultados de su estudio, el 76% de los entrevistados señaló que había tenido problemas de comunicación con los pacientes, por el hecho de no entender el idioma o, en algunos casos, las preguntas formuladas por los médicos, además de no poder leer o por tener a personas que hablaron por ellos. La autora (*ibid.*) sostiene que, entre los medios utilizados para solucionar los problemas de comunicación, los médicos recurren a los gestos, piden a los pacientes que vengan acompañados por intérpretes y, en algunas ocasiones, se contrata a intérpretes, ya sea para una asistencia presencial o por teléfono (Nevado Llopis, 2018: 33).

3.3.2. ISP en algunos países de la Unión Europea

A continuación exponemos el trabajo realizado por Soriano Barabino (2002: 187-192) sobre la interpretación social en los hospitales y fundaciones hospitalarias de Irlanda del Norte.

La autora (2002: 188) mantuvo entrevistas con el personal de dichos centros de salud, y los resultados se acercan a los obtenidos por los autores anteriores. Se suele pedir al personal del hospital, informalmente, que desempeñe el papel de intérprete. Los pacientes suelen llegar acompañados por un voluntario, conocido, amigo o familiar que les ayuda con la interpretación. En caso contrario, la solución más frecuente es contratar a personas externas que hacen de intérpretes (2002: 188).

La autora añade (2002: 189) que existe una lista de intérpretes en la centralita del hospital a la que se recurre en caso de necesidad, y que “se trata siempre de personas capaces de hablar las dos lenguas, pero que no necesariamente han sido formadas como intérpretes”.

En definitiva, el estado de la interpretación social en los hospitales de Irlanda del Norte es precario.

Tomasini (2002: 193-199) señala, en su investigación realizada con entrevistas dirigidas al personal de los centros de salud de Emilia-Romagna, en Italia, que el servicio de interpretación en los hospitales del municipio es considerado el más organizado del país en cuanto a disponibilidad y formación de intérpretes y al abanico de idiomas que ofrece, ya que recibe un número notable de turistas y migrantes.

Pöchhacker (1997: 215-225), por su parte, analiza la TISP en Viena mediante entrevistas con el personal de las instituciones seleccionadas para el estudio. El autor concluye que la interpretación sanitaria está poco desarrollada y que depende principalmente de voluntarios, familiares, amigos y personal sanitario. Estos últimos carecen de la formación en interpretación en entornos sanitarios.

Al final de su estudio propone la creación de un módulo de formación universitaria para poder cubrir este ámbito profesional si el personal hospitalario lo demanda.

Continuamos con el trabajo de la Dirección General de Traducción (DGT) de la Comisión Europea sobre el estudio exploratorio sobre las necesidades lingüísticas en el sector sanitario de las sociedades multilingües y multiculturales de la UE,

concretamente en zonas de Alemania, Grecia, Italia, España y el Reino Unido, así como la respuesta dada.

El estudio realizado recurrió al uso de los métodos cualitativos y cuantitativos mediante cuestionarios, análisis documental, entrevistas y comentarios de personas exteriores.

Participaron en el estudio doscientos nueve informantes, entre los que había pacientes y sus familiares, decisores, concejales, miembros de ONG y otras organizaciones sin ánimo de lucro, directores de centros comunitarios, personal asistencial y de la administración sanitaria, profesionales de la lengua como traductores, intérpretes y mediadores lingüísticos y culturales (autónomos y contratados), dueños de agencias, presidentes de asociaciones profesionales de traductores e intérpretes, cooperativas de mediación cultural y desarrolladores de *software*.

También se obtuvieron muestras de traducción e interpretación de ciento veintiocho sitios estudiados, entre centros asistenciales rurales y urbanos, públicos y privados, consultorios, hospitales generales y especializados, servicios de accidentes y de urgencias, ministerios de Sanidad y oficinas de ONG. Trescientas treinta y una personas respondieron a dos cuestionarios (Angelelli, 2015: 4).

Angelelli (2015: 3) sostiene que la DGT estableció los siguientes objetivos para el estudio:

- Revisar las políticas lingüísticas vigentes que facilitan el acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza desde el punto de vista del idioma.
- Explorar la interacción entre lenguaje y acceso.
- Analizar el coste del apoyo lingüístico y, si no lo hay, el coste social total de una fallida integración social y económica.
- Observar los tipos de servicios lingüísticos, cómo se organizan y quién los ofrece.
- Analizar las buenas prácticas en servicios lingüísticos y formular recomendaciones sobre la prestación de servicios lingüísticos en los servicios públicos.

Según la autora (2015: 4), no existe legislación que garantice la oferta lingüística en el sector sanitario para los ciudadanos o residentes legales de la UE. Y menciona las siguientes conclusiones:

- No hay actualmente ninguna legislación de la UE que defina la responsabilidad de los servicios lingüísticos en el entorno asistencial.
- En Alemania, la única referencia legislativa al idioma es la relativa a la obtención de una autorización expresa del paciente en una lengua que comprenda.
- Ni en Alemania ni en Grecia se ha encontrado legislación que contemple una oferta de servicios lingüísticos para los pacientes que no conozcan la lengua nacional.
- En Reino Unido, la legislación insta a las instituciones a ofrecer servicios lingüísticos para que los pacientes puedan tener acceso a los servicios de asistencia sanitaria. No

hacerlo se considera discriminatorio, por lo que las instituciones tienen que ofrecer servicios profesionales.

- En Italia y en España, las lenguas regionales gozan de protección legal, por lo que la información tiene que proporcionarse en estas lenguas.

Por último, los servicios de interpretación se prestan de forma no homogénea ni consecuente por personas no formadas, lo que pone en peligro la salud del paciente que en algunos casos se encarga de traducir los documentos y el historial médico. Angelelli (2015: 5) afirma:

- Con una frecuencia alarmante, las instituciones de asistencia sanitaria no ofrecen formalmente ningún servicio lingüístico, sino que improvisan soluciones de traducción, interpretación y mediación lingüística o cultural sin retribución.
- Al no existir servicios profesionales, son los miembros de la familia o los amigos del paciente, miembros del personal o voluntarios bilingües quienes hacen de traductores o de intérpretes.
- La responsabilidad de traducir los documentos relativos al reembolso de gastos a tenor de la Directiva 2011/24/UE suele recaer en el paciente.
- Los servicios de un intérprete profesional, cuando existen, adoptan diversas formas: se ha documentado la interpretación en directo, por teléfono y por videoconferencia.
- En Alemania y en Grecia, los servicios lingüísticos profesionales son limitados: solo se han constatado en formularios de autorización (Alemania) y en interpretación por videoconferencia en consultas privadas (Grecia).
- En Italia es frecuente que las instituciones recurran a mediadores interculturales para estos servicios lingüísticos.
- En España se ofrecen en las lenguas cooficiales servicios médicos bilingües que consisten en documentos y formularios bilingües, personal y proveedores bilingües, por lo que no se requiere traducción ni interpretación entre el castellano y la lengua cooficial.
- En Reino Unido, las instituciones públicas de asistencia sanitaria ofrecen sistemáticamente servicios lingüísticos profesionales a los pacientes que no comprenden el inglés hablado o escrito, y tienen secciones de Igualdad y Diversidad para garantizar la igualdad de acceso.

Citamos a continuación las recomendaciones que menciona el informe de la DGT:

- Dado que la igualdad de acceso solo es posible mediante el apoyo lingüístico, la legislación tiene que contemplar tal apoyo profesional. El recurso improvisado a personas bilingües y no a servicios profesionales para estas tareas no es una manera responsable de hacer frente a las necesidades lingüísticas de una población tan diversa como la de la UE.
- La información que ofrecen los puntos nacionales de contacto debería facilitarse, como mínimo, en todas las lenguas oficiales de la UE (incluidas las de signos). Esta sería una práctica no discriminatoria que garantizaría un verdadero acceso a la información.
- No se pedirá al personal bilingüe cuyo grado de fluidez en ambas lenguas y capacidad de traducción o interpretación no pueda verificarse que desempeñe tareas de traducción, interpretación ni mediación cultural sin haberle ofrecido antes oportunidades apropiadas de formación profesional.

Terminamos esta sección con Goretti Faya (2016: 543-574), que arroja luz sobre la situación de la TISS en tres ciudades europeas: Madrid, Düsseldorf y Londres.

La autora pretende describir los problemas comunicativos que se producen en los centros de salud de las mencionadas ciudades. Para ello centró su estudio en el análisis de la población emigrante de cada país, así como en las medidas (organización, requisitos, procedimientos, trabajadores o programas informáticos, entre otros) que emplea cada hospital, con el fin de encontrar soluciones para dichos problemas.

De esta manera, realizó un estudio exhaustivo mediante cuestionarios con médicos, administrativos de los hospitales, pacientes e intérpretes.

Según Goretti Faya (2016: 552), las tres ciudades reciben a un número importante de emigrantes, lo que conlleva la presencia de grupos multiculturales que requieren los servicios de traducción e interpretación en los diferentes sectores, concretamente en el sector sanitario.

La autora (*ibid.*) señala que los pacientes extranjeros tienen derecho a mantenerse informados sobre su estado de salud en su idioma. Además, se pudo comprobar, a raíz de las aportaciones de los participantes, que en la mayoría de los hospitales se ofrece el servicio de interpretación para los pacientes que no hablan el idioma dominante en el país. En este sentido, existe una gran demanda de los servicios de interpretación, más que la traducción, en dichos hospitales. Por lo cual, se prestan diferentes tipos de interpretación: interpretaciones

telefónicas, interpretaciones de enlace presenciales e interpretaciones mediante programas informáticos.

La consejería u otros organismos se encargan de organizar programas para la creación de estos servicios con la ayuda de algunas agencias privadas que contratan para que presten el servicio en varios hospitales de la zona (*ibid.*).

En cuanto al presupuesto de dichos servicios, la autora (2016: 553) señala que varía de un hospital a otro. Algunos hospitales se basan en los datos de años previos, otros en las tasas de los emigrantes en la zona y otros abonan los cargos de los servicios una vez que se prestan. Algunos hospitales intentan ahorrar en este sentido, tanto en lo que a los idiomas se refiere, manteniendo los idiomas mayoritarios o reduciendo la prestación del servicio a horas determinadas durante el día, como en cuanto al personal de la profesión, ya que lo pueden prestar los profesionales del hospital que hablan idiomas o con la ayuda de herramientas modernas que incluyen una lista de la terminología más común en estas situaciones.

La autora subraya que estos métodos están dando buenos resultados y que se están desarrollando nuevas soluciones tecnológicas que tienen como finalidad cubrir la demanda de los servicios de interpretación en los hospitales. Tenemos los ejemplos de arpadí, Tooops66/77, Patient55, Dualia, Universal Doctor Speaker, etc.

En este contexto, son varios los grupos y organismos que están trabajando para desarrollar y fomentar estos servicios en los hospitales (por ejemplo, el grupo FITISPos de Alcalá de Henares, la Universität Hamburg o el Hospital Ramón y Cajal, entre otros).

Por último, la autora ofrece algunas soluciones que considera oportunas basándose para ello en los resultados obtenidos por su estudio.

En primer lugar, considera que hay que invertir en la formación, tanto teórica como práctica, refiriéndose a técnicas de interpretación (memorización, protocolo, estrategias, comportamiento, etc.), así como a un alto nivel de las dos lenguas que deberían tener las personas interesadas en prestar el servicio de interpretación en dichos centros sanitarios, y disponer del vocabulario especializado en el ámbito sanitario para poder enfrentarse a todo lo imprevisto que pueda surgir durante la consulta.

En segundo lugar, la autora (2016: 554) también es partidaria de la concentración sobre la investigación en este ámbito y de la creación de diferentes recursos y materiales (por ejemplo, dibujos, gráficos y listas de la terminología más usada).

Finalmente, propone establecer una plantilla de intérpretes presentes en el hospital de forma permanente y el desarrollo de algunos programas informáticos para los hospitales que no disponen del presupuesto necesario como para contratar a intérpretes presenciales en el hospital (*ibid.*).

3.4. Conclusiones

Como hemos podido comprobar, la literatura concluye que el intérprete profesional da acceso al historial, mejora el juicio clínico, el diagnóstico y la prescripción, permite proporcionar información más precisa al paciente y en consecuencia promueve la efectividad del tratamiento y, en definitiva, permite solucionar los problemas de comunicación entre el proveedor de servicios sanitarios y el paciente.

La interpretación consecutiva dialógica, por su adecuación a la situación comunicativa, es una técnica muy común en estos contextos.

Seguidamente se describen algunos trabajos de investigación que adoptaron una metodología semejante a la usada en nuestro estudio.

El capítulo finaliza con las conclusiones principales de la literatura previa sobre la situación actual de la TISS, en particular que se encuentra en una fase de desprofesionalización caracterizada por la aplicación de soluciones ad hoc (ayuda de amigos o conocidos del paciente o asistencia del personal sanitario).

En el siguiente capítulo iniciamos la parte práctica de esta investigación. Comenzamos describiendo el contexto sociocultural y religioso del estudio. Esa descripción será la base para el análisis de los datos obtenidos sobre el terreno y de la situación de la ISS en el Reino de la Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor.

PARTE II

MARCO PRÁCTICO DE REFERENCIA

4. CONTEXTO SOCIOCULTURAL Y RELIGIOSO DEL ESTUDIO

En este capítulo justificamos la elección del objeto de nuestra investigación e introducimos su contexto sociorreligioso. Tras una breve introducción al panorama lingüístico y religioso del actual Reino de Arabia Saudí, contextualizamos la peregrinación en el islam en su marco religioso global, describimos sus tipos y ritos, repasamos algunas estadísticas actualizadas sobre el turismo religioso en el país y ofrecemos una visión panorámica de las infraestructuras disponibles para estos macroeventos.

4.1. El Reino de Arabia Saudí

El Reino de Arabia Saudí se sitúa en el extremo suroccidental de Asia. Limita al oeste con el mar Rojo; al este con el golfo Pérsico, los Emiratos Árabes Unidos y Qatar; al norte con Kuwait, Iraq y Jordania; y al sur con Yemen y Omán. Ocupa cuatro quintos de la península arábiga, con un área de aproximadamente 2.000.000 de kilómetros cuadrados (Reino de Arabia Saudí, 2015a).

El Reino de Arabia Saudí, fundado por Abdelaziz Bin Saud el 23 de septiembre de 1932, acoge los dos lugares más sagrados para los musulmanes: la mezquita de La Meca (al-Maṣyīd al-Ĥarām) y la mezquita de Medina (al-Maṣyīd al-Nabawī). A las dos mezquitas citadas acuden musulmanes procedentes de todo el mundo. Según el artículo 24 de la Constitución saudí, “el Estado mantiene las edificaciones y los servicios de las dos Mezquitas, y proporciona seguridad y sosiego a cuantos se dirigen a ellas, de modo que puedan cumplir la Peregrinación Mayor y la Peregrinación Menor y puedan visitarlas con comodidad y seguridad” (Reino de Arabia Saudí, 1992; traducción nuestra).

Según el artículo primero de la Constitución del Reino de Arabia Saudí de 1992, el árabe es la lengua oficial en todo el territorio nacional y el islam es la religión del Estado (Reino de Arabia Saudí, 1992). El panorama lingüístico del personal sanitario en el país, fundamental para nuestro estudio, se abordará en los siguientes capítulos.

Según los datos estadísticos recogidos en la ficha relativa al país del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de España, en el país residen musulmanes suníes (85%), musulmanes chiíes (14%) y cristianos (1%) (Reino de España, 2017).

4.1.1. Clima

El clima difiere de una región a otra, debido a la diferencia de su topografía y a la influencia de la atmósfera tropical. En general, es cálido en verano y frío y lluvioso en invierno. El clima es templado en las tierras altas del oeste y suroeste. Las zonas centrales son cálidas y secas, y las costeras son húmedas en verano. Nos interesa en particular el clima en las provincias de Medina y La Meca, donde el calor es muy intenso varios meses al año, con picos de temperatura de 50 grados e incluso más (Reino de Arabia Saudí, 2015a).

En el siguiente apartado presentamos una visión panorámica sobre las peregrinaciones en otros contextos religiosos para enmarcar el fenómeno que nos concierne.

4.2. La peregrinación en otros contextos religiosos

Según Bonilla:

La peregrinación es una inquietud humana de todos los tiempos, lugares y creencias. Más tarde o más temprano, en el transcurso de la vida, el hombre siente necesidad de protección contra el mundo externo y anhela también evadirse de la angustia de sus problemas internos. Es entonces cuando puede convertirse en peregrino, como solución mental de la inseguridad ante el futuro, por miedo a la destrucción física a causa de la enfermedad, y, sobre todo, por el ansia de inmortalidad que invita a evadirse de la amenaza latente de la muerte cuando llega al convencimiento de que la ciencia de su época no puede solucionar esta aspiración de perpetuidad, ese ansia de eternidad del sentir humano de todos los tiempos, como únicamente puede hacerlo la fe (Bonilla, 1965: 9).

De Give, por su parte, afirma:

La peregrinación aparece antes que nada como el acto voluntario y desinteresado en el cual un hombre abandona sus lugares habituales, sus costumbres y todo lo que lo rodea, para dirigirse, dentro de un espíritu religioso, hasta el santuario que él ha escogido libremente o que le ha sido impuesto. El peregrino, al término de su viaje, espera que con el contacto del lugar santo, sea acogido su legítimo, deseo personal y que, como resultado de la decantación del camino, alcance una profundización en su vida, llegando además a la oración en común y a la meditación que ella alimenta (De Give, 1992: 29).

El fenómeno de la peregrinación religiosa es universal y muy antiguo. Se peregrina a lugares que homenajean a personalidades o conmemoran eventos históricos o míticos. El asunto ha generado un interés creciente entre historiadores, sociólogos, psicólogos y economistas (De Give, 1992: 28).

4.2.1. La peregrinación en el cristianismo

Según De Arriba (2006: 79), existen tres centros principales de peregrinación en la cultura cristiana: Roma, Jerusalén y Santiago de Compostela.

4.2.1.1. Roma

Se tiene constancia de la existencia de flujos de peregrinos a Roma desde el siglo VIII. El papa Bonifacio VIII proclamó el año 1300 Año Santo (*Anno Sancto*) (*ibid.*), en el que se perdonaba los pecados a quienes visitaran la antigua capital del Imperio romano, donde supuestamente se hallaban los restos de san Pablo, apóstol de las gentes (Bonilla, 1965: 99).

La peregrinación a Roma incluye tradicionalmente la visita, en este orden, a la Basílica de San Pedro para visitar la tumba del apóstol, el templo de San Pablo, la iglesia de San Sebastián, la basílica de San Juan de Letrán, la basílica de Santa Cruz, la basílica de Santa María la Mayor y la iglesia de San Lorenzo (Bonilla, 1965: 102-103).

Según Rebernik y Vayne (2014: 12), en 2013 visitaron Roma más de 3.500 peregrinos procedentes de lugares tan alejados como Filipinas, Guam, Puerto Rico, Noruega y Taiwán.

4.2.1.2. Jerusalén

La peregrinación a Jerusalén se remonta a 1070, cuando se creó la orden de Hospitalarios de San Juan de Jerusalén. Al final de la tercera cruzada (1189-1192) se estableció un acuerdo entre cristianos y musulmanes que permitió el acceso de los peregrinos a la Ciudad Santa, Nazaret y Belén. A partir de entonces, Jerusalén se convirtió en un destino anual para los peregrinos cristianos de todo el mundo (De Arriba, 2006: 79).

Según datos estadísticos del Estado de Israel, un total de 3,3 millones de personas visitaron el país en 2014, el 21% por motivos religiosos (State of Israel, 2015).

4.2.1.3. Santiago de Compostela

Desde la Edad Media hasta hoy, la peregrinación a Santiago de Compostela es un evento mayor del cristianismo. Tiene sus orígenes en el siglo IX, cuando la Iglesia afirmó que allí reposan los restos del apóstol Santiago el Mayor. Como consecuencia, en los siglos siguientes se desarrolló un intenso proceso de peregrinación desde toda Europa (Santos Solla, 2006: 135) dedicado al culto del apóstol Santiago, que, según la tradición, fue el propagador del cristianismo en la península ibérica (De Arriba, 2006: 79).

Según datos estadísticos de la Oficina del Peregrino (2017), 277.854 peregrinos procedentes de todo el mundo realizaron la peregrinación a Santiago de Compostela en 2016. El 44,26% de ellos afirmó que visitó la ciudad por motivos religiosos (Oficina de Acogida al Peregrino, 2017).

4.2.2. La peregrinación en el hinduismo

En la India siempre existieron importantes centros de peregrinación (Bonilla, 1965: 187). Según De Give (1992: 32), miles de hindúes se reúnen cada 12 años, independientemente de la estación del año, para venerar a sus dioses. Entre otras razones, buscan purificarse antes de morir, cumplir un voto tras una curación, pedir un hijo o una vida más libre y meritoria. Durante la reunión, los peregrinos se bañan en los ríos Ganges, Godavari y Kaveri, entre otros. El fenómeno, una de las más grandes concentraciones de personas en el mundo, congrega a más de 15 millones de peregrinos (*ibid.*).

4.2.3. La peregrinación en el islam

En la cultura islámica chifí destaca la peregrinación anual a Kerbalá (Iraq), que se celebra el 10 del mes lunar de Muharram para conmemorar el martirio de Hussain, hijo de Alí y Fátima, y nieto del profeta (Moro, 2010: 14).

En el año 2014, un total de 17 millones de chifíes participaron en el evento, entre ellos, 13 millones de iraquíes y numerosos iraníes.³²

Seguidamente, destaca la peregrinación a La Meca, realizada por todos los musulmanes, independientemente de su rama, objeto de nuestra investigación, y que abordaremos detenidamente en el siguiente apartado.

Después de La Meca, los peregrinos se dirigen a Medina, ciudad que a lo largo de los siglos ha atraído a millones de personas que deseaban visitar la mezquita del profeta Muhammad, donde se encuentran sus restos mortales. La tumba, que fue cubierta por un mausoleo, está en la que en su día fue la casa del profeta, que formaba parte de la antigua mezquita (Bonilla, 1965: 179).

³² Disponible en: <https://arabi21.com/.../17-أربعي-لأحياء-كربلاء-شيعي-في-مليون-شيعي-في-كربلاء-لأحياء-أربعي-17>. Consulta: 10.02.2019.

4.3. La peregrinación a La Meca

El quinto pilar de la religión musulmana establece que el musulmán debe peregrinar una vez en la vida a La Meca si las condiciones económicas, físicas y de seguridad se lo permiten (Shaltūt, 1992: 113). La peregrinación a La Meca tiene el valor psicológico de un reajuste de cuentas: si ha realizado la peregrinación con fe y ha cumplido en el viaje las normas tradicionales de respeto, caridad, rito y ofrenda, el peregrino queda limpio de sus pecados y en el mismo estado de pureza que el día de su nacimiento (Bonilla, 1965: 167).

La peregrinación a La Meca es de dos tipos: Mayor (Ĥaĥy) y Menor (ʿUmra).

El Ĥaĥy se realiza anualmente en el duodécimo mes lunar. Las diferencias entre el calendario lunar y solar conducen a que el Ĥaĥy coincida con diferentes estaciones (Shaltūt, 1992: 116). Se trata de un fenómeno con una organización ritual y espiritual muy marcada y que representa un vínculo fundamental para los musulmanes frente a sus diferencias culturales, raciales y lingüísticas (al-Giryāni, 2004: 341).

El Ĥaĥy incluye los siguientes ritos:

1. *Al-Iĥrām*: el día 8 del mes de Dū-l-ĥiĥyā, el peregrino declara su voluntad de realizar el Ĥaĥy vistiendo dos telas blancas sin costuras en un lugar llamado Miqat (al-Giryāni, 2004: 350- 352).
2. El día 9 del mes de Dū-l-ĥiĥyā, el peregrino permanece en la llanura de Arafat hasta la puesta del sol (al-Giryāni, 2004: 353).
3. Seguidamente se traslada a Muzdalifa, un barrio situado al oeste de La Meca, entre Arafat y Mina. Allí pasa la noche y recoge un mínimo de siete piedras para los ritos del siguiente día (al-Giryāni, 2004: 402-403).
4. El día 10, los peregrinos van a Mina y apedrean simbólicamente al diablo como rechazo del mal, se sacrifican los corderos en recuerdo de la jornada en que el profeta Ibrahim estuvo a punto de sacrificar a su hijo, los hombres se rapan la cabeza y las mujeres se cortan el pelo (al-Giryāni, 2004: 405- 412).
5. Por la tarde del mismo día, los peregrinos se dirigen a la mezquita de La Meca para circunvalar la Kaaba siete veces (*Tawaf al-Ifada*) (al-Giryāni, 2004: 413-414).

6. Seguidamente recorren la distancia entre las colinas de Safa y Marwa siete veces rememorando la búsqueda desesperada de agua para su hijo Ismael protagonizada por Haÿar, esposa del profeta Ibrahim (al-Giryāni, 2004: 388- 398).
7. Por último, los peregrinos pasan dos o tres noches en Mina y arrojan siete piedras por cada día que pasen en el lugar (al-Giryāni, 2004: 415- 420).

La Peregrinación Menor (Umra) tiene la misma finalidad espiritual que la Mayor, aunque sus ritos se limitan a circunvalar la Kaaba siete veces y cruzar la distancia entre las colinas de Safa y Marwa siete veces. La Peregrinación Menor puede realizarse en cualquier momento del año, salvo en la época del Hâÿÿ (al-Giryāni, 2004: 416-426).

4.3.1. Estadísticas de los peregrinos a La Meca

Según las estadísticas de peregrinos correspondientes a 2017, 2012 fue, de los últimos 10 años, el que mayor número de peregrinos congregó (3.161.573). En 2015, y debido a las obras de la ampliación de ambas mezquitas, el Estado saudí decidió reducir el número de visitantes.

La siguiente tabla aclara la evolución del número de peregrinos que visitaron Arabia Saudí en los 10 últimos años (Reino de Arabia Saudí, 2017).

Tabla 8. Peregrinos que visitaron Arabia Saudí en los 10 últimos años,

Año	Número de peregrinos	Porcentaje de extranjeros
2008	2.408.849	71,8%
2009	2.313.278	69,7%
2010	2.789.399	64,5%
2011	2.927.717	62,4%
2012	3.161.573	55,4%
2013	1.980.249	69,6%
2014	2.085.238	66,6%
2015	1.952.817	70,9%
2016	1.862.909	71,1%
2017	2.352.122	74,5%

Fuente: Reino de Arabia Saudí (2017).

En la siguiente tabla detallamos el número de peregrinos extranjeros residentes en Arabia Saudí que visitaron La Meca en 2014, año de la realización de nuestro estudio, con cifras desglosadas por país de origen, basándonos en las estadísticas ofrecidas por el Reino de

Arabia Saudí (2014a: 19). Hay que señalar que en las estadísticas oficiales relativas al número de peregrinos no se ofrecen datos de la nacionalidad de los peregrinos procedentes del extranjero:

Tabla 9. Peregrinos extranjeros residentes en Arabia Saudí en 2014,

País	Número de peregrinos	Porcentaje
Egipto	67.088	39,5%
Pakistán	41.912	24,7%
India	10.685	3,3%
Sudán	10.243	6%
Yemen	10.189	6%
Siria	8.668	5,1%
Indonesia	3.730	2,2%
Bangladés	3.461	2,1%
Jordania	2.386	0,9%
Filipinas	1.559	0,8%
Afganistán	1.279	0,4%
Etiopía	842	0,4%
Marruecos	637	0,3%
Iraq	585	0,3%
Turquía	562	0,3%
Kuwait	550	0,2%
Guinea	409	0,2%
Túnez	369	0,2%
Palestina	355	0,2%
Argelia	345	0,2%
Otros	4.187	2,5%

Fuente: Reino de Arabia Saudí (2014a: 19).

Como se puede apreciar, los peregrinos residentes en el país de 9 de los 20 países señalados no son hablantes de árabe (34,4%), sin contar con los peregrinos no arabófonos procedentes de fuera del Reino. La respuesta del Estado saudí a la demanda de servicios de traducción e interpretación generada por esos peregrinos se analiza en esta tesis.

Por otro lado, en este tipo de congregaciones, numerosas personas, independientemente de su edad, proceden de su país con enfermedades que, en algunas veces son contagiosas. Estas enfermedades exigen al peregrino acudir de inmediato al centro hospitalario más cercano para recibir el tratamiento adecuado. El siguiente apartado explica las mencionadas enfermedades, además del efecto que podría tener sobre la demanda de los servicios sanitarios.

4.4. Problemas sanitarios durante la peregrinación a La Meca

Los ritos descritos requieren un considerable esfuerzo físico, en particular a personas que no gocen de buena salud o tengan edad avanzada. A ello se añaden las altas temperaturas, el elevado número de peregrinos y las no siempre cómodas condiciones de las tiendas de campaña tradicionales en que se alojan, condiciones que dependen del tipo de reserva que el peregrino pueda permitirse.

En este sentido, según las estadísticas oficiales, 69.0364 peregrinos habían acudido a los hospitales y centros de salud en 2015 (Reino de Arabia Saudí, 2015b: 243).

Por otro lado, puesto que los peregrinos buscan alcanzar un estado de pureza y borrar las faltas cometidas a lo largo de la vida, muchos son de edad avanzada, por lo que sufren en particular las duras condiciones de la peregrinación. Si bien las estadísticas oficiales no hacen referencia a la edad de los peregrinos, según el 77% de nuestros entrevistados, los peregrinos que acuden a los hospitales suelen ser mayores de 50 años (véase capítulo 7). Por si fuera poco, la gran variedad de procedencias de los peregrinos supone un posible problema de proliferación de enfermedades contagiosas.

Todo ello genera problemas sanitarios que exigen tratamiento médico, lo que, como afirman nuestros entrevistados, se ve dificultado por la ignorancia del historial médico de los pacientes y las dificultades de comunicación. Entre esos problemas sanitarios destacan los siguientes:

- a) Enfermedades respiratorias, en particular de las vías respiratorias altas (Reino de Arabia Saudí, 2017a: 29-30).
- b) Coronavirus: se trata de un virus presente en humanos y animales muy común en Oriente Medio que se contagia por vía aérea y cuyos síntomas principales son secreción y goteo nasal, tos, dolor de garganta y de cabeza, fiebre, escalofríos y malestar general, dificultades respiratorias y diarrea. Este virus puede complicarse en personas mayores y pacientes con inmunodepresión, enfermedades crónicas, cáncer o enfermedades pulmonares (Reino de Arabia Saudí, 2017a: 32).
- c) Diarrea, gastroenteritis y estreñimiento: son enfermedades muy comunes en la Peregrinación Mayor, especialmente entre personas mayores, y tienen su origen en el

agua, los alimentos y los platos y utensilios a los que tienen acceso los peregrinos (Reino de Arabia Saudí, 2017a: 34).

- d) Entre las enfermedades de la piel más frecuentes en la Peregrinación Mayor destacan la escoriación, las quemaduras solares, la insolación, los golpes de calor, el agotamiento por calor, los dolores musculares y las enfermedades fúngicas (Reino de Arabia Saudí, 2017a: 35-39).
- e) Meningitis y encefalitis: el origen africano de muchos peregrinos aumenta el riesgo de proliferación de estas enfermedades, que pueden provocar la muerte si el infectado no recibe tratamiento inmediato (Reino de Arabia Saudí, 2017a: 40).
- f) Complicaciones gestacionales y partos prematuros debido al sobreesfuerzo, con la consiguiente necesidad de cuidados intensivos para el bebé (Reino de Arabia Saudí, 2017a: 45).

Además, durante la Peregrinación Mayor tienen lugar accidentes graves, en particular incendios, accidentes de tráfico, avalanchas de personas y fracturas de huesos (Reino de Arabia Saudí, 2017a: 16-19).

En resumen, la Peregrinación Mayor pone a prueba las capacidades sanitarias del Estado saudí y exige la provisión de servicios de interpretación sanitaria. El objeto de nuestra investigación, por lo tanto, está perfectamente justificado.

Con el objetivo de recibir a los peregrinos procedentes de todo el mundo, el Estado saudí puso en marcha diferentes proyectos con la finalidad de mejorar la atención en diferentes sectores. En la siguiente sección procedemos a ofrecer una visión panorámica sobre estas infraestructuras.

4.5. Infraestructuras para la peregrinación a La Meca

En este apartado describiremos las infraestructuras al servicio de este movimiento de población. Lo hemos dividido en cinco subapartados: aeropuertos, trenes de alta velocidad, órganos administrativos, ampliación de las dos mezquitas sagradas y capacidad hospitalaria.

4.5.1. Aeropuertos

El Aeropuerto Internacional del Rey Abdelaziz, situado al norte de la ciudad saudita de Yeda, es el punto más transitado del país, ofrece múltiples servicios a la ciudad, es el núcleo comercial del Estado y la puerta de acceso a las dos mezquitas sagradas. El aeropuerto fue inaugurado en 1981 y cuenta con una superficie que supera los 105 km². Una terminal está dedicada exclusivamente a atender a los peregrinos: con su techo en forma en tienda de campaña y sus 510.000 m² de superficie, es la cuarta terminal más grande del mundo (Reino de Arabia Saudí, 2016).

Desde 2006, el Estado saudí planea la construcción del nuevo aeropuerto en Yeda, que atenderá a unos 80 millones de visitantes, entre ellos se encuentran más de 8 millones de peregrinos que visitan el país a lo largo de todo el año. El proyecto se finalizará en el año 2035 (al-Rwis, 2015).

4.5.2. Trenes de alta velocidad

Según al-Omari (2014), el Estado saudí puso en marcha en 2009 un proyecto de construcción de trenes de alta velocidad para unir las dos ciudades sagradas, La Meca y Medina, que también pasarán por el Aeropuerto Internacional del Rey Abdelaziz de Yeda. El citado proyecto contará con 35 trenes de última generación, con capacidad de 417 pasajeros, y con velocidad que alcanzará los 300 km por hora. Se espera que durante el Hâÿÿ, entre 1,8 y 2,05 millones de peregrinos hagan uso de dicho transporte. Cabe señalar que la distancia del recorrido ferroviario entre La Meca y Medina es de 450 km, y entre La Meca y Yeda es de 77 km (*ibid.*). Este último tramo se encuentra en la actualidad en funcionamiento (Gazawi, 2018).

Por otro lado, La Meca dispone de los trenes sin conductor, que transportan a los peregrinos entre los lugares de los ritos, con una distancia aproximada de 20 km y 9 estaciones que facilitan el desplazamiento de los peregrinos y evitan la circulación de más de 30.000 coches en estos lugares (Abaalkhail, 2013).

4.5.3. Órganos administrativos

Arabia Saudí es el único país del mundo que, además de los diferentes órganos administrativos que están en alerta en el periodo de la peregrinación (Ministerios de Sanidad, Interior y Protección Civil, entre otros), dispone de un ministerio dedicado

exclusivamente a la peregrinación: el Ministerio de la Peregrinación. Fue creado en 1944 por el rey Abdelaziz (Reino de Arabia Saudí, 2018).

Tiene como emblema “servir a los peregrinos es un honor y responsabilidad”.

Se encarga de desarrollar todo tipo de servicios prestados a los peregrinos, facilitar la peregrinación para los peregrinos gracias a los esfuerzos del personal cualificado presente en el campo las 24 horas del día, coordinar con todos los órganos oficiales del Estado con el fin de facilitar la realización de los diferentes ritos de la peregrinación, entre otros (Reino de Arabia Saudí, 2018a).

Este ministerio gestiona las llamadas asociaciones no gubernamentales de la peregrinación, que se encargan de prestar servicios a los peregrinos, entre otros, alojamiento, transporte a los lugares rituales, traslado al hospital en caso de urgencia médica, supervisión del estado del paciente peregrino, emisión de los certificados de defunción en caso de fallecimiento, así como gestión de los asuntos de los peregrinos que se encuentran bajo responsabilidades judiciales en el país.

Ambas ciudades disponen de varias asociaciones de la peregrinación, divididas según la zona geográfica, que son 5 y que procedemos a nombrar:

- La Asociación de Peregrinación de los Peregrinos Procedentes de los Países Árabes;
- La Asociación de Peregrinos Procedentes del Sur de Asia;
- La Asociación de Peregrinos Procedentes de África;
- La Asociación de Peregrinos Procedentes del Sureste de Asia;
- La Asociación de Peregrinos Procedentes de Turquía, Europa, América del norte, América del sur y Australia³³.

4.5.4. Ampliaciones de las dos mezquitas sagradas

La mezquita de La Meca ha conocido diferentes ampliaciones dado el aumento considerable de peregrinos que visitan la ciudad cada año. La primera ampliación tuvo lugar en la época del califa `Umar Bin al-Jattāb (año 638), con el aumento de la superficie a los 560 m². Posteriormente, continuaron con las reformas de la mezquita diferentes califas y los reyes de los Imperios omeya, abasí y otomano.

³³ Disponible en: www.hajj.gov.sa/arabic/Hajj/ArbabAlTawaif/pages/southeast.aspx. Consulta: 02.02.2018.

En 1988, el Estado saudí realizó una de las más grandes ampliaciones de la mezquita de La Meca desde hacía 14 siglos. Tras las obras, cuenta con una superficie de 356.000 m², más de 30 entradas y capacidad para recibir a 1,5 millones de peregrinos anualmente. El rey Abdallah Bin Abdalaziz continuó la ampliación para poder recibir en el futuro a 2 millones de peregrinos al año (*Tawsi`at al-Masyid al-Harām*, 2011).

Por su parte, según el diario (*Tawsi`at al-Masyidal-Nabawī*, 2014), la mezquita de Medina, construida por el profeta Muhammad, comenzó también a ampliarse en época del califa `Umar Bin al-Jattāb, quien añadió una parte de terreno a la mezquita por la parte norte.

La última ampliación fue realizada por el rey Fahed Bin Abdalaziz en 1985. La mezquita tiene actualmente una superficie de más de 160.000 m². En el año 2012, el rey Abdallah Bin Abdelaziz puso en marcha el proyecto de la nueva ampliación de esta. Se espera a que acoja a 2,8 millones de peregrinos cada año.

4.5.5. Capacidad hospitalaria

Con el objetivo de atender a los peregrinos de una manera eficiente y rápida y debido al aumento significativo de Peregrinos que acuden a dichos hospitales, el Estado saudí puso en marcha en 2004 diferentes proyectos para mejorar los centros de atención primaria, construir nuevos centros sanitarios, renovar los hospitales existentes y dotarlos de equipamientos modernos.

Hasta la fecha, ya se han construido 7 hospitales, con un total de 1.158 camas, y 48 centros de salud (Reino de Arabia Saudí, 2014a: 49).

4.6. Conclusiones

En este capítulo hemos descrito el contexto sociocultural y religioso del estudio. En primer lugar se proporciona información básica sobre el Reino de la Arabia Saudí, su situación lingüística y su clima, que en La Meca y Medina supera los 50 grados en verano.

Seguidamente se describe el fenómeno de la Peregrinación Mayor, su significado simbólico, sus similitudes y diferencias con otros fenómenos similares, su carácter anual coincidente con cualquier estación del año; los desplazamientos en masa de peregrinos procedentes de todos los lugares del mundo hasta La Meca y Medina, con los problemas de transmisión de enfermedades contagiosas que ello podría suponer; la edad avanzada de la

mayoría de los peregrinos y el reto físico que suponen los ritos de la Peregrinación, sobre todo en verano, y las demandas sanitarias, muy a menudo de carácter urgente, que todo ello conlleva.

Se describen también los esfuerzos desplegados por el Estado saudí para facilitar la Peregrinación Mayor, como la construcción del Aeropuerto Internacional del Rey Abdelaziz, la ampliación de las mezquitas de La Meca y Medina, la puesta en marcha de los trenes de alta velocidad que unen las dos ciudades sagradas con el Aeropuerto Internacional del Rey Abdelaziz, el gran número de hospitales disponibles, que ofrecen a los peregrinos atención sanitaria gratuita y de excelencia, y la disponibilidad de organismos públicos exclusivamente dedicados a la gestión de la Peregrinación Mayor, en particular el Ministerio de Asuntos de la Peregrinación, que proporciona personal cualificado sobre el terreno las 24 horas del día y coordina todos los servicios públicos al servicio del peregrino.

En el capítulo siguiente analizamos la metodología utilizada en esta investigación.

5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Con anterioridad hemos presentado en nuestra tesis el estado de los estudios de traducción basados en el estudio de casos, hemos esbozado el estado de la cuestión en traductología de la TISS y nos hemos detenido en los aspectos que permitirán construir el mapa teórico de nuestro estudio.

En este capítulo describiremos y justificaremos la metodología adoptada en la investigación. Para ello definiremos y clasificaremos los estudios de caso y explicaremos sus características y el diseño de nuestra investigación, así como la forma del procedimiento para aplicar la metodología.

5.1. Definición de estudio de caso

El estudio de casos es un método de investigación empírico, cualitativo y cuantitativo que permite analizar fenómenos socialmente relevantes y comprobar, generar o refutar nuevas teorías. Su aplicación exige recurrir a instrumentos de recogida de datos como las entrevistas semiestructuradas, los cuestionarios y la observación participante.

Según Yin (1989: 33), reputado investigador en la materia, el estudio de casos es una metodología empírica que estudia un fenómeno contemporáneo y real utilizando diferentes fuentes de prueba.

López Caballero añade que el estudio de casos es una relación escrita que describe un hecho sucedido en un lugar y tiempo determinados basándose en situaciones reales que serán tratadas y analizadas con la ayuda de cifras, nombres y citas locales.

Con una extensión que equivalía desde una página hasta veinte, un caso es una relación escrita que describe una situación acaecida en la vida de una persona, familia, grupo o una empresa. En la mayoría de las veces, los casos están basados en situaciones reales, disfrazadas en cuanto a fechas, nombres y citas locales, hecho que no tiene importancia en el análisis posterior (López Caballero, 1998: 15-16).

Por otra parte, según Coller:

Un caso es un objeto de estudio con unas fronteras más o menos claras que se analiza en su contexto y que se considera relevante bien sea para comprobar, ilustrar o construir una teoría o una parte de ella, bien sea por su valor intrínseco. Para su análisis se pueden utilizar materiales diferentes, desde entrevistas semiestructuradas hasta análisis de contenido de documentos varios pasando por encuestas u

observación participante. El caso a estudiar puede ser un persona una familia, tribu, región geográfica, religión, política gubernamental, el exbloque soviético o una organización. Cualquier objeto de naturaleza social puede construirse como un caso (Coller, 2000: 29).

Por último, Parra Galiano define el estudio de casos como sigue:

Es una metodología cualitativa (descriptiva o analítica) que se utiliza para estudiar algo específico dentro de un fenómeno complejo. El “caso” se entiende como un sistema integrado y en funcionamiento, por lo que requiere un análisis que logre interpretar y reconstruir ese sistema (Parra Galiano, 2004: 200).

Una vez definido el estudio de caso, en el siguiente apartado pasamos a exponer las clasificaciones del mismo, propuestos por diferentes autores de la materia, con el objetivo de clasificar nuestro caso.

5.2. Clasificaciones de los estudios de casos

Entre los autores que han clasificado los estudios de casos destacan Bogdan y Biklen (1982), Yin (1989) y Coller (2000).

Bogdan y Biklen (1982), citados en Hurtado Tojar (2006: 117) clasificaron el estudio de caso único en seis tipos:

1. Histórico-organizativo, que se ocupa del desarrollo de una institución.
2. Observacional, que utiliza la observación participante como principal técnica de recogida de datos.
3. Biográfico, que se construye en primera persona, fundamentalmente con la ayuda de entrevistas.
4. Comunitario, que se centra en el estudio de una comunidad o colectivo que comparte un determinado contexto.
5. Situacional, que estudia un acontecimiento desde la perspectiva de sus protagonistas.
6. Microetnográfico, que se centra en pequeñas unidades dentro de una institución o comunidad.

Yin (1989: 28) divide los estudios de casos en cuatro tipos, según el número de casos abordados y los niveles de análisis:

1. Cuando se aborda un caso único o unidad de análisis.
2. Cuando se aborda una sola unidad de análisis, aunque esta incluya subunidades.
3. Cuando se abordan varios casos con una unidad principal de análisis.
4. Cuando se abordan varios casos con diferentes unidades de análisis.

Coller (2000: 31) propone una clasificación de los estudios de casos basada en el objeto de análisis, el alcance del caso, su naturaleza, el tipo de acontecimiento, el uso del caso y el número de casos. La siguiente tabla resume las tipologías establecidas por este autor:

Tabla 10. Clasificaciones de los estudios de casos.

	Tipo
Según lo que se estudia	- Objeto - Proceso
Según el alcance del caso	- Específico - Genérico (ejemplar, instrumental)
Según la naturaleza del caso	- Ejemplar - Polar (extremo) - Típico - Único (contextual, irreplicable, pionero, excepcional) - Desviado (negativo) - Teóricamente desviado
Según el tipo de acontecimiento	- Histórico (diacrónico) - Contemporáneo (sincrónico) - Híbrido
Según el uso del caso	- Exploratorio (descriptivo) - Analítico - Con hipótesis - Sin hipótesis
Según el número de casos	- Único - Múltiple - Paralelos - Disimilares

Fuente: Coller (2000: 31).

A nuestro juicio, la clasificación de Coller (2000) es la más completa y adecuada para nuestra investigación, por lo que la detallaremos más adelante.

En el siguiente apartado justificamos la metodología utilizada para realizar nuestro estudio.

5.3. Justificación de la metodología adoptada

El estudio de caso se originó en la sociología. Según Coller (2000: 17), la investigación social consiste en describir y explicar la realidad mediante la reproducción de representaciones. Dichas representaciones deben ser relevantes para la sociedad.

Entre los autores favorables al empleo de esta metodología conviene destacar a Chetty (1996), para quien esta metodología:

- Permite investigar adecuadamente los fenómenos sociales para conocer cómo y por qué ocurren.
- Es ideal para temas de investigación que carecen de teorías adecuadas.
- Permite analizar los fenómenos desde múltiples perspectivas y considerando diferentes variables.
- Desempeña una función tal en la investigación que su empleo no debería limitarse a la exploración inicial.

López Caballero (1998: 16), por su parte, añade que el estudio de caso sirve para analizar un problema y determinar el método para su posterior análisis, adquirir agilidad en determinadas alternativas y tomar decisiones.

Para Martínez Carazo (2006: 189), el estudio de caso es una metodología capaz de crear nuevos paradigmas científicos y desarrollar determinados campos, por lo que es apta para cualquier investigación social.

Finalmente, Villarreal y Landeta (2010: 32) sostienen que los estudios de caso hacen posible el avance de las ciencias al facilitar el análisis de fenómenos sociales concretos en su contexto real y mediante pruebas cuantitativas.

Por otro lado, esta metodología de investigación es también apropiada para los estudios de traducción (Williams y Chesterman, 2002: 65). En este contexto, Burdeus Domingo (2015: 68) sostiene que Vargas-Urpí (2009) propone una definición de los ámbitos de estudio de la investigación en ISP, basada en aquellos realizados por Williams y Chesterman (2002). Dicha propuesta incluye:

- Análisis de las técnicas de la ISP;
- Evaluación de la calidad en ISP;
- Contextos de la ISP;
- ISP y tecnología;
- Historia de la ISP;
- Cuestiones éticas en ISP;
- Aplicación de la terminología y los glosarios a la ISP;
- Competencias en ISP;

- Condiciones laborales de los profesionales de la ISP;
- Formación de profesionales de la ISP;
- Profesionalización de la ISP (Burdeus Domingo, 2015: 68-69).

La autora sostiene que la profesionalización de la ISP es la más abordada en las investigaciones realizadas.

Valero-Garcés y Penas-Díaz proponen esta otra clasificación metodológica en la investigación en ISP:

- Estudios basados en los métodos de análisis del discurso, utilizando transcripciones de datos obtenidos en contextos reales (e.g. consultas médicas, juicios, etc.);
- Estudios basados en métodos etnográficos, que utilizan la observación y entrevistas como fuente de datos, e interpretados más tarde desde presupuestos teóricos distintos;
- Estudios sobre estados de la cuestión, descripción de la situación en contextos y países, utilizando fundamentalmente cuestionarios;
- Estudios experimentales que utilizan métodos de la psicolingüística y psicología (Valero-Garcés y Penas-Díaz, 2008: 2).

Gile (1998: 69-85) propone una definición de la investigación en la interpretación que se basa en los estudios realizados por los expertos en la materia, cuya metodología es observacional o experimental. Dicha metodología requiere la recogida y procesamiento de datos y ofrece resultados científicos.

Martín propone esta otra división metodológica de los estudios e investigaciones en TISP:

En primer lugar habría que situar los estudios sobre interacción a los que nos hemos referido arriba al hablar de la interpretación dialógica, realizados bajo el prisma de la sociolingüística y el análisis de discurso y que constituyen probablemente la mayor parte de la investigación realizada hasta la fecha. Un segundo grupo se correspondería con aquellos estudios que recaban datos, hechos u opiniones sobre la interpretación social, y que suelen realizarse mediante encuestas y cuestionarios que buscan recabar la percepción de los usuarios y de los intérpretes sobre su papel en el encuentro comunicativo y/o su grado de satisfacción con el resultado del mismo. Finalmente hay que señalar la abundancia de estudios y reflexiones sobre el estado de la cuestión, análisis más o menos descriptivos sobre la realidad de la interpretación social en distintos países y que incluyen modelos y propuestas de clasificación (Martín, 2003: 435).

Finalmente, Hale afirma:

Four main approaches have been adopted by the majority of research studies into Community Interpreting:

1. the discourse analytical approach, using transcriptions of naturally occurring speech for their data;
2. the ethnographic approach, using mostly field observations, interviews and focus groups as elicitation techniques, relying on a number of different theoretical frameworks;
3. survey research, using mostly questionnaires; and
4. the experimental approach using methods from psycholinguistics and psychology (Hale, 2007: 202).

La misma autora (2007: 206) señala que algunos estudios realizados en el ámbito de la TISP combinan varias metodologías de investigación.

Nuestro estudio adopta la metodología descrita, ya que es experimental y observacional y pretende ofrecer datos científicos útiles para la disciplina. Para ello se describen los servicios de ISS en Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor empleando los datos empíricos suministrados por entrevistas y cuestionarios realizados sobre el terreno (véase apartado 5.4.2).

Desde esta perspectiva, nuestro caso tiene un alcance genérico o instrumental, dado que sus conclusiones se podrían extrapolar a casos similares. Por otro lado, es pionero, dado que es el primer proyecto de investigación en la materia, y es relevante para la comunidad científica por las características singulares de su objeto de estudio (véase capítulo 4). Además, el caso que nos concierne es híbrido, al combinar un suceso histórico y sincrónico a la vez, puesto que el fenómeno que se estudia está activo y se repite cada año. Asimismo, es exploratorio y analítico, porque lo que pretendemos es explicar, describir y analizar el servicio de la ISS en la Peregrinación Mayor. Por último, esta investigación aborda un solo caso. En la siguiente tabla resumimos la tipología del caso que nos ocupa:

Tabla 11. Tipología del caso en cuestión.

	Tipo
Según lo que se estudia	- Proceso
Según el alcance del caso	- Genérico (ejemplar, instrumental)
Según la naturaleza del caso	- Ejemplar
Según el tipo de acontecimiento	- Híbrido
Según el uso del caso	- Analítico - Sin hipótesis
Según el número de casos	- Único

Fuente: elaboración propia.

Basándonos en lo expuesto anteriormente podemos caracterizar nuestra metodología de investigación como empírica, cualitativa, cuantitativa, observacional, descriptiva y exploratoria, características que comparte con Parra Galiano (2004).

Es empírica porque usamos entrevistas grabadas y cuestionarios que nos ayudan a obtener datos sobre la existencia de los servicios de interpretación en los hospitales en la Peregrinación Mayor.

Es cualitativa porque usamos datos cualitativos (declaraciones, observaciones, etc.).

Y es cuantitativa, ya que pretendemos conocer la frecuencia con la que aparecen las respuestas dadas y nos basamos en los números para sacar conclusiones.

Finalmente, es observacional porque estudia un fenómeno real contemporáneo.

Dadas las limitaciones de nuestro estudio y sus características, podemos afirmar que la metodología de los estudios de casos es la adecuada para nuestra investigación.

En los siguientes apartados presentaremos las etapas seguidas en la investigación.

5.4. Diseño de la investigación: fases

La metodología de los estudios de casos comprende tres fases: el diseño de la investigación, el trabajo de campo y la narración del caso.

5.4.1. Diseño de la investigación

La fase inicial consiste en el diseño de la investigación. El documento interno del diseño incluye las etapas de la investigación y sus aspectos teóricos y contiene los siguientes elementos a la vista de lo propuesto por Coller (2000: 66-70):

- a) Mapa sintético de las teorías relevantes a las que se dirige el caso.
- b) Justificación del objeto de la investigación y de los motivos que condujeron a escoger este caso y no otro.
- c) Algunas ideas o proposiciones que se quieran demostrar o comprobar durante el análisis del caso.
- d) El tipo de material recopilado para la construcción y el análisis posterior del caso (encuestas, documentos, estadísticas, entrevistas, etc.).

- e) Plan de actuación, que consiste en la planificación temporal de las fechas del comienzo y en la finalización provisional del estudio y de las tareas de la investigación (elaboración del documento del diseño de la investigación, elaboración de las cartas de contacto, visitas a los sitios del caso, entrevistas, redacción de la narración, etc.).
- f) Listado de la bibliografía utilizada para la elaboración del caso.
- g) Definición de casos relacionados con el caso en cuestión con vistas a proceder a su estudio.

Para sacar el máximo provecho de nuestro caso hemos tomado en consideración las técnicas de la pertinencia teórica³⁴ y la adecuación teórica³⁵.

5.4.2. Trabajo de campo

En la segunda fase de nuestra investigación determinamos la forma de recopilar los datos y de acceder a nuestro caso y, finalmente, se analizan los datos obtenidos.

5.4.2.1. Estancia de investigación

Conviene señalar que la entrada y la estancia en el país no resultaron fáciles.

Tras obtener la autorización del Centro de Investigación³⁶ (en adelante, CI), nos desplazamos a Arabia Saudí para realizar el trabajo de campo, que se desarrolló entre los días 9 de agosto de 2015 y 17 de octubre de 2015. Nuestra investigación fue aprobada por la Comisión Ética del CI³⁷ (véase anexo 1). En los anexos 2 y 3 adjuntamos las cartas de invitación y de aceptación para realizar la estancia, respectivamente.

Durante los primeros días de estancia se acordaron las etapas para el desarrollo del trabajo de campo y nos designaron una tutora del CI y dos asistentes para facilitar el avance de las tareas (redacción de las cartas de invitación para los hospitales participantes, concertación de

³⁴ La técnica de la pertinencia teórica se refiere a la elección de las personas que mejor y más información pueden generar sobre la investigación (Hurtado Tojar 2006: 186).

³⁵ La adecuación o saturación se refiere a contar con los datos necesarios y suficientes para una comprensión lo más exhaustiva posible del fenómeno (Hurtado Tojar, 2006: 186).

³⁶ Fundado en 2012, el CI es uno de los departamentos del Complejo Sanitario Rey Abdallah (La Meca). Tiene por finalidad promover todo tipo de investigación o estudio relacionado con la Peregrinación, entre otras cosas, en las esferas sanitaria y social.

³⁷ Es una comisión ética formada por diez miembros que analiza los riesgos sobre los pacientes de las investigaciones que se pretenden realizar en el Complejo Sanitario Rey Abdallah.

citas, recopilación de documentos y desplazamientos entre los hospitales) y el cumplimiento de los procedimientos internos del CI.

Conviene señalar que, con la colaboración del CI, se elaboró una carta suscrita por los responsables de ese organismo que invitaba a participar en el estudio a los establecimientos sanitarios visitados (véase anexo 4). La carta presentaba al investigador, su procedencia institucional, la investigación y su importancia para la peregrinación a La Meca, y solicitaba que se nos facilitara el acceso para realizar las entrevistas en los servicios hospitalarios que recibieran más peregrinos no arabófonos, a su personal administrativo, a sus médicos y enfermeros y a sus intérpretes (incluidos los voluntarios).

Aunque esta documentación se remitió por correo ordinario, para ganar tiempo nos desplazamos a cada hospital con una copia impresa. A pesar de ello, los procedimientos hospitalarios administrativos previos a la realización de la investigación retrasaron notablemente la realización del estudio.

5.4.2.2. Recogida de datos

Basándonos en Coller (2000), y puesto que el tema se desarrolla en entornos sociales, adoptamos la entrevista como instrumento de recogida de datos. La entrevista nos permite averiguar el proceso social que estamos investigando, tener acceso a la información requerida a través de las preguntas abiertas formuladas y comparar las respuestas de los grupos para sacar conclusiones.

Hemos usado la entrevista semiestructurada con sus preguntas abiertas por ser el instrumento idóneo para este tipo de estudios exploratorios. Las entrevistas se registraron con una grabadora Panasonic, lo que nos permitió conservar toda la información ofrecida por los entrevistados sin confiar en la memoria humana, en particular los elementos discursivos (tono de voz, pausas, etc.).

Las preguntas estaban orientadas a la consecución de los objetivos planteados en el estudio. Se formularon de forma precisa y directa para facilitar la recogida de información, aminorar el tiempo de respuesta y agilizar el proceso. Al administrar las entrevistas nos ceñimos al guion previo.

Los encuentros se produjeron en los despachos de los entrevistados o en algún área adscrita al centro sanitario, por tanto, en lugares adecuados y familiares para los

entrevistados. Aunque en ocasiones se interrumpió la entrevista por una llamada telefónica o la visita de un miembro del hospital o un paciente, esto no influyó en el resultado.

Realizamos 90 entrevistas en La Meca y Medina, 84 en árabe y 6 en inglés, de las cuales 4 no fueron grabadas, ya que los entrevistados que fueron mujeres rehusaron ser grabadas. Este hecho se debe a que se sentían incomodas o por razones personales que desconocemos. En esos 4 casos tomamos nota de sus respuestas.

Cabe señalar que, para facilitar el acceso a las entrevistas, todas las entrevistas fueron traducidas al castellano y posteriormente usadas para realizar el análisis (véanse anexos 14 y 15 en el CD adjunto a este volumen).

Las entrevistas se realizaron en los siguientes establecimientos:

i. La Meca:

- Complejo Sanitario Rey Abdallah.
- Hospital Ginecológico y Materno-Infantil.
- Hospital Rey Abdelaziz.
- Hospital al-Nur
- Oficina de Sensibilización de las Comunidades.
- Asociación de Peregrinos Turcos.

ii. Medina:

- Hospital al-Ansar.
- Hospital Rey Fahed.
- Hospital Uhud.
- Hospital Ginecológico y Materno-Infantil.

En las siguientes tablas exponemos el número de establecimientos sanitarios con detalles del número de personal sanitario y administrativo, desglosados por ciudad, con el objetivo de dar una visión panorámica sobre el número de establecimientos sanitarios que trabajan en la Peregrinación Mayor, así como el número de personal previsto. La información dada puede ser de gran utilidad para el análisis de nuestros datos y, por consiguiente, para poder sacar conclusiones.

Tabla 12. Número de establecimientos sanitarios desglosado por ciudad.

Establecimiento sanitario	La Meca	Lugares de los ritos	Medina	Total
Hospitales permanentes	8	0	9	17
Hospitales temporales	0	8	0	8
Centros de salud permanentes	31	0	13	44
Centros de salud temporales	12	96	6	114

Fuente: Reino de Arabia Saudí (2015: 241).

En nuestro caso, los 8 hospitales seleccionados para el estudio de ambas ciudades son permanentes. No pudimos realizar entrevistas en los hospitales y centros de salud de los lugares de ritos, ya que no obtuvimos el permiso correspondiente. Dichos establecimientos son de difícil acceso, por el número considerable de pacientes y la indisponibilidad del personal sanitario.

Tabla 13. Total del personal sanitario, Peregrinación Mayor (2015).

Categoría	Nº de personal	%
Personal sanitario ayudante	6.853	28,5
Enfermeros	6.611	27,5
Personal administrativo	4.914	20,4
Médicos	4.344	18,1
Otros	1.318	5,5
Total	24.040	100

Fuente: Reino de Arabia Saudí (2015: 242).

Cabe señalar que entrevistamos a un número limitado de personas, debido a los accidentes que sufrió la ciudad de La Meca durante nuestra estancia, y, por consiguiente, la indisponibilidad del personal para que nos proporcionara la información necesaria para nuestra investigación. Se trata de los accidentes de la estampida de Mina y la caída de la grúa en el patio de la mezquita de La Meca.

No todos los entrevistados mostraron el mismo nivel de implicación. Algunos fueron desinhibidos en sus respuestas; otros, más reticentes, parecían temerosos, quizás porque temían perder su trabajo si se mostraban críticos. Esta actitud reticente era en particular visible en el personal de nacionalidad siria, seguramente por los problemas que su país atraviesa en la actualidad. Algunos entrevistados nos proporcionaron información contradictoria, especialmente los saudíes, como podremos comprobar más adelante. Otros

rechazaron participar en el estudio por la indisponibilidad de tiempo o por la inutilidad del estudio, según ellos.

Por último, y con el objetivo de no perder ningún detalle de nuestra estancia en el país, creamos un documento con las actividades diarias y comentarios oportunos para nuestro estudio.

En el encuentro se informaba al entrevistado mediante un documento impreso de nuestra procedencia institucional y situación académica, se resumía la investigación, se explicaba la necesidad de realizar la entrevista y su duración, se le solicitaba permiso para grabar, se le facilitaban datos de contacto por si deseaba conocer las conclusiones del análisis de los datos y se le agradecía su interés y colaboración en la investigación.

Durante la entrevista dejamos que el entrevistado se expresara libremente y fuimos añadiendo preguntas adicionales según lo requiriera la situación. Siempre conservamos el orden de las preguntas para facilitar el análisis.

La muestra constaba de 6 grupos:

- i. Representantes de las Asociaciones de la Peregrinación.
- ii. Directores de servicios sanitarios.
- iii. Médicos.
- iv. Enfermeros.
- v. Personal administrativo.
- vi. Intérpretes, voluntarios o profesionales.

Elaboramos cuatro guiones de entrevistas para los 6 grupos de entrevistados. Los directores de servicios sanitarios, los médicos y los enfermeros tuvieron un guion de entrevista único por la similitud de sus funciones. En los anexos 6-9 incluimos los cuatro guiones de las entrevistas realizadas.

Por otro lado, administramos un cuestionario previo, en árabe o inglés, para obtener datos sobre el perfil de las personas que participaron en el estudio: sexo, edad, nacionalidad, lengua materna, estudios y años de experiencia profesional, entre otras cuestiones, con el objetivo de garantizar que la información fuera válida (véase anexo 10: guion relativo al perfil de los entrevistados).

Para analizar la información obtenida introdujimos manualmente los datos en el programa estadístico SPSS, lo que nos permitió analizar porcentualmente las respuestas de los

entrevistados (véanse anexos 11 y 12 de los cuestionarios). En el capítulo siguiente analizaremos los datos obtenidos.

Finalmente, recurrimos a diferentes técnicas para cerciorarnos de la información dada en las entrevistas, ya que, según Babbie (1989: 119-126), los datos científicos deben ser válidos³⁸ y fiables³⁹.

Es importante señalar que, durante nuestra estancia en el país, pudimos poner en práctica la técnica de observación participante⁴⁰, lo que fue de gran ayuda. Para ello tuvimos la ocasión, con autorización previa, de asistir a interpretaciones realizadas por intérpretes voluntarios o profesionales, y fuimos testigos de cómo se atiende a los pacientes no arabófonos (véase capítulo 7).

Para evitar cualquier error o malentendido a lo largo del proceso de recogida de datos, no incurrir en un análisis subjetivo de los datos y dotar a la investigación de validez interna hemos utilizado la técnica de la triangulación⁴¹.

Dado que el proceso de recopilación de datos está gobernado por la teoría, hemos recurrido al muestreo motivado. Hurtado Tojar lo define de la siguiente manera:

El muestreo es el procedimiento mediante el cual seleccionamos situaciones, acontecimientos, personas, lugares, momentos e incluso temas, para considerarlos en la investigación (Hurtado Tojar, 2006: 185).

Por otro lado, según Coller (2000: 76), el investigador tiene razones de peso para escoger un caso determinado y no otro.

En nuestro estudio, el muestreo motivado se refleja en las categorías profesionales citadas anteriormente, que componen la muestra del estudio, el tipo y contenido de preguntas dirigidas a los entrevistados y el momento de la estancia en el país, así como los centros sanitarios elegidos para la participación en el estudio.

³⁸ Por validez se entiende que la investigación produzca resultados ciertos, no erróneos ni sesgados. La validez puede ser interna si se refiere a la inexistencia o minimización de errores en el diseño y realización de la investigación, o externa si se refiere a la capacidad de generalización que ofrecen los resultados de la investigación (Coller, 2000: 54).

³⁹ Por fiabilidad se entiende la obtención de los mismos resultados o conclusiones cuando se repite la investigación en el mismo sitio o con las mismas personas, y siguiendo los mismos pasos o métodos utilizados anteriormente (Coller, 2000: 54).

⁴⁰ Es una técnica de investigación empírica diseñada para trabajar directamente sobre el terreno, sobre el lugar en el que se desenvuelve la vida real. Como indica su nombre, lo que se pretende al practicarla es observar a través de la participación en aquello que se observa (San Martín, 2010: 145).

⁴¹ La técnica de la triangulación consiste en comprobar y contrastar las informaciones recibidas con varias fuentes: otros informantes, documentos, etc. (Parra Galiano, 2004: 204).

5.4.2.3. Análisis de los datos

Una vez recopilados los datos procedimos a su análisis. En primer lugar, se escucharon y transcribieron las grabaciones. Esto nos permitió homogeneizar los datos y aplicar códigos⁴² para facilitar la organización y la recuperación de la información (véase anexo 13 de los códigos). Hemos transcrito las respuestas completas, ya que la consulta en la literatura especializada no indicaba otra cosa. En los anexos 14 y 15 incluimos las transcripciones de las entrevistas en castellano, árabe e inglés.

Finalizada la transcripción, descartamos las entrevistas que no proporcionaban información pertinente para agilizar el análisis. En el siguiente capítulo expondremos el número de entrevistas descartadas.

Seguidamente agrupamos las entrevistas elegidas para ordenar la información en bloques y comparar las respuestas de entrevistados que ocuparan cargos similares. Una vez agrupadas, introdujimos los códigos anteriormente referidos.

Siguiendo a Burdeus Domingo (2010), para exponer con claridad los resultados del análisis hemos usado tablas discursivas con las preguntas, los códigos correspondientes, un resumen de la respuesta y observaciones (véanse anexos 14 y 15).

5.4.3. La narración del caso

Después de recopilar la información necesaria para la redacción de nuestro caso, procedimos a narrarlo. Para ello hemos seleccionado la información más relevante y hemos narrado el caso de forma accesible. La información adicional se reserva para futuras investigaciones.

En esta fase final de nuestro estudio seguimos el esquema propuesto por Coller (2000: 96). Para ello explicitamos el objeto de nuestra investigación, justificamos la elección del caso y exponemos el método de investigación, de modo que se facilite la labor a los futuros investigadores. En este punto hemos procedido a analizar la información obtenida basándonos en el mapa de teorías que detallamos a continuación y exponemos nuestras principales conclusiones.

⁴² Según Miles y Huberman (1984: 56), un código es como una categoría que “habitualmente deriva de las preguntas de la investigación, hipótesis, conceptos clave y temas importantes. Es un instrumento de organización y recuperación [de la información] que permite al analista identificar rápidamente, extraer y agrupar todos los segmentos [de información] relacionados con una pregunta, hipótesis, concepto o tema”.

5.5. Mapa sintético de teorías

El mapa de teorías contiene las teorías necesarias para la construcción y el análisis adecuado del caso. Dichas teorías son la guía que debe seguir el investigador para la realización de su estudio. Como cualquier otra disciplina, los estudios de traducción defienden que la investigación teórica y empírica se complementan. No se puede observar un fenómeno sin tener en cuenta la teoría pertinente.

El marco teórico en el que se inserta nuestro trabajo es la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP), concretamente el ámbito de la Traducción e Interpretación en los Servicios Sanitarios (TISS).

El mapa conceptual de teorías que nos concierne se limita a las modalidades de interpretación expuestas en los capítulos anteriores, además de la profesionalización, la acreditación y el código ético de la profesión del intérprete en los servicios sanitarios.

5.6. Conclusiones

En este capítulo se describe la metodología utilizada en la investigación. La metodología de los estudios de caso es de carácter empírico, cualitativo, cuantitativo y observacional. Permite analizar fenómenos socialmente relevantes y comprobar, generar o refutar nuevas teorías. Su aplicación exige recurrir a instrumentos de recogida de datos, como las entrevistas semiestructuradas, los cuestionarios y la observación participante.

Se clasifican los estudios de caso y se define nuestra investigación como un estudio de caso de alcance genérico o instrumental, dado que sus conclusiones se podrían extrapolar a casos similares, pionero, relevante, híbrido, histórico y sincrónico a un tiempo, puesto que el fenómeno está activo y se repite anualmente, exploratorio, analítico y aplicado a un solo caso.

Seguidamente se justifica nuestra adopción de esta metodología basándonos en Martín (2003), Hale (2007), Valero-Garcés y Penas-Díaz (2008), entre otros, y se describen las fases que se siguieron en esta investigación: diseño, trabajo de campo y narración del caso.

Por último, se explica con detalle la metodología empleada para el análisis de datos.

En el siguiente capítulo presentamos los datos recopilados sobre el terreno.

6. FUENTE DE DATOS

Con anterioridad hemos introducido teóricamente los estudios de caso en traducción e interpretación y hemos descrito la metodología de nuestro trabajo. Seguidamente describiremos la fuente de nuestros datos: número de entrevistas, con datos desglosados por ciudad y establecimiento, y perfil de los entrevistados. El lector debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Todas las cifras se han redondeado a la unidad.
2. Si en una casilla figura 0 es que en el grupo en cuestión nadie aludió a ese punto o contestó. En cualquier otro caso, la cifra corresponde al porcentaje de miembros del grupo entrevistado que respondió afirmativamente.
3. La respuesta de algunos entrevistados pudo ser múltiple. En ese caso, la suma de las respuestas puede dar un resultado superior al número de entrevistados.

6.1. Establecimientos, participantes, servicios y grupos

6.1.1. Establecimientos y participantes

En total realizamos 90 entrevistas. En La Meca se realizaron 56 (el 62% del total) en 6 establecimientos, y en Medina 34 (el 38% del total) en 4 establecimientos.

En la tabla siguiente se muestran los establecimientos (nombre y abreviatura), ordenados por porcentaje de entrevistados respecto al total de participantes en la investigación. Tras cada establecimiento se aclara su ubicación y el porcentaje de entrevistados respecto al total de participantes en la localidad y al total de participantes en la investigación.

Tabla 14. Establecimientos participantes, localidades en las que se encuentran y porcentaje de entrevistados respecto al total de participantes en la localidad y al total de participantes en la investigación.

Establecimiento	Localidad	% participantes en la investigación	% participantes en la localidad
Complejo Sanitario Rey Abdallah (CSRA)	La Meca	28	45
Hospital al-Nur (HAN)	La Meca	14	23
Hospital Rey Fahed (HRF)	Medina	12	33
Hospital Ginecológico y Materno-	La Meca	12	20

Infantil (HGMI1)			
Hospital Ginecológico y Materno-Infantil (HGMI2)	Medina	11	29
Hospital al-Ansar (HAA)	Medina	9	24
Hospital Rey Abdelaziz (HRA)	La Meca	6	9
Hospital Uhud (HU)	Medina	6	15
Oficina de Sensibilización de las Comunidades (OFC) ⁴³	La Meca	1	2
Asociación de Peregrinos Turcos (APT)	La Meca	1	2
Total		100	

Fuente: elaboración propia.

6.1.2. Servicios

En las tablas siguientes figura el número de entrevistas realizadas en cada establecimiento con datos desglosados por grupo de entrevistados y porcentaje en relación con el total de entrevistas realizadas en la localidad. Los datos se organizan según localidad. OFC y APT carecen de diferentes servicios.

6.1.2.1. La Meca

Tabla 15. Entrevistas realizadas en el CSRA, datos desglosados según servicio.

Hospital	Servicio	Nº de entrevistas	%
CSRA	Administración	7	28
	Cardiología	6	24
	Unidad de Cuidados Intensivos	5	20
	Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares	3	12
	Farmacia	1	4
	Radiología	1	4
	Quirófano	1	4
	Urgencias	1	4
	Total		25

Fuente: elaboración propia.

⁴³ La OFC es un organismo del Ministerio de Asuntos Islámicos saudí. Tiene por misión orientar a las comunidades de musulmanes de todo el mundo sobre cómo realizar los ritos de la Peregrinación Mayor y Menor de forma correcta.

Tabla 16. Entrevistas realizadas en el HAN, datos desglosados según servicio.

Hospital	Servicio	Nº de entrevistas	%
HAN	Administración	7	54
	Consultas externas	3	23
	Urgencias	3	23
	Total	13	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 17. Entrevistas realizadas en el HGMI1, datos desglosados según servicio.

Hospital	Servicio	Nº de entrevistas	%
HGMI1	Administración	4	36
	Urgencias	4	36
	Ginecología	3	27
	Total	11	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 18. Entrevistas realizadas en el HRA, datos desglosados según servicio.

Hospital	Servicio	Nº de entrevistas	%
HRA	Administración	4	80
	Urgencias	1	20
	Total	5	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 19. Entrevistas realizadas en otros establecimientos de La Meca.

Institución	Nº de entrevistas	%
OFC	1	50
APT	1	50
Total	2	100

Fuente: elaboración propia.

6.1.2.2. Medina

Tabla 20. Entrevistas realizadas en el HRF, datos desglosados según servicio.

Hospital	Servicio	Nº de entrevistas	%
HRF	Medicina interna	5	45
	Urgencias	4	36
	Administración	2	18
	Total	11	32

Fuente: elaboración propia.

Tabla 21. Entrevistas realizadas en el HGMI2, datos desglosados según servicio.

Hospital	Servicio	Nº de entrevistas	%
HGMI Medina	Ginecología	5	50
	Administración	3	30
	Urgencias	2	20
	Total	10	29

Fuente: elaboración propia.

Tabla 22. Entrevistas realizadas en el HAA, datos desglosados según servicio.

Hospital	Servicio	Nº de entrevistas	%
HAA	Medicina Interna	4	50
	Administración	3	38
	Urgencias	1	13
	Total	8	24

Fuente: elaboración propia.

Tabla 23. Entrevistas realizadas en el HU, datos desglosados según servicio.

Hospital	Servicio	Nº de entrevistas	%
HU	Urgencias	3	60
	Administración	1	20
	Consultas externas	1	20
	Total	5	15

Fuente: elaboración propia.

6.1.3. Grupos de entrevistados

Recordemos que la muestra constaba de 6 grupos de entrevistados:

- i. Representantes de las asociaciones de la peregrinación (RRAAPP).
- ii. Directores de servicios sanitarios (DDSSSS).
- iii. Médicos (MM).
- iv. Enfermeros (EE).
- v. Empleados del personal administrativo (EEPA).
- vi. Intérpretes, voluntarios o profesionales (II).

En las siguientes tablas se muestra el número de entrevistas realizadas en cada hospital con datos desglosados por grupo de entrevistados (cifras absolutas de entrevistas y porcentajes respecto al total en la localidad).

6.1.3.1. La Meca

Tabla 24. Entrevistas realizadas en el CSRA, datos desglosados por grupo de entrevistados.

Hospital	Grupos	N° de entrevistas	%
CSRA	EE	7	28
	II	5	20
	MM	5	20
	EEPA	3	12
	RRAAPP	3	12
	DDSSSS	2	8
	Total	25	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 25. Entrevistas realizadas en el HAN, datos desglosados por grupo de entrevistados.

Hospital	Grupos	N° de entrevistas	%
HAN	EEPA	4	31
	MM	3	23
	II	3	23
	EE	2	15
	DDSSSS	1	8
	RRAAPP	0	0
	Total	13	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 26. Entrevistas realizadas en el HGMI1, datos desglosados por grupo de entrevistados.

Hospital	Grupos	N° de entrevistas	%
HGMI1	EEPA	4	36
	EE	3	27
	DDSSSS	2	18
	MM	2	18
	II	0	0
	RRAAPP	0	0
	Total	11	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 27. Entrevistas realizadas en el HRA, datos desglosados por grupo de entrevistados.

Hospital	Grupos	N° de entrevistas	%
HRA	EEPA	4	80
	MM	1	20
	II	0	0
	EE	0	0
	DDSSSS	0	0
	RRAAPP	0	0
	Total	5	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 28. Entrevistas realizadas en otros establecimientos de La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

Hospital	Grupos	N° de entrevistas	%
Otros establecimientos	EEPA	2	100
	EE	0	0
	II	0	0
	MM	0	0
	DDSSSS	0	0
	RRAAPP	0	0
	Total	2	100

Fuente: elaboración propia.

6.1.3.2. Medina

Tabla 29. Entrevistas realizadas en el HRF, datos desglosados por grupo de entrevistados.

Hospital	Grupos	N° de entrevistas	%
HRF	EE	4	36,3
	DDSSSS	2	18,1
	MM	2	18,1
	RRAAPP	1	9,1
	EEPA	1	9,1
	II	0	0
	Total	11	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 30. Entrevistas realizadas en el HGMI2, datos desglosados por grupo de entrevistados.

Hospital	Grupos	N° de entrevistas	%
HGMI Medina	DDSSSS	2	20
	EE	2	20
	II	2	20
	MM	2	20
	EEPA	2	20
	RRAAPP	0	0
	Total	10	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 31. Entrevistas realizadas en el HAA, datos desglosados por grupo de entrevistados.

Hospital	Grupos	N° de entrevistas	%
HAA	EE	3	37,5
	EEPA	2	25
	MM	2	25
	RRAAPP	1	12,5
	II	0	0
	DDSSSS	0	0
	Total	8	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 32. Entrevistas realizadas en el HU, datos desglosados por grupo de entrevistados.

Hospital	Grupos	N° de entrevistas	%
HU	DDSSSS	2	40
	EE	1	20
	MM	1	20
	EEPA	1	20
	II	0	0
	RRAAPP	0	0
	Total	5	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 33. Total de entrevistas realizadas en La Meca, datos desglosados.

Ciudad	Grupos	N° de entrevistas	%
La Meca	EEPA	17	30
	EE	12	21
	MM	11	20
	II	8	14
	DDSSSS	5	9
	RRAAPP	3	5
	Total	56	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 34. Total de entrevistas realizadas en Medina, datos desglosados.

Ciudad	Grupos	N° de entrevistas	%
Medina	EE	10	29
	DDSSSS	7	21
	MM	7	21
	EEPA	6	18
	II	2	6
	RRAAPP	2	6
	Total	34	100

Fuente: elaboración propia.

6.1.4. Entrevistas descartadas

En las siguientes tablas se muestra el número de entrevistas descartadas, con datos desglosados por hospital, localidad y grupo de entrevistados.

6.1.4.1. La Meca

Tabla 35. Entrevistas descartadas en La Meca.

Entrevistas descartadas	Grupos	N° de entrevistas	%
La Meca	EEPA	3 (CSRA, HGMI1 y HRA)	5
	EE	2 (CSRA y HGMI1)	4
	II	2 (CSRA y HAN)	4
	MM	1 (CSRA)	2
	DDSSSS	0	0
	RRAAPP	0	0
	Total	8	15

Fuente: elaboración propia.

6.1.4.2. Medina

Tabla 36. Entrevistas descartadas en Medina.

Entrevistas descartadas	Grupos	N° de entrevistas	%
Medina	EE	3 (1 HAA 2 HRF)	9
	DDSSSS	1 (HRF)	3
	MM	1 (HGMI2)	3
	II	0	0
	EEPA	0	0
	RRAAPP	0	0
	Total	5	15

Fuente: elaboración propia.

En las siguientes tablas exponemos el número total de entrevistas admitidas para el estudio en cada localidad con datos desglosados por grupos de entrevistados (cifras absolutas y porcentuales).

Tabla 37. Entrevistas admitidas en La Meca.

Ciudad	Grupos	N° de entrevistas	%
La Meca	DSSSS	5	9
	EE	10	18
	EEPA	14	25
	II	6	11
	MM	10	18
	RRAAPP	3	5
	Total	48	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 38. Entrevistas admitidas en Medina.

Ciudad	Grupos	N° de entrevistas	%
Medina	DDSSSS	7	21
	EE	6	18
	EEPA	6	18
	MM	6	18
	II	2	6
	RRAAPP	2	6
	Total	29	100

Fuente: elaboración propia.

6.2. Perfil de los entrevistados admitidos

A continuación describimos los perfiles de los 77 entrevistados admitidos para el estudio. Los datos se obtuvieron de la encuesta específica descrita en el anexo X.

6.2.1. Datos personales

6.2.1.1. Edad, sexo y nacionalidad

Tabla 39. Edad de los entrevistados.

Edad	N° de entrevistados	%
30 a 40 años	50	65
41 a 50 años	23	30
51 a 60 años	4	5
Total	77	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 40. Sexo de los entrevistados.

Sexo de los entrevistados	N° de entrevistados	%
Hombres	58	75
Mujeres	19	25
Total	77	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 41. Sexo de los entrevistados según el perfil y estadísticas oficiales.

Perfil	Sexo	Estudio	Estadísticas oficiales⁴⁴
MM	Hombres	72%	71%
MM	Mujeres	28%	29%
EEPA	Hombres	92%	90%
EEPA	Mujeres	8%	10%
EE	Mujeres	55%	73%
EE	Hombres	45%	27%
II	Hombres	50%	/
II	Mujeres	50%	/

Fuente: Reino de Arabia Saudí (2015a: 52-53 y 57).

⁴⁴ Fuente: Reino de Arabia Saudí (2015a: 52-53 y 57).

Tabla 42. Nacionalidad de los entrevistados.

Nacionalidad	Nº de entrevistados	%
Arabia Saudí	50	65
Egipto	7	9
Jordania	5	6
Pakistán	4	5
Siria	3	4
India	2	3
Malasia	2	3
Bangladés	1	1
Marruecos	1	1
Sudán	1	1
Yemen	1	1
Total	77	100

Fuente: elaboración propia.

6.2.1.2. Lengua materna de los entrevistados y otras lenguas en las que pueden mantener comunicación oral fluida

Tabla 43. Lengua materna de los entrevistados.

Lengua materna	Nº de entrevistados	%
Árabe	69	90
Urdu	3	4
Hindi	2	2
Malayo	1	1
Bengalí	1	1
Pastún	1	1
Inglés	0	0
Total	77	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 44. Otras lenguas en las que los entrevistados pueden mantener.

Otras lenguas	Nº de entrevistados	%
Inglés	75	89
Árabe	3	4
Francés	3	4
Urdu	1	1
Panyabí	1	1
Alemán	1	1
Total	84	100

Fuente: elaboración propia.

Conviene aclarar que algunos entrevistados pueden mantener comunicación oral fluida en más de un idioma (1 enfermera, 1 médico y 5 intérpretes).

6.2.2. Perfil académico

6.2.2.1. Nivel de estudios, lugar o centro principal de formación y lengua vehicular de estudios

Tabla 45. Nivel de estudios de los entrevistados.

Nivel de estudios	Nº de entrevistados	%
Grado universitario	58	75
Posgrado	17	22
Sin estudios universitarios	2	3
Total	77	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 46. Centro principal de formación de los entrevistados,

País	Centro	Nº de entrevistados	Total
Arabia Saudí	Universidad de Taibah	21	47
	Universidad de Umm Al-Qura	12	
	Universidad de Abdulaziz	10	
	Universidad Rey Saúd	3	
	Universidad de Taif	1	
Egipto	Universidad de Alejandría	2	8
	Universidad de El Cairo	6	

Jordania	Universidad Al-Zaytoonah	2	7
	Universidad de Jordania para la Ciencia y la Tecnología	2	
	Universidad de Jordania	3	
Inglaterra	Universidad de Mánchester	3	3
Francia	Universidad París-Sorbonne	2	2
India	Universidad de Rajasthan	2	2
Pakistán	Universidad de Sargodha	1	2
	Universidad del Punjab	1	
Malasia	Universidad de Malasia	1	1
Marruecos	Universidad Internacional de Casablanca	1	1
Siria	Universidad de Damasco	1	1
Sudán	Universidad de Jartum	1	1
TOTAL		75	

Fuente: elaboración propia.

Ninguno de los entrevistados cursó una carrera lingüística o de traducción.

Tabla 47. Lengua vehicular de estudios de los entrevistados.

Idioma vehicular de estudios	Nº de Entrevistados	%
Inglés	47	63
Árabe	15	20
Árabe e inglés	10	13
Francés	3	4
Total	75	97

Fuente: elaboración propia.

6.2.3. Perfil profesional

Tabla 48. Profesión de los entrevistados desglosada por perfil profesional.

Perfil	Profesión	Nº de entrevistados	%
Médicos	Médico general	14	50
	Ginecólogo/a	4	14
	Obstetra	3	11
	Dermatólogo	2	7

	Anestesista	1	3
	Cardiólogo	1	3
	Farmacéutico	1	3
	Pediatra	1	3
	Radiólogo	1	3
	Total	28	33
Administración	Atención al paciente	10	37
	Representante de las asociaciones de la peregrinación	5	19
	Departamento de calidad	5	19
	Trabajador social	3	11
	Admisión	2	7
	Relaciones públicas	2	7
	Total	27	32
Enfermeros	/	20	24
	Total	20	24
Intérpretes, voluntarios o profesionales	/	8	10
	Total	8	10
TOTAL		83	106

Fuente: elaboración propia.

Conviene aclarar que la profesión de algunos entrevistados era múltiple (1 radiólogo, 1 farmacéutico, 1 administrativo y 3 enfermeros, que son a la vez intérpretes). En ese caso, la sumatoria de las respuestas es superior al número de entrevistados.

6.2.4. Lugar habitual de trabajo

Tabla 49. Lugar habitual de trabajo de los entrevistados.

Lugar habitual de trabajo	Nº de entrevistados	%
Hospital	75	98
Oficina de Sensibilización de las comunidades	1	1
Asociaciones de la peregrinación	1	1
Total	77	100

Fuente: elaboración propia.

6.2.5. Experiencia profesional

Tabla 50. Años de experiencia profesional de los entrevistados según el grupo.

Años de experiencia profesional	Nº de entrevistados	%
De 6 a 10 años	35	45
Más de 10 años	30	39
5 años	12	16
Total	77	100

Fuente: elaboración propia.

6.2.6. Categoría profesional: administración, médicos y enfermeros

Tabla 51. Muestra del estudio según la categoría profesional (Administración).

Categoría profesional (Administración)	Nº de entrevistados	%
Director	16	55
Director de servicio sanitario	10	34
Subdirector	3	10
Total	29	38

Fuente: elaboración propia.

Conviene aclarar que 4 médicos generales, 3 ginecólogos/as, 1 cardiólogo, 1 dermatólogo y 1 obstetra son directores de servicios sanitarios.

Tabla 52. Categoría profesional: médicos.

Categoría profesional (médicos)	Nº de entrevistados	%
Jefe de servicios	13	50
Médicos adjuntos	9	35
Residentes	4	15
Total	26	100

Fuente: elaboración propia.

Conviene aclarar que 4 médicos generales, 3 ginecólogo/as, 1 cardiólogo, 1 dermatólogo y 1 obstetra son jefes de servicio.

Tabla 53. Categoría profesional (enfermeros).

Categoría profesional (enfermeros)	Nº de entrevistados	%
Responsable de enfermería	6	30
Enfermero 1	6	30
Encargado de enfermería	6	30
Enfermero 2	2	10
Total	20	100

Fuente: elaboración propia.

Conviene aclarar que 3 intérpretes, voluntarios o profesionales, 5 representantes de las asociaciones de la peregrinación, 1 trabajador social y 1 farmacéutico no pertenecen a ninguna categoría profesional.

6.2.7. Estabilidad laboral

Tabla 54. Estabilidad laboral de los entrevistados.

Estabilidad laboral	Nº de entrevistados	%
Personal fijo	70	91
Personal contratado	7	9
Total	77	100

Fuente: elaboración propia.

6.2.8. Atención a peregrinos y frecuencia

Tabla 55. ¿Atiende a peregrinos con los que no puede comunicarse?

¿Atiende a peregrinos con los que no puede comunicarse?	Nº de entrevistados	%
Atiende	77	100
No atiende	0	0
Total	77	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 56. Frecuencia de atención a peregrinos no arabófonos.

Frecuencia	Nº de entrevistados	%
Diaria	76	99
Semanal	1	1
Total	77	100

Fuente: elaboración propia.

6.3. Conclusiones

En este capítulo se presentan los datos recogidos sobre el terreno.

En primer lugar se precisan los establecimientos participantes y el número de entrevistas realizadas en cada uno de ellos con datos desglosados según el servicio y grupo. El CSRA de La Meca fue el centro hospitalario que más participación registró en el estudio (28%), debido a su tamaño, seguido por el HAN de la misma localidad (14%).

Seguidamente se describe el perfil de los entrevistados, en el que destaca la alta cualificación. El 84% de ellos lleva más de 5 años trabajando en los servicios sanitarios; el 55% del personal administrativo eran directores y el 34% directores de servicios sanitarios; el

50% de los médicos eran jefes de servicios y el 35% médicos adjuntos, y el 30% de los enfermeros eran responsables del servicio. Los entrevistados, por tanto, están muy capacitados para describir el caso.

Conviene destacar la alta participación de varones menores de 50 años. La elevada tasa de masculinización del personal sanitario del país que señalan las estadísticas oficiales (con la excepción de los enfermeros) nos permite juzgar de forma positiva en términos de representatividad que la mayoría de nuestros entrevistados sean varones. No podemos decantarnos en este sentido respecto a la edad, ya que las estadísticas oficiales saudíes pertinentes no incluyen datos desglosados por edad.

El personal administrativo es el primero en atender al paciente. Todos los entrevistados de este grupo son de nacionalidad saudí, lo que se ajusta a lo que indican las estadísticas oficiales, y tienen la árabe como lengua materna, aunque la mayoría domine el inglés por haber sido su lengua de instrucción. Sin embargo, desconocen las lenguas más comunes entre los peregrinos. Los datos recopilados sobre terreno demuestran que esas lenguas son el urdu, el bengalí y el turco.

La mayoría de los entrevistados no saudíes es personal sanitario (enfermeros o médicos) con conocimientos de inglés (89%) pero en muy escaso porcentaje con conocimiento de otras lenguas (4% francés y urdu, y 2% hindi). Ningún profesional de la sanidad entrevistado ha realizado estudios formales en traducción e interpretación o en lenguas extranjeras. Por ello, pese a su experiencia en el ámbito sanitario, podrían precisar formación adicional especializada en interpretación.

El personal contratado constituye el 9% de la muestra del estudio. El 29% de ellos eran intérpretes contratados por tiempo definido para suplir las necesidades de interpretación durante la Peregrinación Mayor. Ninguno había cursado estudios universitarios. Este dato demuestra que, en efecto, no se exige un nivel mínimo de estudios para ejercer la interpretación en los hospitales seleccionados para el estudio durante la Peregrinación Mayor (véase capítulo 7), y prestan los servicios de interpretación consecutiva y de enlace, el 3% de la muestra.

El 100% de los profesionales sanitarios entrevistados afirman que atienden a peregrinos que no conocen la lengua del médico, enfermero o administrativo, según el 99%, a diario.

En el siguiente capítulo analizamos estos datos.

7. ANÁLISIS DE DATOS

7.1. Introducción

En este capítulo exponemos y analizamos la información principal obtenida en las entrevistas. El lector debe tener en cuenta lo siguiente:

- 1) En ningún caso analizamos las respuestas individualmente. Los datos se analizan por ciudad, grupo de entrevistados y código de respuesta, y se presentan en forma de tablas en orden alfabético.
- 2) Todas las cifras se redondean a la unidad.
- 3) En ocasiones la pregunta se dirigió a algunos, y no todos, los grupos de la muestra, por razones que se explicitan en su lugar (véase capítulo 5). Si es el caso, los datos se hacen constar, obviamente, solo para ese grupo.
- 4) Si en una casilla figura 0 es que en el grupo nadie aludió a ese punto, o nadie contestó. En cualquier otro caso, la cifra corresponde al porcentaje de miembros del grupo entrevistado que afirmó el asunto.
- 5) Puesto que se trataba de entrevistas semiestructuradas, la respuesta de algunos entrevistados pudo ser múltiple. En ese caso, la sumatoria de las respuestas puede dar un resultado superior al número de entrevistados.
- 6) La columna “ % promediado” indica el promedio porcentual de respuesta en todos los grupos de entrevistados.
- 7) Tras cada tabla analizamos los datos pertinentes y resumimos la información cualitativa adicional aportada por los entrevistados.
- 8) Una vez analizados los resultados para cada ciudad, en particular considerando las diferencias entre los grupos de entrevistados, comparamos las respuestas obtenidas en ambas ciudades y extraemos conclusiones generales.

7.2. Datos relativos a La Meca

7.2.1. Entrevistados

En La Meca se entrevistaron a 3 representantes de las asociaciones de la peregrinación (RRAAPP), 5 directores de servicios sanitarios (DDSSSS), 10 enfermeros (EE), 10 médicos

(MM), 14 empleados del personal administrativo (EEPA), y 6 intérpretes voluntarios o profesionales (II) (véase capítulo 6). Total de entrevistados: 48.

7.2.2. Asociaciones de la peregrinación

7.2.2.1. Horario de trabajo de sus representantes

El 100% de los entrevistados señala que existen tres relevos de los RRAP, a lo largo del día y de la noche, en los hospitales durante la Peregrinación Mayor.

7.2.2.2. Misión de sus representantes

El 100% de los entrevistados aclara que los RRAAPP son el intermediario entre el paciente y el hospital. Sus servicios consisten en:

- Informar a la asociación de la presencia del peregrino en el centro sanitario.
- Estar al tanto del estado de salud del paciente desde su entrada hasta que tenga el alta.
- Recibir a los peregrinos en las urgencias.
- Transportarlos a sus alojamientos.

7.2.2.3. Nacionalidades atendidas por los representantes

Durante nuestro trabajo de campo, entrevistamos a los representantes de las asociaciones de peregrinos de:

- América, Australia, Europa (1 RRAAPP).
- Irán (1 RRAAPP).
- el sur de Asia (1 RRAAPP).

7.2.3. Dificultades para atender a los pacientes no arabófonos

Tabla 57. Dificultades para atender a los pacientes peregrinos no arabófonos en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Indisponibilidad de intérpretes en todas las lenguas	33%	60%	100%	70%	42%	83%	65%
Indisponibilidad de intérpretes en las lenguas minoritarias	33%	%	0%	10%	21%	17%	14%
Tardanza de los intérpretes	100%	100%	90%	60%	67%	%	70%

Fuente: elaboración propia

a) Análisis

Los datos son sólidos cuando se observan sin desglosar por grupo de entrevistados: entre las dificultades para atender a los pacientes no arabófonos, los entrevistados destacan la falta de intérpretes (63%) y la tardanza de los intérpretes (66%).

Sin embargo, los datos son muy dispares al desglosarlos por grupo de entrevistados. Las diferencias principales se encuentran en el porcentaje de los RRAAPP que destaca la indisponibilidad de intérpretes para todas las lenguas (20%), frente al de los EE (100%). También resulta muy llamativo que ningún intérprete aluda al problema de la tardanza, en particular frente al porcentaje de DDSSSS y RRAAPP (100%) y de EE (90%) que destaca el problema.

b) Información cualitativa adicional

- i. La indisponibilidad de intérpretes se agrava por la noche (1 EEPA, 1 DDSSSS, 3 EE y 2 MM). Se justifica por:
 - El número reducido del personal del hospital presente por la noche (1 DDSSSS y 3 EE).
 - Algunas asociaciones de la peregrinación no proporcionan a personas que ayudan en la interpretación después de las 8 de la noche (1 EE y 1 EEPA).
- ii. Los entrevistados especifican que la indisponibilidad de intérpretes implica:
 - Basar el diagnóstico en la documentación que porte el paciente (1 DDSSSS), lo que resulta complicado porque no suelen portar documentación alguna (1 EE y 2 EEPA).
 - Actuar en el desconocimiento del historial médico y no poder obtener el consentimiento informado del paciente para las intervenciones, incluso para las peligrosas (1 DDSSSS, 2 EE).
 - Perder mucho tiempo, con el consiguiente perjuicio (1 DDSSSS y 1 MM), ya que la incomunicación obliga a realizar un chequeo completo (1 MM, 2 EEPA y 1 DDSSSS).
 - Recurrir a alguien en el hospital que hable la lengua del paciente (2 MM y 1 EEPA).
 - Usar la lengua de señas para comunicar con el paciente peregrino (1 EE).

- iii. Los entrevistados citan expresamente, entre las lenguas minoritarias, el francés (1 EEPA), el español (1 EEPA) y el chino (1 MM), aunque insisten muy en particular en la lengua de señas (2 DDSSSS, 2 MM, 2 EEPA y 1 II).
- iv. Los entrevistados aclaran que la tardanza de los intérpretes se explica por:
 - La densidad del tráfico en La Meca durante la peregrinación (1 RRAAPP, 1 DDSSSS, 2 EE y 1 EEPA).
 - La insuficiencia de los recursos de interpretación (1 RRAAPP, 2 EEPA y 1 II).
 - La tardanza de los RRAAPP en atender las solicitudes (1 EE).

7.2.4. Perfil de los usuarios

7.2.4.1. Edad

Tabla 58. Edad de los usuarios que acuden a los hospitales de La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Mayores de 50	100%	100%	100%	90%	75%	100%	94%
Todas las edades	0%	0%	0%	10%	33%	0%	7%

Fuente: elaboración propia.

7.2.4.2. Lenguas habladas

Tabla 59. Lenguas de los usuarios en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

		RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Lenguas de los usuarios	Turco, persa, urdu, bengalí y hindi	40%	80%	60%	40%	67%	100%	65%
	Todas las lenguas	20%	20%	30%	20%	33%	0%	21%

Fuente: elaboración propia.

A. Información cualitativa adicional

Además de turco, persa, urdu, bengalí e hindi, algunos entrevistados añaden a las lenguas de los usuarios el indonesio (1 DDSSSS, 1 EE y 3 MM), el ruso y el chino (1 MM), y el filipino (1 MM).

7.2.5. Servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor

7.2.5.1. Coste del servicio de interpretación

Tabla 60. Coste del servicio de interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Con coste	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Gratuito	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

7.2.5.2. Criterios de profesionalización de los II

Tabla 61. Criterios de profesionalización de los II en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	EEPA	II	% promediado
Hay criterios	33%	0%	0%	6%
No hay criterios	0%	93%	100%	82%
No sabe o no responde	67%	7%	0%	12%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Los datos son muy significativos cuando no se desglosan según el grupo de entrevistados. El 100% de los DDSSSS, EE, MM y II afirma que no existen criterios para ejercer la interpretación en los hospitales. Sin embargo, los datos son diferentes cuando se desglosan por grupo de entrevistados. Las diferencias principales se ven reflejadas en las respuestas de los EEPA que desconocen si hay criterios para aquellas personas que ejercen la interpretación en los hospitales (9%), frente al de los RRAAPP (67%), a pesar de estar relacionado con su trabajo.

B) Información cualitativa adicional

El único criterio que se pide es hablar el idioma del paciente (1 RRAAPP y 1 EEPA).

7.2.5.3. Existencia de los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor

Tabla 62. Existencia de los servicios de interpretación en los hospitales de La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Sí	100%	20%	70%	60%	93%	100%	74%
No	0%	80%	10%	20%	7%	0%	20%
A veces	0%	0%	20%	20%	0%	0%	7%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Salta a la vista que el 20% de los EE y MM no tiene siempre a personas para comunicarse con los pacientes peregrinos, mientras que el 80% de los DDSSSS no dispone de los servicios de interpretación. Sin embargo, el 100% de los RRAAPP y II, y el 93% de los EEPA dispone de los servicios de interpretación.

B) Información cualitativa adicional

La existencia de los servicios de interpretación se describe por ser no oficial (1 EE, 2 DDSSSS y, 2 MM).

7.2.5.4. Financiación de los servicios de interpretación

Tabla 63. Financiación del servicio de interpretación en los hospitales de La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Asociaciones de la peregrinación	67%	80%	40%	60%	64%	50%	60%
Otros	0%	0%	30%	0%	29%	33%	15%
No hay financiación	0%	20%	10%	10%	7%	17%	11%
No sabe o no responde	33%	0%	20%	30%	0%	0%	14%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Llama la atención que el 33% de los RRAAPP, el 20% de los EE y el 30% de los MM no dispone de la información relativa a la financiación de los servicios de interpretación, frente al 64% de los EEPA, que declara que las asociaciones de la peregrinación se encargan de financiarlos.

B) Información cualitativa adicional

- I. Las asociaciones de la peregrinación financian solamente a sus intérpretes. No obstante, el personal del hospital que ayuda en la interpretación no se financia porque presta el servicio de forma voluntaria (3 DDSSSS, 3 EE, 4 MM y 2 EEPA).
- II. Hay otras partes que se encargan de financiar el servicio de interpretación: el Ministerio de la Peregrinación (1 EE), El Ministerio de Sanidad (1 EE), La Dirección General de Asuntos Sanitarios, perteneciente al Ministerio de Peregrinación (1 EEPA) y Las donaciones externas (1 EEPA).
- III. 1 EEPA declara que el personal del hospital presta el servicio de interpretación porque, entre otros, es su trabajo.

7.2.5.5. Herramientas modernas usadas en la interpretación

Tabla 64. Uso de las herramientas modernas en la interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Traductor de Google	33%	50%	50%	20%	25%	0%	30%
El móvil personal	0%	30%	30%	0%	19%	0%	13%
No se usan	67%	20%	20%	80%	56%	100%	57%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Resulta muy llamativo que el 100% de los II no usa ninguna herramienta para la interpretación, mientras que el 80% de los DDSSSS y MM usa Google traductor además del móvil personal en la interpretación.

B) Información cualitativa adicional

- I. El uso de Google traductor se describe por ser no útil en el ámbito médico (1 RRAAPP, 3 DDSSSS y 2 EE).

II. Algunos entrevistados mencionan el analfabetismo de algunos peregrinos con avanzada edad y, por consiguiente, no poder aprovechar la traducción obtenida por la aplicación (1 EE).

III. La unidad de cuidados intensivos cardiovasculares del Complejo Sanitario Rey Abdallah (La Meca) dispone de camas que ofrecen el servicio de la traducción automática por voz. Está en diferentes idiomas y contiene las frases más comunes en la consulta (1 DDSSSS y 1 EE).

7.2.5.6. Horario de prestación del servicio de interpretación

Tabla 65. Horario de prestación de los servicios de interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	EEPA	II	% promediado
Horario de trabajo	100%	85%	50%	78%
Cualquier hora	0%	7%	17%	8%
Depende	0%	14%	33%	16%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Los datos son muy dispares al desglosarlos por grupo de entrevistados. Las diferencias principales se encuentran en el porcentaje de los RRAAPP que afirma que los servicios de interpretación se prestan únicamente durante el horario de trabajo establecido para cada uno (100%), frente a los II que prestan el servicio en cualquier hora (17%), o dependiendo de sus circunstancias personales (33%).

B) Información cualitativa adicional

En caso de necesitar la ayuda de un intérprete que ha terminado su jornada de trabajo y no encontrar a otra persona que le sustituya, le esperan hasta que se incorpore por la mañana (7 EEPA y 1 II).

7.2.5.7. Ley/reglamento para los servicios de interpretación

Tabla 66. Ley/reglamento para los servicios de interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Sí	0%	20%	30%	50%	21%	33%	26%
No	100%	60%	30%	10%	43%	33%	46%
No sabe o no responde	0%	20%	40%	40%	36%	33%	28%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Llama la atención que el 100% de los RRAAPP declara que no existe una ley/reglamento por la cual se rigen los servicios de interpretación en los hospitales. No obstante, el 50% de los MM señala que dispone de los mencionados reglamentos. Por otro lado, el 40% de los EE y MM, el 36% de los EEPA no sabe nada al respecto, a pesar de estar relacionado con su trabajo.

B). Información cualitativa adicional

I. La ley/reglamento de los servicios de interpretación en los hospitales de La Meca se limita a:

- Las políticas del hospital que determinan los derechos de los pacientes. El paciente tiene derecho a mantenerse informado sobre su estado de salud en su idioma (3 EE, 2 MM, 1 EEPA y 2 II).
- Las listas elaboradas por el hospital del personal que hablan idiomas (1 DDSSSS, 2 MM, 1 EEPA y 1 II).

7.2.5.8. Modalidades de interpretación

El 100% de los II recurre a la modalidad de interpretación consecutiva bilateral (véase capítulo 3).

7.2.5.9. Programa creación del servicio de interpretación

Tabla 67. Programa creación del servicio de interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Sí	100%	60%	90%	70%	86%	17%	71%
No	0%	40%	10%	20%	0%	0%	12%
No sabe o no responde	0%	0%	0%	10%	8%	83%	17%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Los datos son muy llamativos cuando no se desglosan por grupo de entrevistados. Las diferencias se reflejan en el porcentaje de los II (83%) que declara que desconocen si se organiza un programa para la creación de los servicios de interpretación en los hospitales en la Peregrinación Mayor, frente al porcentaje de los RRAAPP (100%), los EE (90%), y los EEPA (86%) que afirma que el hospital organiza un programa para los servicios de interpretación.

B) Información cualitativa adicional

El programa para la creación de los servicios de interpretación está organizado por:

- Las asociaciones de la peregrinación (3 EEPA, 1 II, 1 DDSSSS y 2 MM).
- El Ministerio de la Peregrinación (1 EEPA y 3 RRAAPP).
- Las listas elaboradas por el hospital, que contienen los nombres del personal que dominan idiomas extranjeros (1 II y 2 EE).

7.2.5.10. Proveedores del servicio de interpretación en los hospitales

Tabla 68. Proveedores de los servicios de interpretación en los hospitales de La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Los intérpretes de las asociaciones de la peregrinación	43%	33%	35%	37%	36%	25%	35%
El personal del hospital	14%	33%	31%	33%	31%	50%	32%
Las delegaciones de médicos	43%	33%	35%	29%	33%	25%	33%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Los datos son sólidos cuando no se desglosan por grupo de entrevistados. Sin embargo, son un poco dispares cuando se desglosan por grupo de entrevistados. Las diferencias se reflejan en el porcentaje de los RRAAPP que declara que los servicios de interpretación están prestados por sus intérpretes (46%). No obstante, el 50% de los II señala que el personal del hospital presta el servicio.

B). Información cualitativa adicional

I. El personal que ayude en la interpretación puede ser un conocido que trabaja en cualquier servicio del hospital o a través de listas elaboradas por la administración (3 EE, 5 MM y 4 EEPA).

II. Las delegaciones de médicos pertenecen a las asociaciones de la peregrinación. Tienen por misión visitar sus pacientes, ponerse en contacto con los médicos, pedir información sobre su medicación, tener el consentimiento para cualquier intervención y tranquilizar los pacientes (5 RRAAPP, 5 DDSSSS, 9 EE, 7 MM, 10 EEPA y 4 II).

III. No todas las asociaciones de la peregrinación disponen de delegaciones de médicos. Las mejores son las de malasio, turcos e iraníes (2 DDSSSS y 3 EE).

7.2.5.11. Servicios hospitalarios que más necesitan la interpretación

Tabla 69. Servicios hospitalarios que más necesitan la interpretación en La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	EEPA	% promediado
Cardiología	15%	15%
Urgencias	31%	31%
Todos los servicios	31%	31%
Otros	23%	23%

Fuente: elaboración propia.

A) Información cualitativa adicional

Los servicios de los ingresos (2 EEPA), la unidad de cuidados intensivos (2 EEPA), las consultas externas (1 EEPA), la medicina interna, los mejorados y las visitas (1 EEPA) y la ginecología (1 EEPA) necesitan también el servicio de interpretación.

7.2.6. Sugerencias para mejorar los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor

Tabla 70. Sugerencias para mejorar los servicios de interpretación La Meca, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Presencia de intérpretes	0%	100%	50%	70%	43%	17%	47%
Identificación	67%	0%	7%	0%	0%	17%	15%
Formación lingüística	33%	0%	14%	0%	0%	0%	7%
Elaboración de materiales	0%	0%	21%	10%	21%	17%	12%
Sin sugerencias	0%	0%	7%	20%	36%	50%	19%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Los datos son sólidos cuando se observan sin desglosar por grupo de entrevistados: entre las sugerencias para atender a los pacientes no arabófonos de manera eficaz, los entrevistados destacan la presencia de intérpretes (47%).

Sin embargo, los datos son muy dispares al desglosarlos por grupo de entrevistados. Las diferencias principales se encuentran en el porcentaje de los RRAAPP que no destaca la presencia de intérpretes (0%), frente al de los DDSSSS (100%). También resulta muy llamativo que ningún EEPA sugiera algo en relación con la identificación de los pacientes peregrinos, en particular frente al porcentaje de RRAAPP (67%) y de II (17%) que destaca el problema.

B) Información cualitativa adicional

I. Entre las instituciones del Estado que deberían ayudar para resolver los problemas de la interpretación:

- La Universidad de Umm al-Qura en La Meca (2 EEPA).
- El Ministerio de la Peregrinación (1 EEPA).
- El Ministerio de Sanidad (1 DDSSSS).
- Las asociaciones de la peregrinación (1 MM).

II. Para facilitar la rápida identificación de los pacientes peregrinos, los entrevistados proponen:

- Llevar encima, desde su entrada al país, una tarjeta que contenga todos sus datos de identidad para poder identificarle en caso de acudir al hospital (1 RRAAPP y 1 EE).
- La mera necesidad de llevar su documento de identidad consigo (1 RRAAPP).
- Disponer de informes médicos que expliquen con detalle su historial médico (1 II).

III. La formación lingüística se refiere a organizar cursos de aprendizaje de los siguientes idiomas: el persa (1 RRAAPP), el árabe, debido al número elevado del personal que no lo domina (1 EE).

IV. Los servicios de interpretación requieren la elaboración de diferentes materiales, a saber:

- Fotos, gráficos y dibujos de los diferentes síntomas (1 EE).
- Libretas que contienen el vocabulario médico en diferentes idiomas (1 EE).
- Grabaciones en los idiomas de los pacientes que contengan instrucciones de lo que deben hacer durante la consulta (1 EE).
- Hojas informativas en diferentes idiomas (1 EE).
- una serie de frases, palabras, expresiones médicas, etc., en diferentes idiomas, que puedan ayudar en el diagnóstico a través de un ordenador (1 MM y 1 II).
- Aplicación móvil que facilite la interpretación (2 EEPA).

V. 1 RRAAPP y 1 II proponen el aumento del número de intérpretes.

VI. 1 II solicita la realización de reuniones informativas antes de la peregrinación para los voluntarios, con el fin de explicarles cómo mejorar los servicios prestados y actualizar sus datos de contacto.

7.3. Datos relativos a Medina

7.3.1. Entrevistados

En Medina se entrevistaron a 2 RRAAPP, 6 DDSSSS, 7 EE, 6 MM, 6 EEPA, y 2 II (véase capítulo 6). Total de entrevistados: 29.

7.3.2. Asociaciones de la peregrinación

7.3.2.1. Horario de trabajo de sus representantes

El 100% de los entrevistados señala que existen tres relevos de los RRAP, a lo largo del día y de la noche, en los hospitales durante la Peregrinación Mayor.

7.3.2.2. Misión de sus representantes

El 100% de los entrevistados aclara que los RRAAPP son el intermediario entre el paciente y el hospital. Sus servicios incluyen:

- Informar a la asociación de la presencia del peregrino en el centro sanitario.
- Estar al tanto del estado de salud del paciente desde su entrada hasta que tenga el alta.
- Recibir a los peregrinos en las urgencias.
- Transportarlos a sus alojamientos.

7.3.2.3. Nacionalidades atendidas por los representantes

El 100% de los RAP declara que cada hospital de Medina dispone de un representante que atiende a todas las nacionalidades de los peregrinos.

7.3.3. Dificultades para atender a los pacientes no arabófonos

Tabla 71. Dificultades para atender a los pacientes peregrinos no arabófonos en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Indisponibilidad de intérpretes en todas las lenguas	0%	100%	60%	83%	33%	0%	46%
Indisponibilidad de intérpretes en las lenguas minoritarias	0%	0%	10%	0%	17%	0%	5%
Tardanza de los intérpretes	100%	33%	30%	17%	0%	0%	30%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Los datos son sólidos cuando se observan sin desglosar por grupo de entrevistados: entre las dificultades para atender a los pacientes no arabófonos, los entrevistados destacan la falta de intérpretes (46%) y la tardanza de los intérpretes (30%).

Sin embargo, los datos son muy dispares al desglosarlos por grupo de entrevistados. Las diferencias principales se encuentran en el porcentaje de los RRAAPP y II que destaca la indisponibilidad de intérpretes para todas las lenguas (0%), frente al de los DDSSSS (100%), y de los MM (83%). También resulta muy llamativo que ningún II y EEPA aluda al problema de la tardanza, en particular frente al porcentaje de RRAAPP (100%) y de DDSSSS (33%), EE (30%) que destaca el problema.

B) Información cualitativa adicional

I La indisponibilidad de intérpretes se agrava por la noche (3 DDSSSS, 1 EE y 2 MM).

II Los entrevistados especifican que la indisponibilidad de intérpretes implica:

- Basar el diagnóstico en la documentación que porte el paciente, lo que resulta complicado porque no suelen portar documentación alguna (2 RRAAPP y 1 EEPA).
- Actuar en el desconocimiento del historial médico y no poder obtener el consentimiento informado del paciente para las intervenciones, incluso para las peligrosas (1 RRAAPP y 2 DDSSSS).
- Perder mucho tiempo, con el consiguiente perjuicio (1 DDSSSS y 1 MM).
- Recurrir a alguien en el hospital que hable la lengua del paciente (1 DDSSSS).
- Usar la lengua de señas, que no tiene resultado (3 EE).

III Los entrevistados citan expresamente, entre las lenguas minoritarias, los dialectos indios (1 EE).

IV Los entrevistados aclaran que la tardanza de los intérpretes se explica por:

- La densidad del tráfico en Medina durante la peregrinación (1 RRAAPP)
- La tardanza de los RRAAPP en atender las solicitudes (1 DDSSSS).

V 1 MM señala que la incapacidad lingüística de la persona que ayuda en la interpretación influye negativamente sobre el proceso del diagnóstico, lo que perjudica la salud del paciente.

7.3.4. Perfil de los usuarios

7.3.4.1. Edad

Tabla 72. Edad de los usuarios que acuden a los hospitales de Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Mayores de 50	100%	60%	86%	50%	71%	0%	61%
Todas las edades	0%	40%	14%	50%	29%	100%	39%

Fuente: elaboración propia.

7.3.4.2. Lenguas habladas

Tabla 73. Lenguas de los usuarios en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

		RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Lenguas de los usuarios	Turco, persa, urdu, bengalí e hindi	0%	20%	29%	33%	43%	0%	21%
	Todas las lenguas	100%	80%	71%	67%	57%	100%	79%

Fuente: elaboración propia.

Información cualitativa adicional

Además de los idiomas mencionados anteriormente, algunos entrevistados citan el chino (1 II) y los dialectos hablados en Nigeria (1 DDSSSS y 1 EE).

7.3.5. Servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor

7.3.5.1. Coste del servicio de interpretación

Tabla 74. Coste del servicio de interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Con coste	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Gratuito	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

7.3.5.2. Criterios de profesionalización de los II

Tabla 75. Criterios de profesionalización de los II en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	EEPA	II	% promediado
Hay criterios	0%	0%	0%	0%
No hay criterios	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

Información cualitativa adicional:

El único criterio que se pide es hablar el idioma del paciente (2 RRAAPP y 4 EEPA).

7.3.5.3. Existencia de los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor

Tabla 76. Existencia de los servicios de interpretación en los hospitales de Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Sí	100%	60%	100%	83%	86%	100%	88%
No	0%	40%	0%	17%	14%	0%	12%

Fuente: elaboración propia.

Información cualitativa adicional:

La existencia de los servicios de interpretación se describe por ser deficiente (1 EE).

7.3.5.4. Financiación de los servicios de interpretación

Tabla 77. Financiación del servicio de interpretación en los hospitales de Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Asociaciones de la peregrinación	50%	20%	29%	33%	0%	50%	30%
Otros	50%	0%	43%	0%	71%	0%	27%
No hay financiación	0%	60%	29%	0%	29%	50%	28%
No sabe o no responde	0%	20%	0%	67%	0%	0%	14%

Fuente: elaboración propia.

A. Análisis

Llama la atención que el 20% de los DDSSSS y el 64% de los MM no disponen de la información relativa a la financiación de los servicios de interpretación, frente al 71% de los EEPA, que declara que otras partes se encargan de financiar el servicio.

B. Información cualitativa adicional

I. El personal del hospital que ayuda en la interpretación no se financia porque presta el servicio de forma voluntaria (3 DDSSSS, 2 EE, 2 EEPA y 1 II).

II. Hay otras partes que se encargan de financiar el servicio de interpretación:

- El Ministerio de la Peregrinación (1 RRAAPP, 1 EE y 5 EEPA).
- El Ministerio de Sanidad (1 RRAAPP, 1 EE y 1 EEPA).
- El Gobierno (1 EE).

7.3.5.5. Herramientas modernas usadas en la interpretación

Tabla 78. Uso de las herramientas modernas en la interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Traductor de Google	0%	20%	29%	17%	0%	0%	11%
El móvil personal	50%	0%	0%	17%	0%	0%	11%
No se usan	50%	80%	81%	67%	100%	100%	78%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Resulta muy llamativa la afirmación del 100% de los II y EEPA de que no se usa ninguna herramienta para la interpretación, mientras que el 50% de los RRAAPP utiliza el móvil para la interpretación, el 29% de los EE, el 17 % de MM y el 20% de los DDSSSS usan Google traductor.

B) Información cualitativa adicional

I. El uso de Google traductor se describe por ser no útil en el ámbito médico (1 DDSSSS, 2 EE y 1 MM).

II. 1 MM aclara que el no uso de las herramientas modernas se debe a que no disponen de tiempo, además del desconocimiento de la identidad del paciente, por si quisiera usarlas.

7.3.5.6. Horario de prestación del servicio de interpretación

Tabla 79. Horario de prestación de los servicios de interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	EEPA	II	% promediado
Horario de trabajo	100%	86%	0%	62%
Cualquier hora	0%	14%	100%	38%

Fuente: elaboración propia.

Análisis

Los datos son muy dispares al desglosarlos por grupo de entrevistados. Las diferencias principales se encuentran en el porcentaje de los RRAAPP (100%) y los EEPA (86%) que afirma que los intérpretes prestan el servicio únicamente durante el horario de trabajo establecido, frente a los II que prestan el servicio en cualquier hora del día (100%).

7.3.5.7. Ley/reglamento para los servicios de interpretación

Tabla 80. Ley/reglamento para los servicios de interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Sí	50%	80%	100%	50%	71%	50%	67%
No	0%	20%	0%	17%	29%	50%	19%
No sabe o no responde	50%	0%	0%	33%	0%	0%	14%

Fuente: elaboración propia.

A) Análisis

Llama la atención que el 50% de los II declara que no existe una ley/reglamento por la cual se rigen los servicios de interpretación en los hospitales. No obstante, el 100% de los EE, el 80 de los DDSSSS y el 71% de los EEPA señalan que disponen de los mencionados reglamentos. Por otro lado, el 50% de los RRAAPP no sabe nada al respecto, a pesar de estar relacionado con su trabajo.

B). Información cualitativa adicional

I. La ley/reglamento de los servicios de interpretación en los hospitales de Medina se limita a:

- Las políticas del hospital que determinan los derechos de los pacientes. El paciente tiene derecho a mantenerse informado sobre su estado de salud en su idioma (1 RRAAPP, 4 DDSSSS, 7 EE, 3 MM, 3 EEPA y 1 II).
- Las listas elaboradas por el hospital del personal que habla idiomas (1 EEPA).
- Un convenio entre las asociaciones de la peregrinación y el Ministerio de Peregrinación (2 EEPA).

7.3.5.8. Modalidades de interpretación

El 100 % de los II recurre a la modalidad de interpretación consecutiva bilateral (véase capítulo 3).

7.3.5.9. Programa de creación del servicio de interpretación

Tabla 81. Programa creación del servicio de interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Sí	100%	60%	71%	50%	86%	100%	78%
No	0%	20%	29%	0%	14%	0%	11%
No sabe o no responde	0%	20%	0%	50%	0%	0%	12%

Fuente: elaboración propia.

Información cualitativa adicional

El programa para la creación del servicio de interpretación está organizado por:

- Las asociaciones de la peregrinación (2 RRAAPP, 2 EEPA y 3 EE).

Las listas elaboradas por el hospital que contienen los nombres del personal que domina idiomas extranjeros (1 DDSSSS).

7.3.5.10. Proveedores del servicio de interpretación en los hospitales

Tabla 82. Proveedores del servicio de interpretación en los hospitales de Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Los intérpretes de las asociaciones de la peregrinación	50%	18%	36%	33%	43%	0%	30%
El personal del hospital	0%	45%	36%	27%	21%	67%	33%
Las delegaciones de médicos	50%	36%	29%	40%	36%	33%	37%

Fuente: elaboración propia.

A. Análisis

Los datos son sólidos cuando no se desglosan por grupo de entrevistados. Sin embargo, son muy dispares cuando se desglosan por grupo de entrevistados. Las diferencias se reflejan en el porcentaje de los RRAAPP que declara que los servicios de interpretación están prestados por sus intérpretes (50%). No obstante, el 67% de los II señala que el personal del hospital presta el servicio.

B. Información cualitativa adicional

I. El personal que ayude en la interpretación puede ser un conocido que trabaja en cualquier servicio del hospital o a través de listas elaboradas por la administración (2 DDSSSS, 2 EE y 1 EEPA).

II. Las delegaciones de médicos pertenecen a las asociaciones de la Peregrinación. Tienen por misión visitar a sus pacientes, ponerse en contacto con los médicos, pedir información sobre su medicación, tener el consentimiento para cualquier intervención y tranquilizar a los pacientes (2 RRAAPP, 4 DDSSSS, 4 EE, 6 MM, 5 EEPA y 1 II).

III. No todas las asociaciones de la peregrinación disponen de delegaciones de médicos. Las mejores son las de los turcos (2 EE).

7.3.5.11. Servicios hospitalarios que más necesitan la interpretación

Tabla 83. Servicios hospitalarios que más necesitan la interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	EEPA	% promediado
Urgencias	33%	33%
Ingresos	13%	13%
Medicina interna	13%	13%
Consultas externas	13%	13%
Todos los servicios	13%	13%
Ginecología	6%	6%
Traumatología	6%	6%

Fuente: elaboración propia.

7.3.6. Sugerencias para mejorar los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor

Tabla 84. Sugerencias para mejorar los servicios de interpretación en Medina, datos desglosados por grupo de entrevistados.

	RRAAPP	DDSSSS	EE	MM	EEPA	II	% promediado
Presencia de intérpretes	50%	57%	62%	50%	29%	0%	43%
Aumento del número de intérpretes	0%	14%	12%	0%	14%	0%	6%
Otras	50%	28%	12%	17%	0%	50%	26%
Sin sugerencias	0%	0%	12%	33%	57%	50%	25%

Fuente: elaboración propia.

Información cualitativa adicional

- I. Un RRAAPP sugiere controlar los II en cuanto al retraso.
- II. 1 DDSSSS y 1 EE proponen contratar a personas que dominen el lenguaje de los sordomudos.
- III. 1 MM señala que es importante disponer en el hospital de médicos de la misma nacionalidad del paciente.
- IV.1 II opta por tener en el hospital un listado que contenga los contactos de las embajadas.

7.4. Observación participante

Tuvimos la autorización para visitar el servicio de cardiología del CSRA en La Meca el día 20 de septiembre de 2015. El objetivo de esta fue observar y comparar la información dada por los entrevistados con la realidad. Este hecho nos permitió aplicar la técnica de la triangulación, considerada como una de las técnicas de la metodología adoptada para nuestro trabajo (véase capítulo 5).

Durante la Peregrinación Mayor, el CSRA dedica un espacio especial para recibir a los pacientes peregrinos, lo llaman cuidado diario. El servicio recibe únicamente a peregrinos pacientes que padecen de enfermedades cardiovasculares. Son casos reorientados por otros hospitales de La Meca. Según el médico que encontramos, todos los peregrinos no arabófonos acuden al hospital con un médico y un intérprete del hospital de origen. El servicio de entrada manda previamente al servicio del cuidado diario un documento de los datos del paciente además del informe médico. Por su parte, el médico que acompaña al paciente desde el hospital de origen vuelve al hospital para tratar a otros pacientes. El intérprete queda un rato con el paciente y luego deja su número de contacto para que le llamen cuando sea necesario.

Siguiendo nuestra visita en el servicio, Encontramos al enfermero que ya habíamos entrevistado anteriormente en la unidad del cuidado intensivo. Nos aseguró que cuando viene el paciente del hospital de origen, no suele estar acompañado por un intérprete. Mientras hablábamos, vino un paciente de nacionalidad turca y estaba acompañado por su amigo que le había seguido con un coche detrás de la ambulancia. No hubo intérprete, tampoco tuvimos el permiso de ver lo que le había ocurrido, debido a la gravedad del caso. Media hora

después, llegó otro caso. El peregrino era de nacionalidad indonesia y estaba acompañado por un médico saudí. A la hora de su llegada, llamaron a una enfermera que hablaba indonesio para que le ayudara en la interpretación. Le hicieron firmar el consentimiento informado de las actuaciones médicas que iban a efectuar. La enfermera que hablaba indonesio intentó tranquilizarle y explicarle todo en el idioma. Asistimos a otra situación y ocurrió lo mismo. Vino un paciente de Bangladés. De inmediato, contactaron al personal que hablaba el idioma, que fue intermediario entre el médico y el peregrino. El paciente estuvo acompañado por un médico que no hablaba su idioma. Se puso en contacto por teléfono con sus familiares comunicándoles su estado y en qué hospital se encontraba.

Continuamos nuestra visita en el servicio del cuidado diario, con el fin de ver más casos de peregrinos no hablantes de la lengua árabe, ya que el permiso que tuvimos era válido solo para un día. Asistimos a otra situación, donde el paciente era de nacionalidad tayika. Estuvo acompañado por un conocido que le ayudaba con la interpretación. No dominaba el inglés, idioma más hablado en el hospital, lo único que hablaba era un poco de árabe, además del idioma del paciente. Cuando le preguntamos sobre si se quedaba con su amigo para ayudarle con la interpretación, nos dijo que iba a dejar su número de teléfono con el paciente por si necesitaba algo por la noche. Señaló también que la asociación de los peregrinos de Tayikistán no presta mucha atención a sus peregrinos en este sentido. La persona que se encarga de la interpretación no tiene ninguna remuneración por su trabajo. Solamente viene si dispone de tiempo. Cuando le preguntamos “¿qué haría si viene un médico que no habla árabe?”, nos dijo que intentaría usar los gestos para comunicarse con el médico. Se marchó cuando informaron al peregrino de que le iban a trasladar al servicio adecuado en breve. Mientras, esperando hasta que le trasladaran, llegó una persona de la embajada del paciente. Parece que el peregrino tenía conocidos en la embajada. Le preguntamos si era intérprete, pero nos dijo que venía únicamente para ver a esta persona. Cuando le preguntamos por si la embajada proporciona intérpretes para sus pacientes que vienen para hacer la peregrinación, nos dijo con inseguridad que la asociación tendrá a intérpretes. La persona habló con el médico y le preguntó sobre el estado del paciente. El médico le explicó lo que le iban a realizar.

Otro paciente peregrino que vino después era de nacionalidad pakistaní. El paciente hablaba árabe. Estaba acompañado por sus familiares y no hubo ningún problema de comunicación con el médico.

En cuanto al proceso de la interpretación, se nota que el intérprete no dispone de la mínima formación en interpretación en el ámbito sanitario, y, por ende, desconoce la existencia del código de ética de la profesión. Lo observamos en todos los casos.

Por otro lado, el día 24 de septiembre de 2015 visitamos los hospitales de los lugares de los ritos de peregrinación. No realizamos ninguna entrevista por el número enorme de peregrinos que se encontraban en los hospitales a la hora de nuestra visita, por causa de los eventos de la estampida de MINA, que causaron decenas de muertos, y, por consiguiente, la indisponibilidad de las personas previstas para la entrevista. Solo pudimos hablar con algunos médicos rápidamente para preguntarles sobre el servicio de interpretación en el hospital durante la Peregrinación Mayor. La mayoría de ellos señalaron que encuentran muchas dificultades a la hora de recibir a pacientes que no hablan árabe. La causa de esto no es solamente la ausencia de intérpretes, sino el enorme tráfico que hay en las calles que dan acceso a dichos hospitales, y que dificulta la rápida llegada de los intérpretes. Los médicos señalaron que en los días de la Peregrinación Mayor, el servicio de interpretación está prestado por enfermeros, médicos o incluso hombres de limpieza. En caso de no disponer de una persona que habla el idioma del paciente peregrino, esperan hasta el final del día para que venga el intérprete y resuelva el problema.

7.5. Conclusiones

En este capítulo se analizan los datos recopilados sobre el terreno y se describe la situación actual de la ISS en La Meca y Medina durante la Peregrinación Mayor.

Las respuestas de los entrevistados en ambas ciudades se asemejan, lo que deja entrever una situación parecida, aunque conviene señalar que algunos entrevistados nos brindaron respuestas contradictorias o fuera de lugar, o no supieron responder.

Seguidamente describimos nuestra experiencia personal al visitar uno de los servicios del CSRA y la comparamos con el resultado de las entrevistas. En definitiva, la visita a las instalaciones no permitió cerciorarnos de la veracidad de los datos obtenidos mediante las entrevistas.

La conclusión general es que los servicios de interpretación durante el período analizado y en los establecimientos participantes se basa en soluciones *ad hoc* y lo prestan mayoritariamente miembros del personal sanitario y voluntarios con conocimientos de varias

lenguas, ya que los intérpretes contratados por las asociaciones de la peregrinación no siempre están disponibles.

En el siguiente capítulo desarrollamos las conclusiones del análisis de datos, acompañadas por las de todo el estudio.

8. CONCLUSIONES GENERALES

La presente tesis doctoral tiene como objetivo describir la situación actual de la interpretación en los servicios sanitarios en el Reino de la Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor aplicando la metodología propia de los estudios de caso. Nuestro objetivo principal era contribuir al conocimiento de la TISP y, en particular, de la ISS en el mundo árabe, habida cuenta la escasez de literatura en la materia, y despertar el interés de la academia.

Consideramos que la presente tesis doctoral ha respondido a todas las preguntas de investigación planteadas (véase la introducción). En las páginas que siguen sintetizamos las conclusiones de los capítulos dedicados a la descripción del marco teórico y la situación actual de la ISS en Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor, los datos recopilados, la discusión de los datos y las propuestas de acciones de mejora y futuras vías de investigación.

La primera parte de la investigación describe el marco teórico abordando exclusivamente los asuntos directamente concernidos. La principal conclusión de esta parte del trabajo es que queda mucho por investigar en relación con la TISP, en particular en los servicios sanitarios, y prácticamente todo por investigar en relación con el mundo árabe.

Entre los países pioneros de la TISP, actividad sobre cuya denominación no existe unanimidad, destaca Australia, Reino Unido y Canadá. En España, si bien la demanda de TISP ha sido más tardía, también se han desplegado iniciativas en materia de ISS, como el servicio de interpretación telefónica. Sin embargo, la interpretación presencial aún se basa en soluciones *ad hoc* que dependen de la intermediación lingüística de los médicos, enfermeros, conocidos, familiares o amigos. Como veremos más adelante los resultados obtenidos en el capítulo pertinente revelan que la situación actual de la ISS en Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor no difiere mucho de la descrita en la literatura previa para el caso español. En los demás países árabes, las iniciativas en la materia son muy escasas o inexistentes, a pesar de que algunos son Estados receptores de multitud de inmigrantes, trabajadores, estudiantes u otros, que desconocen la lengua árabe.

Por otro lado, las definiciones expuestas en el capítulo correspondiente hacen hincapié en que los miembros de la comunidad sin dominio de la lengua oficial del Estado tienen derecho en pie de igualdad al acceso a servicios de interpretación. En el ámbito sanitario, el

objetivo de la interpretación es facilitar la comunicación entre el personal proveedor de servicios y los usuarios, en particular entre el médico y el paciente durante la consulta, proceso complejo que presentan una gran dificultad cuando las partes no comparten el mismo idioma. En estas situaciones se emplean comúnmente por su idoneidad la interpretación consecutiva dialógica.

La literatura no es unánime sobre el papel que debe desempeñar y los requisitos que debe cumplir la persona que realiza la interpretación. Más allá de la mediación lingüística, los intérpretes actúan en la práctica como mediadores interculturales, realizan labores que no guardan relación alguna con la interpretación y son bilingües sin formación especializada.

La mayoría de los códigos deontológicos existentes insisten en la confidencialidad, imparcialidad, exactitud e integridad como principios fundamentales que el intérprete debe respetar. De poco servirá la actuación del profesional de la salud, por muy cualificado que esté, si no puede comunicarse con el paciente. La actuación de un intérprete cualificado garantiza la calidad del servicio prestado y, por tanto, la efectividad de los derechos que asisten a los usuarios.

La segunda parte de nuestra tesis la dedicamos a aplicar los conceptos adquiridos en la primera parte para describir la situación actual de la ISS en Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor. Empezamos por exponer el contexto sociocultural de nuestro estudio. El fenómeno que nos concierne es un macroevento que atrae a millones de personas procedentes de lugares muy lejanos, como demuestran las estadísticas oficiales, ya que es el quinto pilar de la religión islámica y su cumplimiento es obligatorio una vez en la vida si se dispone de la capacidad física y económica. Por otro lado, la Constitución del Reino de la Arabia establece que el árabe es la lengua oficial del Estado, aunque en la práctica el inglés se use para las relaciones comerciales.

La Arabia Saudí alcanza temperaturas que superan los 50 grados en verano en La Meca y Medina. La Peregrinación Mayor tiene lugar anualmente en el duodécimo mes del calendario lunar, por lo que puede coincidir con cualquier estación del año, y se compone de diferentes ritos que implican el desplazamiento de un gran número de personas al mismo tiempo en diferentes lugares de la ciudad. Es un fenómeno con una organización ritual muy precisa y representa un vínculo de unión fundamental entre los musulmanes, frente a sus diferencias culturales, raciales y lingüísticas.

La Peregrinación deja al creyente limpio de sus pecados y en el mismo estado de pureza que el día de su nacimiento. La mayoría de los creyentes opta por realizarla en una edad avanzada para estar puros al momento de la muerte. Este hecho, unido a los puntos descritos con anterioridad (enorme aglomeración de gentes, diversidad lingüística, árabe como lengua del Estado, clima adverso y ritos físicamente duros), genera una gran demanda sanitaria. A ello se une el hecho de que, por la diversidad de sus procedencias, los peregrinos pueden traer consigo enfermedades crónicas o incluso contagiosas. A modo de ejemplo, según las estadísticas oficiales, 364.690 peregrinos acudieron a los hospitales y centros de salud en 2015 (Reino de Arabia Saudí, 2015b).

Con el objetivo de recibir a los peregrinos procedentes de todo el mundo, el Estado saudí puso en marcha diferentes proyectos, como la construcción del nuevo Aeropuerto Internacional del Rey Abdelaziz, en Jeda, la ampliación de las mezquitas de La Meca y Medina, y los trenes de alta velocidad que unen las dos ciudades sagradas con el Aeropuerto Internacional del Rey Abdelaziz. Aquí nos interesa destacar el gran número de hospitales disponibles y que cuentan con los últimos avances tecnológicos para ofrecer a los peregrinos una atención sanitaria gratuita y de calidad, así como que la Arabia Saudí dispone de un ministerio dedicado exclusivamente a gestionar los asuntos de la Peregrinación. El Ministerio de la Peregrinación se encarga de prestar todo tipo de servicios a los peregrinos, proporciona personal cualificado las 24 horas del día y coordina todos los organismos públicos para facilitar la realización de los ritos.

En el capítulo 5 delimitamos nuestro enfoque metodológico. La metodología de los estudios de caso es la más adecuada para nuestra investigación. Se trata de un método empírico, cualitativo, cuantitativo y observacional que permite analizar fenómenos socialmente relevantes y comprobar, generar o refutar nuevas teorías. Su aplicación exige recurrir a instrumentos de recogida de datos, como las entrevistas semiestructuradas, los cuestionarios y la observación participante. Para justificar la elección de esa metodología nos hemos basado en diferentes autores, entre otros Gile (1998), Martín (2003) y Hale (2007).

Esta metodología incluye tres fases: el diseño de investigación, el trabajo de campo y la narración del caso. Una vez concluida la primera fase, el trabajo de campo se llevó a cabo en La Meca en 2015 y 2016 y fue de gran utilidad, ya que nos permitió recoger los datos necesarios para la consecución de nuestros objetivos. La recogida de datos sobre el terreno incluyó la visita a los hospitales, la realización de las entrevistas y cuestionarios, y la consulta

de estadísticas y documentación. Si bien al principio se nos pusieron muchos impedimentos, a la postre notamos una gran hospitalidad y buena aceptación ya que el personal que nos atendió era consciente de la importancia del tema, de modo que nos facilitaron todo tipo de información o aclaración adicional.

Describimos a continuación las conclusiones del trabajo de campo.

1. Establecimientos

Visitamos diez establecimientos en las dos ciudades concernidas, entre centros de salud y organismos públicos responsables de los asuntos de la Peregrinación. El CSRA de La Meca fue el centro hospitalario con mayor participación en el estudio (28%) debido a su tamaño y, también, a que patrocinaba la investigación, de modo que era más fácil y rápido realizar las tareas del estudio porque la mayoría de las veces no necesitábamos autorización. Le siguió en participación el HAN, de la misma localidad (14%). Este hospital era el que mejor organizado tenía los servicios de interpretación y el que mayor interés mostró por nuestro estudio.

2. Perfil de los entrevistados

El número de entrevistados menores de 50 años fue muy alto. Conviene señalar que las estadísticas oficiales no precisan la edad del personal hospitalario durante la Peregrinación Mayor, por lo que resulta imposible evaluar si ese grupo de edad está o no sobrerrepresentado en el estudio. En cualquier caso, era el grupo de edad con mayor presencia física en los hospitales seleccionados durante el período en que se llevó a cabo el trabajo de campo.

La mayoría de los participantes fueron hombres (75%). En este caso sí es posible justificar el hecho con estadísticas oficiales, ya que estas revelan una gran masculinización del personal sanitario, con excepción de los enfermeros.

En relación con las habilidades lingüísticas, la lengua materna del 90% de los profesionales de la sanidad participantes es el árabe. Esto se explica, en particular, porque una parte muy importante de los entrevistados es personal administrativo (32%) y todos ellos son de nacionalidad saudí. El 4% de los participantes tiene el urdu como lengua materna y el 2% el hindi. Además, el 87% de los entrevistados se formaron en universidades árabes. El conocimiento del francés (4%) se debe a la formación en universidades francesas (3%) o un país de la francofonía (Marruecos). El inglés es la lengua más usada en la profesión y en la

formación universitaria (63%). El 89% de los participantes afirma que habla inglés fluidamente.

Ningún profesional de la sanidad seleccionado para el estudio ha realizado estudios formales en traducción e interpretación o en lenguas extranjeras, aunque el 27% estudió en el extranjero y el 100% conoce al menos dos lenguas. Los entrevistados, por tanto, poseen competencias culturales y lingüísticas, pero no competencias de traducción e interpretación.

El 84% de los entrevistados lleva más de cinco años trabajando en el ámbito sanitario. Esto, sin duda alguna, es un valor añadido. Esa experiencia les permite enfrentarse a problemas sociales o lingüísticos y solucionarlos, pero no es útil en todos los casos (véase capítulo 7) y no exime de la situación ideal de contar con profesionales de la interpretación.

Parte de los entrevistados ocupan puestos directivos. El 55% del personal administrativo eran directores y el 34% directores de servicios sanitarios; el 50% de los médicos eran jefes de servicios y el 35% médicos adjuntos, y el 30% de los enfermeros eran responsables del servicio. No cabe duda, por tanto, de que los participantes conocen la situación.

El 3% de los participantes no había cursado estudios universitarios, y son, precisamente, las personas contratadas por tiempo definido como intérpretes durante la Peregrinación Mayor. Téngase en cuenta que el personal contratado representa el 9% de la muestra y el 29% de ellos son los intérpretes mencionados. Estos datos demuestran que no se exige un nivel mínimo de estudios para ejercer la interpretación en los hospitales seleccionados para el estudio durante la Peregrinación Mayor y que, de hecho, los intérpretes contratados son el único sector del personal hospitalarios entrevistado que carece de estudios superiores.

Sin embargo, el 100% de los profesionales sanitarios participantes ha atendido a peregrinos cuya lengua no conocen, el 99% con una regularidad diaria. Es evidente que existe una brecha entre la capacidad del personal sanitario, la demanda de atención en otras lenguas distintas al árabe y el inglés, la exigencia del entorno comunicativo, el número de intérpretes disponibles y la formación que se les requiere.

3. Resultados de las entrevistas

3.1. Asociaciones de la peregrinación

Los RRAAPP hacen tres relevos en los hospitales participantes para estar disponibles las 24 horas, como afirma el 100% de los entrevistados. Son el intermediario entre el peregrino y el hospital. Se encargan de informar a la asociación de la presencia del peregrino en el centro sanitario, estar al tanto del estado de salud del paciente desde el ingreso hasta el alta, recibir a los peregrinos en las urgencias y transportarlos a sus alojamientos.

La Meca dispone de un RRAAPP para cada nacionalidad de peregrinos (100% de los entrevistados). En Medina, sin embargo, solo un representante de la asociación se encarga de todas las nacionalidades que visitan el hospital (100% de los RRAAPP). Ello se debe a que en La Meca se concentran todos los peregrinos, mientras que Medina solo recibe a los peregrinos antes o después de la visita a la tumba del profeta (véase capítulo 4).

3.2. Dificultades

El 66% de los RRAAPP en La Meca señala la dificultad que supone la ausencia de intérpretes incluso para los idiomas mayoritarios, ni que decir tiene para los minoritarios, frente al 0% de los de Medina. Esta diferencia se pone aún más de manifiesto en las respuestas de los intérpretes: el 100% de los de La Meca señala el problema, frente al 0% de Medina. El asunto se explica por la escasez de personal en La Meca en relación con el alto número de peregrinos demandantes de servicios.

El 100% de los RRAAPP en La Meca afirma que los intérpretes tardan en llegar al hospital o centro sanitario cuando se les requiere. También el 100% de los DDSSSS en La Meca apuntan al problema de la tardanza de los intérpretes, mientras que solo el 33% de los de Medina menciona el problema. También se observan claras diferencias entre los porcentajes de EE en La Meca y de Medina que señalan el problema (respectivamente el 90% y el 30%), los porcentajes de MM (el 60% y el 17%) y los de EEPA (el 67% y el 0%). La razón de esta diferencia radica en la sobrecarga de trabajo de los intérpretes en La Meca, antes señalada, lo que se agrava por la alta densidad del tráfico durante la Peregrinación Mayor. Conviene añadir que ni los intérpretes de La Meca ni los de Medina aluden a su tardanza (0%).

3.3. Perfil de los usuarios

3.3.1. Edad

El 94% de los participantes en La Meca afirmó que atiende a peregrinos mayores de 50 años, frente al 39% de los de Medina, que afirmó que atiende a peregrinos de todas las edades. Como hemos señalado anteriormente, los peregrinos visitan Medina después de realizar los ritos de la Peregrinación, que duran una semana y requieren un gran esfuerzo físico. Eso explicaría que los peregrinos demandantes de atención sanitaria en Medina muestren un rango de edad mayor (véase capítulo 4).

3.3.2. Lenguas habladas

Los idiomas más comunes en la Peregrinación Mayor son el turco, el persa, el urdu, el bengalí y el hindi según el 65% de los participantes en La Meca; los participantes en Medina reciben a peregrinos que dominan todos los idiomas (el 79% de los participantes). Esto se debe principalmente a que, como ya hemos señalado, los peregrinos que visitan Medina lo hacen tras finalizar la peregrinación o antes de iniciarla. Por consiguiente, la mayoría de las visitas a los hospitales se produce durante el evento, y por lo tanto los hospitales de La Meca están más sujetos a recibir a peregrinos de diferentes nacionalidades.

3.4. Servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor

a) Coste del servicio

Todos los participantes son unánimes en que los servicios de interpretación que se prestan en los hospitales durante la Peregrinación Mayor son gratuitos, ya que el visado de peregrinación incluye todos los gastos médicos sin límite de cobertura.

b) Criterios de profesionalización de los intérpretes

En los hospitales participantes no se requieren condiciones profesionales específicas a los intérpretes. El 67% de los RRAAPP en La Meca desconoce si existen esos criterios y el 100% de los RRAAPP de Medina señalaron que no hay criterios. Este hecho lo justifica la estabilidad laboral de los entrevistados, donde el 9% de ellos son contratados únicamente durante la Peregrinación Mayor para cubrir la gran demanda de los servicios de interpretación.

c) Existencia de los servicios de interpretación

Los entrevistados en La Meca y Medina sostienen que disponen de servicios de interpretación en el hospital durante la Peregrinación Mayor (74% y 88%, respectivamente) y que esos servicios los proporcionan los intérpretes de las asociaciones de la peregrinación (35% y 30%), las delegaciones de médicos que visitan los hospitales (33% y 37%) y el personal del hospital que domina el idioma del paciente (32% y 33%). El 71% de los participantes en La Meca y el 78% de los participantes en Medina afirman que el servicio de interpretación hospitalaria durante la Peregrinación Mayor está organizado por las mismas personas que actúan de intérpretes. Recordemos que ningún entrevistado tiene formación en traducción e interpretación.

d) Financiación de los servicios de interpretación

El 60% de los participantes en La Meca y el 30% de los participantes en Medina afirman que las asociaciones de la peregrinación financian el servicio de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor; el 14% de los entrevistados en ambas ciudades desconoce cómo se financian, y el 11% y el 28%, respectivamente, declaran que ese servicio no dispone de financiación. Como hemos visto en el capítulo 4, el Ministerio de la Peregrinación es el organismo público encargado de gestionar las asociaciones de la peregrinación y financiar los servicios de interpretación.

En realidad, de acuerdo con las conclusiones de las entrevistas realizadas y la observación sobre el terreno, la mayoría de las personas que ayudan con la interpretación son voluntarias y no reciben por ello remuneración alguna. Tan solo el HAN de La Meca contrata durante los meses de la Peregrinación Mayor a algunas personas, ninguna con estudios universitarios, y les paga algo por el servicio.

e) Herramientas modernas usadas en la interpretación

El 57% de los entrevistados en La Meca y el 78% en Medina no usan ninguna herramienta moderna al interpretar; el 30% y el 11%, respectivamente, recurren a Google, y el 13% y el 11%, respectivamente, utilizan su móvil personal para este fin.

Numerosos entrevistados señalaron que el traductor de Google es inútil en el ámbito sanitario, ya que no ofrece terminología especializada y, en situaciones de urgencia y con pacientes esperando, resulta incómodo, por lo que solo se utilizan cuando no hay nadie

disponible que pueda ayudar con la interpretación. Recordemos que el 76% del personal que proporciona servicios de interpretación en La Meca y el 62% de Medina solo lo hace en su horario de trabajo y no están disponibles las 24 horas.

f) Legislación reguladora

Si bien no existe en la Arabia Saudí legislación que regule las actividades de traducción e interpretación hospitalarias, los hospitales de La Meca y Medina disponen que el paciente tiene derecho a ser informado de su estado en una lengua que entienda.

Por otro lado, la mayoría de los hospitales dispone de un listado con los nombres de los miembros del personal sanitario que dominan lenguas extranjeras. Durante nuestra visita a los hospitales, tuvimos acceso a dichas listas, aunque comprobamos que no están actualizadas y presentan datos erróneos. Algunos interesados con los que contactamos nos aseguraron que estaban incluidos en esa lista sin su consentimiento, y otros residían en localidades distintas a la del centro hospitalario y solamente constaba en la lista su correo electrónico.

Esos defectos en los listados de intérpretes disponibles se agravan si tenemos en cuenta que el servicio de urgencias es el que más solicita labores de interpretación. Así lo afirma el 31% de los participantes en La Meca, junto al mismo porcentaje que afirma que esas labores se solicitan en todos los servicios, y de forma más contundente el 33% de los participantes en Medina (frente al 13% en otros servicios). Naturalmente un listado de esas características no es útil para cubrir las necesidades del servicio de urgencias. Por ello, el 47% de los entrevistados en La Meca y el 43% de Medina proponen la implantación de una plantilla de intérpretes cualificados disponibles permanentemente en el hospital durante la Peregrinación Mayor y la Peregrinación Menor.

g) Modalidades de interpretación empleadas

El 100% de los intérpretes usan la modalidad de la interpretación de enlace o la consecutiva bilateral.

4. Discusión de los resultados

Los resultados del presente estudio sugieren que la situación de los servicios de interpretación durante la Peregrinación Mayor en los hospitales analizados no difiere en gran medida de la que describen para España los trabajos revisados en el capítulo 3 (Valero-Garcés, 2006b; Sales Salvador, 2006; Baigorri et al., 2006; Toledano Buendía et al., 2006;

Goretti Faya, 2016; Valero-Garcés y Monzón, 2018; Foulquié-Rubio, 2018; Ortega-Herráez y Blasco-Mayor, 2018; Luzardo Díaz y Fernández Pérez, 2018; entre otros).

En definitiva, los servicios de ISS en la Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor se basan en soluciones *ad hoc*, como el recurso a voluntarios, personal del hospital que domina el idioma del paciente, familiares o conocidos del peregrino, y en algunos casos se recurre a la interpretación telefónica o a las embajadas. Entre esas soluciones se incluye también el recurso al lenguaje gestual. En el caso de la Arabia Saudí, en La Meca y Medina, las asociaciones de la peregrinación, dependiente del Ministerio de la Peregrinación, se encargan también en ocasiones de proporcionar personas bilingües, aunque sin cualificación, que cubran esas necesidades.

Las consecuencias de esa situación son, entre otras cosas, la necesidad de invertir más tiempo para atender a los pacientes justo cuando, durante la Peregrinación Mayor, los centros sanitarios experimentan un aumento notable de la demanda de servicios. Además del riesgo para la salud del peregrino, esta situación genera al sistema sanitario gastos innecesarios, ya que en ocasiones es preciso realizar un chequeo completo al paciente simplemente por incapacidad para comunicarse con él de forma adecuada.

La falta de comunicación fluida entre el paciente y el proveedor de servicios sanitarios se debe a la escasez de personas bilingües que dominen los idiomas minoritarios (por ejemplo, el chino) y, también, a la escasa capacitación especializada de las personas que ayudan en la interpretación, las cuales desconocen por completo cualquier código deontológico y muchos de los aspectos relativos a su trabajo (por lo que la técnica de la triangulación, mediante la observación participante, nos ha sido de gran ayuda). Esa situación se ve agravada durante la Peregrinación Mayor por la falta de documentación previa sobre el estado de salud y los antecedentes de los pacientes.

Como apunta Angelelli (2004), la existencia de servicios de ISP depende de los contextos sociopolíticos y culturales. En el caso de la Arabia Saudí, la inexistencia de servicios de interpretación sanitaria durante la Peregrinación Mayor no depende tanto de los factores económicos como del desconocimiento de la necesidad de esos servicios. Esperamos que la presente tesis despierte el interés en este sentido.

5. Aplicación de los resultados

A continuación, a la vista de la situación actual de la ISS en los hospitales y el período analizados, propusimos futuras vías de investigación y el despliegue de acciones dirigidas a mejorar la calidad de los servicios.

Recomendamos en primer lugar el despliegue de acciones formativas puntuales impartidas por especialistas y profesionales experimentados. Esos cursos darían a conocer a sus beneficiarios las técnicas y los conocimientos deontológicos imprescindibles y serían la oportunidad para elaborar los primeros materiales didácticos y de consulta.

Sin embargo, creemos que esas acciones puntuales, aunque se precisan de forma urgente, no serían suficientes. A medio plazo sería preciso implantar en el sistema formativo superior saudí un máster especializado y promover la concienciación social en la materia, dado que la Arabia Saudí recibe y acoge a millones de extranjeros por motivos laborales y de estudios, además de por motivos religiosos.

Sería preciso, además, crear una infraestructura permanente de servicios de interpretación hospitalaria que, organizada por especialistas en la materia, tenga la capacidad de reforzarse en momentos puntuales de demanda crecida, en particular durante la Peregrinación Mayor.

En cuanto a las futuras vías de investigación, sería muy útil recoger un corpus de interpretaciones realizadas por voluntarios, analizarlas y extraer datos empíricos sobre calidad y observancia de normas deontológicas.

También sería muy interesante realizar un estudio de caso similar al presentado en esta tesis doctoral sobre la situación de la TISP en el ámbito judicial, ya que muy a menudo quienes solicitan la tutela judicial de la autoridad saudí no dominan la lengua árabe.

Concluimos con la satisfacción de haber descrito la situación actual de la ISS en el Reino de la Arabia Saudí durante la Peregrinación Mayor. Esperamos que esta iniciativa genere frutos positivos sobre el terreno, despierte el interés de la comunidad investigadora hacia la TISP en el mundo árabe y constituya el punto de partida para futuras publicaciones en la materia.

9. MENCIÓN INTERNACIONAL

9.1. Table of contents

1. Introduction

1.1 Hypothesis and Justification

1.2 Objectives

1.3 Study Structure

Part 1

2. Public service interpreting

2.1. Term Clarifications

2.2. Definitions of Public service Interpreting

2.2.1. The translator or interpreter and the bilingual worker

2.3. Public service and conference interpreting

2.4. The Evolution of Public service interpreting

2.4.1. Australia

2.4.2. The United Kingdom

2.4.3. The United States

2.4.4. Canada

2.4.5. Spain

2.4.6. The Arab World

2.5. The fields of Public service interpreting

2.6. The role of the interpreter in public services

2.7. Code of Ethics of the profession

2.8. Conclusions

3. Health care settings

3.1. Interpretation and the meeting between the doctor and patient

3.2. Interpretation modes in healthcare setting

3.3. State of the issue in healthcare setting

3.1.1. Spain

3.1.2. In other countries of the European Union

3.4. Conclusions

Part 2

4. The socio-cultural and religious context of the study

4.1. The Kingdom of Saudi Arabia

- 4.1.1. Climate
- 4.2. Pilgrimage in other religious contexts
 - 4.2.1. Pilgrimage in Christianity
 - 4.2.2. Rome
 - 4.2.3. Jerusalem
 - 4.2.4. Santiago de Compostela
 - 4.2.5. Pilgrimage in Hinduism
 - 4.2.6. Pilgrimage in Islam
- 4.3. Pilgrimage the Mecca
 - 4.3.1. Statistics of the pilgrims to Mecca
- 4.4. Health care problems during the pilgrimage to Mecca
- 4.5. Infrastructures for the Mecca pilgrimage
 - 4.5.1. Airports
 - 4.5.2. High Speed trains
 - 4.5.3. Administrative organizations
 - 4.5.4. Expansion of the two holy Mosques
 - 4.5.5. Hospital capacity
- 4.6. Conclusions
- V. Research Methodology
 - 5.1. Defining the case study
 - 5.2. Classifying the case study
 - 5.3. Justifying the chosen methodology
 - 5.4. Designing the investigation stages
 - 5.4.1. Design of the investigation
 - 5.4.2. Field Work
 - 5.4.2.1. Duration of the research
 - 5.4.2.2. Data compilation
 - 5.4.2.3. Data Analysis
 - 5.4.3. The narration of the case
 - 5.5. Synthetic map of theories
 - 5.6. Conclusions
- 6. Data source
 - 6.1. Establishments, participants, services, and groups
 - 6.1.1. Establishments and participants
 - 6.1.2. Services
 - 6.1.2.1. Mecca
 - 6.1.2.2. Medina
 - 6.1.3. Interviewed groups
 - 6.1.3.1. Mecca
 - 6.1.3.2. Medina

- 6.1.4. Rejected interviews
 - 6.1.4.1. Mecca
 - 6.1.4.2. Medina
- 6.2. Profile of the acceptable interviewees
 - 6.2.1. Personal Data
 - 6.2.1.1. Age, sex, and nationality
 - 6.2.1.2. Mother tongue of the interviewees and other languages the can maintain fluid communication in
 - 6.2.2. Academic Profile
 - 6.2.2.1. Education level, location and main language studied in
 - 6.2.3. Professional profile
 - 6.2.4. Habitual place of work
 - 6.2.5. Professional experience
 - 6.2.6. Professional category: Administration, Medical Doctor, and Nurses
 - 6.2.7. Labor stability
 - 6.2.8. Attention to pilgrims and frequency of that
- 6.3. Conclusions
- 7. Data Analysis
 - 7.1. Introduction
 - 7.2. Data relative for Mecca
 - 7.2.1. Interviews
 - 7.2.2. Pilgrimage associations
 - 7.2.2.1. work schedule of their representatives
 - 7.2.2.2. Mission of their representatives
 - 7.2.2.3. Nationalities served by said representatives
 - 7.2.3. Difficulties in serving non Arabic-speaking pilgrims
 - 7.2.4. Profile of the users
 - 7.2.4.1. Age
 - 7.2.4.2. Spoken Languages
 - 7.2.5. Interpretation services in the hospitals during the Hajj
 - 7.2.5.1. Cost of the interpretation service
 - 7.2.5.2. Criteria for the professionalization of the interpreters
 - 7.2.5.3. Existence of the interpreting services in the hospitals
 - 7.2.5.4. Financing of the interpretation services
 - 7.2.5.5. Modern tools used in interpretation
 - 7.2.5.6. Interpretation services Timetable
 - 7.2.5.7. Interpretation services regulations
 - 7.2.5.8. Modes of interpretation
 - 7.2.5.9. Creation of the Interpretation service program
 - 7.2.5.10. Interpretation service providers in the hospital

- 7.2.5.11. Hospital services that most need interpretation
- 7.2.6. Suggestion to improve the interpretation services in the hospital during the pilgrimage season
- 7.3. Data relative for Medina
 - 7.3.1. Interviews
 - 7.3.2. Pilgrimage associations
 - 7.3.2.1. work schedule of their representatives
 - 7.3.2.2. Mission of their representatives
 - 7.3.2.3. Nationalities served by said representatives
 - 7.3.3. Difficulties in serving non Arabic-speaking pilgrims
 - 7.3.4. Profile of the users
 - 7.3.4.1. Age
 - 7.3.4.2. Spoken Languages
 - 7.3.5. Interpretation services in the hospitals during the Hajj
 - 7.3.5.1. Cost of the interpretation service
 - 7.3.5.2. Criteria for the professionalization of the interpreters
 - 7.3.5.3. Existence of the interpreting services in the hospitals
 - 7.3.5.4. Financing of the interpretation services
 - 7.3.5.5. Modern tools used in interpretation
 - 7.3.5.6. Interpretation services Timetable
 - 7.3.5.7. Interpretation services regulations
 - 7.3.5.8. Modes of interpretation
 - 7.3.5.9. Creation of the Interpretation service program
 - 7.3.5.10. Interpretation service providers in the hospital
 - 7.3.5.11. Hospital services that most need interpretation
 - 7.3.6. Suggestion to improve the interpretation services in the hospital during the pilgrimage season
- 7.4. Participant Observation
- 7.5. Conclusions
- 8. General Conclusions
- 9. International Mention
 - 9.2. Table of contents
 - 9.3. Abstract
 - 9.4. Conclusions
- 10. Bibliography
- 11. Indexes

9.2. Abstract

The Translation and Interpretation of health services have received great attention from researchers around the world for several reasons. These include the increase in the numbers of migrants, the wave of foreign students as well as pilgrims. Such situations involve the presence of multi-cultural and multi-lingual groups who in turn require either oral or written translation so as to communicate with each other.

The pilgrimage (Al Hajj) is one of the pillars of Islam and each Muslim has the physical and financial ability to carry out this great obligation at least once in their lifetime. This duty consists of several rites including the circumambulation around the Kaaba; a holy Building located inside the holy Mosque of Makkah, walking between Al-Safa and Al-Marwah rocks and standing on Mount Arafat. These tasks might be a little risky for the elderly if it were carried out during summer in this country with a dry desert climate, as many pilgrims arrive to the Kingdom with disease some of which may be contagious.

In this regard, and according to the formal statistics of the Kingdom of Saudi Arabia Ministry of Hajj (Pilgrimage), the number of pilgrims who visited the Kingdom in 2015 reached about 2,084,238, of whom about 70% were non-Arabic speakers. However, the number is expected to increase in coming years after the completion of the expansion of the two Mosques.

This research looked into the translation services provided at the hospitals of the two holy cities, Makkah and Al-Madinah, where Muslims have to stay for some days in order to complete their pilgrimage rites, and to propose solutions for improving those services for non-Arabic-speaking pilgrims. The information was gathered through recorded interviews with administrative, medical and nursing staff, the people in charge of translation, and those agencies organizing the affairs of the pilgrimage. These interviews included information regarding the availability of interpretation services and how non-Arabic speaking pilgrims are treated. They also focused on the problems these individuals might face when they go to hospitals, and finally on suggestions on how to improve such services. For this purpose, we conducted 90 interviews with the previously mentioned subjects. The recorded interviews were then transcribed and the subjects were divided into categories. Moreover, we encoded the interviews to facilitate information extraction.

9.3. Conclusions

The objective of the present doctoral thesis is to describe the current situation of interpreting in health care services in the Kingdom of Saudi Arabia during the Greater Pilgrimage (the Hajj), applying the case study methodology. Our primary objective has been to contribute to the knowledge of Public Service Interpreting and in particular Healthcare Interpreting in the Arab world; as little literature exists on this topic, it was our intention to awaken interest in the academic world.

We believe that the present doctoral thesis has responded to all the research questions presented at the beginning of the study (see the introduction). In the following pages we will synthesize the conclusions of the chapters dedicated to the theoretical framework and the current situation of Healthcare Interpreting in Saudi Arabia during the Greater Pilgrimage. We will also summarize and discuss the collected data, propose future actions for improvement and suggest future lines of research.

The first part of our study describes the theoretical framework and issues exclusively related to it. The main conclusion of this part of the paper is that there is still a lot to investigate in relation to Public Service Interpreting, specifically related to health services, particularly in the Arabic-speaking world.

Among the pioneering nations in the birth of Public Service Interpreting – an activity for which there is still no uniform term – are Australia, the United Kingdom and Canada. In Spain, though the demand for such services came much later, there have been innovations in Public Service Interpreting, notably interpreting by telephone. Notwithstanding, in-person interpreting primarily comes from ad hoc solutions, through doctors, nurses, or the family or friends of the patient. As we will see further on, the results obtained in the analytical chapter show that the current situation of Healthcare Interpreting in Saudi Arabia during the Greater Pilgrimage does not differ greatly from what has been described in the literature for the Spanish situation. In other Arab nations, initiatives in this area are very scarce, if not altogether non-existent, in spite of the numbers of immigrants, foreign workers, students or others who are unfamiliar with Arabic.

On the other hand, the definitions presented in the corresponding chapter emphasize that community members lacking fluency in the official language have equal right of access to interpreting services. In the field of health care, the objective of interpreting is to facilitate

communication between personnel providing services and the recipients; in particular between doctors and patients during a consultation, a complex process which can become extremely problematic when the parties involved do not share the same language. The use of the technique of consecutive dialogue Interpreting is very common in these contexts, as it is the most appropriate for this type of communicative situation.

The literature is not unanimous on the role that should be played by the person who translates and the requirements they should have. In addition to linguistic mediation, interpreters also serve as intercultural mediators, developing tasks that do not have any relation to interpreting. Moreover, they are bilingual but without any special training.

The majority of codes of conduct for the profession that exist insist on confidentiality, impartiality, exactness and integrity as fundamental principles which the interpreter should respect. Of little use is the action of a healthcare professional, however qualified he or she may be, if, despite being highly qualified, s/he cannot communicate with the patient. The actions of a qualified interpreter guarantee the quality of the service and thus ensure that the rights of the users are fulfilled.

The second part of our thesis has been dedicated to the application of the concepts established in the first part in order to describe the current situation of Healthcare Interpreting in Saudi Arabia during the Greater Pilgrimage. We began by describing the sociocultural context of our study. The phenomenon which concerns us is a macro event which attracts millions of people proceeding from very distant locations, as shown by the official statistics. Moreover, the Pilgrimage is the fifth pillar of Islam, and its fulfillment is obligatory once in a lifetime, as long as one disposes of the means, both physical and financial, to do so. Finally, according to the State constitution, Arabic is the official language in all of the national territory, although in practice English is used for commercial purposes.

Saudi Arabia reaches temperatures of over 50 degrees in the summer in Mecca and Medina. The Greater Pilgrimage to Mecca takes place in the twelfth month of the Islamic lunar calendar, meaning that it can coincide with every season of the year. It is composed of various rites which involve the movement of a large group of people at the same time between various locations in the city. Moreover, it is a phenomenon with a well-established ritualistic organization, representing a fundamental bond among Muslims in spite of their cultural, racial and linguistic differences.

The pilgrimage leaves the believer clean from their sins and in the same state of purity as the day of their birth. The majority of believers opt to take part in the pilgrimage at an advanced age, in order to attain a state of purity before death. This fact, along with those described above (the huge number of people, linguistic diversity, Arabic as the official language, an adverse climate, and physically demanding rituals), creates a high demand on health care. Connected with this, as a result of the diversity of national origins, pilgrims may bring with them chronic or even contagious diseases. In this respect, according to the official statistics, 364,690 pilgrims sought assistance from hospitals and health centers in 2015 (Reino de Arabia Saudí, 2015b).

In order to receive pilgrims from all parts of the world, the Saudi government has set in motion various projects. These include the construction of the new international King Abdelaziz airport in Jedda, the expansion of the mosques of Mecca and Medina and the high-speed trains which join the two sacred cities to the international airport of King Abdelaziz. We should also point out the great number of hospitals that have the most up-to-date technology to offer pilgrims quality health care at no cost, as well as the fact that Saudi Arabia has a government ministry dedicated exclusively to managing matters of the pilgrimage. The ministry is responsible for offering all types of services to the pilgrims, with qualified personnel working 24 hours a day, and also coordinates with all the official organisms of the State in order to ensure the fulfillment of the various rites.

In chapter 5, we marked out our methodological focus, arguing that the case study methodology is the most appropriate for our investigation. This involves a method which is empirical, qualitative, quantitative and observational, and permits the analysis of socially relevant phenomena to test, generate, or refute new theories. Its application requires the use of instruments for data collection, such as semi-structured interviews, questionnaires and participative observation. We have justified this choice of methodology based on different authors, such as Gile (1998), Martin (2003) and Hale (2007).

This methodology consists of three phases: the research design, the fieldwork, and writing up the case study. On completion of the first stage, the fieldwork was carried out in Mecca in 2015 and 2016. This was of great use, as it permitted us to collect the data necessary to achieve our objectives. The collection of on-site data included visits to hospitals, interviews and questionnaires, and a review of statistics and documents. In spite of many impediments to carrying out the work at the beginning, we were finally met with great hospitality and interest

in our topic. This was because the personnel were aware of the importance of our study, and thus gave us access to all types of information and additional clarification.

We will describe below the conclusions of the fieldwork:

1. Establishments

We visited 10 establishments in the two cities, including health centers and official government entities responsible for managing matters related to the pilgrimage. The King Abdullah Medical City at Mecca was the hospital center with the greatest participation in the study (28%) due to its size and also because, as this hospital sponsored our study, it was easier and quicker to do our research there since we did not usually need authorization. This was followed by the Al-Noor Hospital in the same locality (14%). This hospital was the best facility as far as the organization of interpreting services is concerned, and also showed the greatest interest in our study.

2. Profile of the interviewees

The number of interviewees under 50 years of age was very high. It is important to note that the official statistics do not clarify the precise ages of the hospital personnel during the Great Pilgrimage, for which reason it is not possible to evaluate if this group was or was not overly represented in the study. Nevertheless, this was the age group with greatest physical presence in the selected hospitals during the period of our fieldwork.

The majority of the participants in the study were men (75%). In this case, it is possible to justify the data with official statistics, given that they reveal a great predomination of males amongst health care personnel, with the exception of nurses.

In relation to linguistic knowledge, the study showed that the native language of 90% of the healthcare professionals was Arabic. This is explained, specifically, by the fact that a substantial proportion of the interviewees were administrative personnel (32%), who all had Saudi nationality. 4% of the participants had Urdu as their native language, and 2% spoke Hindi. Additionally, 87% of the interviewees were trained in Arab universities. Knowledge of French (4%) corresponds primarily to those who were trained in French universities (3%) or in a Francophone country (such as Morocco). English is the most commonly used language in the profession and in university training (63%). 89% of the interviewees claimed to be able to maintain fluent spoken communication in English.

No healthcare professional selected for the study had completed formal studies in translation or interpreting, or in foreign languages. However, in 27% of cases, participants had studied in a foreign country and all of them knew at least two languages. As such, we believe that the interviewees have cultural and linguistic competences, but not in translation or interpreting.

Of those interviewed, 84% had worked for more than five years in healthcare services. This, without a doubt, is an added value. In principle, the experience acquired would permit the professionals to deal with social or linguistic challenges. However, it did not prove useful in all cases (see chapter 7) and does not detract from the fact that the ideal situation is to have qualified interpreting professionals on hand.

A proportion of the interviewees occupy directive roles. Of the administrative personnel, 55% were directors and 34% were health-care directors; 50% of the doctors were chief physicians and 35% staff physicians, while 30% of the nurses were service managers. So there is no doubt that the participants understood the situation.

3% of the participants had not undertaken university studies, and these were precisely the people who were contracted for a limited time to act as interpreters during the Greater Pilgrimage. We must keep in mind that 9% of the sample of our study were contracted staff and of these, 29% were interpreters. These data demonstrate that not even a minimum level of studies is required to interpret in the hospitals during the Greater Pilgrimage; in fact, the contracted interpreters were the only sector of healthcare personnel participating in the interview who lacked superior studies.

Nevertheless, 100% of the healthcare professionals who participated in the study had treated pilgrims whose language they do not know, 99% of them on a daily basis. It is evident that an imbalance exists between the abilities of the healthcare personnel, the demand for services in other languages distinct from Arabic and English, the demands of the communicative environment, the number of interpreters who are available and the training that is required of them.

3. Interview Results

3.1. Pilgrimage Associations

The Pilgrimage Association Representatives are available in hospitals in both cities in three shifts throughout the day and night, according to all the interviewees. They are the intermediaries between the patient and the hospital. They are responsible for informing the

Association of the presence of the pilgrim at the health center, remaining informed about the state of the patient from admission to discharge from the hospital, receiving pilgrims in the emergency ward, and transporting them to their accommodation.

Mecca has at its disposal a Pilgrimage Association Representative for each nationality (100% of those interviewed). However, in Medina, only one representative of the association is responsible for all the nationalities admitted to hospital (100% of the Pilgrimage Association Representatives). This is due to the fact that all the pilgrims are concentrated in Mecca during the days of the Great Pilgrimage, whereas in Medina pilgrims are only received before or after visiting the tomb of the Prophet (see chapter 4).

3.2. Difficulties

A total of 66% of the Pilgrimage Association Representatives in Mecca pointed out the difficulty of not having interpreters even for the major languages, not to mention the minor ones, in contrast to 0% of those in Medina. The differences are even more evident in the answers of the interpreters of the two cities: 100% of those in Mecca spoke of the problem, in contrast to 0% in Medina. This may be explained by the scarcity of personnel in Mecca in relation to the large number of pilgrims.

100% of the Pilgrimage Association Representatives in Mecca stated that the interpreters take a long time to arrive at the hospital or health center when they are required. Similarly, all of the healthcare service directors in Mecca alluded to the problem of the interpreters' delay, while only 33% of those in Medina mentioned the problem. Clear differences were also noted with regard to this issue in the percentages of the nurses of Mecca and Medina (90% and 30% respectively), the doctors (60% and 17%) and the administrative staff (67% and 0%). The reason for this lies in the excess of work that the Mecca interpreters have, as mentioned above, and this is aggravated by the density of traffic during the Greater Pilgrimage. Finally, it is interesting to note that neither the interpreters of Mecca nor Medina allude to their arriving late (0%).

3.3. Profile of the pilgrims

3.3.1. Age

94% of the participants from Mecca affirmed that they received pilgrims of 50 years of age or more, as opposed to 39% of those in Medina, who stated that they receive pilgrims of all

ages. As we have previously noted, pilgrims visit the city of Medina after carrying out the pilgrimage rites, which last one week and require a great deal of physical exertion. This would explain why pilgrims who require healthcare services in Medina present a more varied age range (see chapter 4).

3.3.2. Languages spoken

The most common languages in the Greater Pilgrimage are: Turkish, Farsi, Urdu, Bengali and Hindi, according to 65% of the participants in Mecca. In Medina, participants receive pilgrims who speak almost every language (79% of the participants). This is due primarily to the fact that, as we have already indicated, pilgrims visit Medina after completing the pilgrimage, or prior to initiating it. Thus, the majority of hospital admissions take place during the event, and therefore the hospitals in Mecca are more prone to receiving pilgrims of different nationalities.

3.4. Interpreting services in hospitals during the Greater Pilgrimage

a) Cost of Service

All the participants agreed that the interpreting services provided in the hospitals during the Greater Pilgrimage are free, as the pilgrimage visa covers all medical expenses without any limit.

b) Professional criteria for interpreters

Specific professional requirements do not exist for the people who offer interpreting services in the hospitals of either of the two provinces of the Greater Pilgrimage. 67% of the Pilgrimage Association Representatives of Mecca did not know whether criteria exist for interpreters, as opposed to 100% of the Pilgrimage Association Representatives of Medina who remarked that there are no criteria. This fact is borne out by the employment stability of those interviewed, 9% of whom are contracted only during the Greater Pilgrimage to cover the high demand for interpreting services.

c) Provision of interpreting services

Those interviewed both in Mecca and Medina state that they have access to interpreting services in the hospital during the Greater Pilgrimage (74% and 88% respectively), and that these services are provided by the Pilgrimage Associations (35% and 30%), the medical

delegations who visit hospitals (33% and 37%), and hospital personnel who have fluency in the language of the patient (32% and 33%). 71% of the participants from Mecca and 78% from Medina affirm that the interpreting services in the hospital during the Greater Pilgrimage are organized by the same people who act as interpreters. It is important to remember that none of those interviewed had formal studies in translation and interpreting.

d) Financing of interpreting services

60% of the Mecca participants and 30% from Medina affirmed that the Pilgrimage Associations are responsible for bearing the costs of the interpreting services in hospitals during the Greater Pilgrimage. 14% of those interviewed in both cities were unaware of how the interpreting services are financed, while 11% and 28% (respectively) declared that there was no financing for the service. As we have seen in chapter 4, the Ministry of Pilgrimage is the official entity responsible for managing the Pilgrimage Associations and financing the interpreting services.

In reality, based on the conclusions of the interviews carried out and on personal observation during the fieldwork, most people who help out with the interpreting are volunteers and do not receive any payment for their services. Only the Al-Noor Hospital of Mecca contracts people – none with university studies – during the months of the Greater Pilgrimage, and extends payment for their services.

e) Use of technological aids in interpreting

Of those interviewed, 57% from Mecca and 78% from Medina do not use any modern instrument when interpreting. Notwithstanding, 30% and 11% recur to Google for translation, and 13% and 11% use their cellular phone.

In this respect, many interviewees remarked that the Google translator is of little use in the field of medicine, as it does not offer specialized medical terminology. Additionally, in emergency situations, or with a long queue of patients, it is not at all convenient, with the result that these tools are only used when there is nobody present who can help with the interpreting. It should be remembered that 76% of the personnel who offer interpreting services in Mecca and 62% in Medina do so only during their work hours, and are not available 24 hours a day.

f) Legal provisions

Even though in Saudi Arabia no legislation exists to regulate translation and interpreting in hospitals, the hospitals of both cities recognize the right of patients to be informed about the state of their health in a language they understand.

Additionally, in the majority of hospitals, a list is available with names of medical personnel who have fluency in foreign languages. During our hospital visits, we had access to these lists; however, we found that they were not updated and contained inaccurate information. Moreover, some of the people we contacted claimed they had been included in the list without their consent, while others lived in districts far removed from the health center and only their email address was included in the list.

These defects in the lists of available interpreters are exacerbated if we bear in mind that interpreters are most frequently required in the emergency section. This is upheld by 31% of participants in Mecca, while the same percentage claim that interpreters are solicited in all the services. In the case of Medina, the percentages are 33% and 13% respectively. Naturally, a list with these characteristics is not useful to cover the needs of emergency services. For this reason, 47% of those interviewed in Mecca and 43% in Medina propose the implementation of a group of qualified interpreters who should be permanently present in the hospital, not just during the Greater Pilgrimage but also during the Lesser Pilgrimage.

g) Modalities of interpreting used

Among the interpreters, 100% use the modality of liaison or consecutive interpreting.

4. Discussion of the results

The results of the present study clearly show that the interpreting services offered during the Greater Pilgrimage in the hospitals studied do not differ significantly from what has been described for Spain, as detailed in chapter 3 (Valero-Garcés, 2006b; Sales Salvador, 2006; Baigorri et al., 2006; Toledano Buendía et al., 2006; Goretti Faya, 2016; Valero-Garcés and Monzón, 2018; Foulquié-Rubio, 2018; Ortega-Herráez and Blasco-Mayor, 2018; Luzardo Díaz and Fernández Pérez, 2018, among others).

In conclusion, the services of interpreting in Saudi Arabia during the Greater Pilgrimage are based on ad hoc solutions, through volunteers, hospital personnel who speak the language of the patient, family members and acquaintances of the patient. In some cases, communication via telephone is resorted to, or the contacting of embassies. Another solution is to fall back on

the use of gestures. In the case of Saudi Arabia, the pilgrimage associations in Mecca and Medina – who are dependent on the Ministry of the Pilgrimage – also occasionally provide bilingual people to cover the communication needs, but they lack professional qualifications.

The consequence of this situation, amongst other things, is that more time is required for patient care in health centers precisely at a time when there is a sharp increase in the demand for their services, i.e. during the Greater Pilgrimage. In addition to the risk to the health of pilgrims, this situation also causes unnecessary costs for the healthcare system, given that in some cases they are obliged to carry out a complete health checkup simply because they cannot communicate adequately with the patient.

The lack of fluent communication between the patient and healthcare service providers is due to the scarcity of bilingual people who are competent in minority languages (such as Mandarin), and also to the lack of specialized professional training of the people who assist with interpreting, who are completely unfamiliar with any kind of code of conduct for interpreting and many other aspects related to their work (to observe this, the technique of triangulation, through participative observation, was particularly effective). This situation is worsened during the Greater Pilgrimage because of the lack of medical records documenting the state of health or the medical history of the patient.

As signaled by Angelelli (2004), the provision of Public Service Interpreting services depends on sociopolitical and cultural contexts. In the case of Saudi Arabia, the inexistence of interpreting services in the healthcare sector during the Greater Pilgrimage is not so much owing to economic factors, as to the lack of awareness of the need for such services. We hope that the present thesis might awaken interest in this respect.

5. Application of the results

In this section, after studying the current situation of Healthcare Interpreting during the Greater Pilgrimage, we propose some future lines of research and a series of actions to improve the quality of services.

To begin, we recommend the creation of specific training courses given by professionals with experience. The objective of these courses would be to provide participants with the necessary techniques and knowledge of the code of conduct. Additionally, they could be of great utility to create materials in different languages to facilitate the process of translation.

However, although we believe that these training courses are an urgent requirement, they would not in themselves be sufficient. In the medium term, there is a need to set up a specialized Masters' Program in the Saudi Higher Education system, and to raise people's consciousness in this area. This is particularly the case since the country receives millions of visitors for different motives, not only religious, but also for purposes of work and study.

There is also a need to establish a permanent infrastructure of healthcare interpreters, organized by specialists in the field, with the capacity to respond at specific times to the increased demand, especially during the Greater Pilgrimage.

In relation to future areas of investigation, it would be of great interest to compile a corpus of translations carried out by volunteers, analyze them and extract empirical data related to quality and the observance of codes of conduct.

A further research initiative might be to carry out a case study similar to that presented in this doctoral thesis with regard to the situation of Public Service Interpreting in the legal field, given that many people who require legal assistance from the Saudi authorities do not speak Arabic.

We conclude the present thesis with the satisfaction of having described the current situation of Healthcare Interpreting in the Kingdom of Saudi Arabia during the Greater Pilgrimage. We hope that this initiative might generate positive results in the future, awakening interest of the research community in public service interpreting in the Arab world, and constituting a point of departure for future publications in the field.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ABAALKHAIL, M. (2013). *Taqrīr `an mašrū` Jādīm al-Haramayn al-Šarīfayn li-tawsi`at al-Masýid al-Harām*. Albenaa Magazine. Disponible en: <https://albenamag.com/2013/09/19/>. Consulta: 02.08.2016.
- ABRIL, M. I. (2006). *La interpretación en los servicios públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada*.
- ADLER, H. (2002). "The Sociophysiology of Caring in the Doctor-Patient Relationship". En *Journal of General Internal Medicine*, 17, pp. 874-881.
- AL-GIRYĀNI, A. (2004). *Al- `Ibādāt. Aḥkām wa adilla*. Mesurata: al-Shab.
- ALAMRI, F. (2014, 25 de marzo). *Qiṭār al-Harāmayn mašrū` al-`ašr. al-Madīna*. Disponible en: <http://www.al-madina.com/node/519891/>.html. Consulta: 22.05.2016.
- AL-RWIS, S. (2015, 14 de febrero). *Intihā` al-marḥala al-`ūla min mašrū` maṭār al-Malik` Abd al-`Azīz al-ýadīd nihāyat hāda al-`ām*. Disponible en: <http://www.alriyadh.com/863537>. Consulta: 31.01.2018.
- ÁLVARO ARANDA, C. (2015). *El impacto de la formación en la calidad de la interpretación sanitaria: Panorama actual y propuestas de mejora*. Trabajo fin de máster. Madrid: Universidad de Alcalá.
- ANGELELLI, C. (2004). *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ANGELELLI, C. (ed.) (2015). *Study on Public Service Translation in Cross-border Healthcare*. Final Report for the European Commission Directorate-General for Translation. Reference: DGT/2014/TPS. Heriot-Watt University.
- BABBIE, E. (1989). *The Practice of Social Research*. Belmont: Wadsworth.
- BAIGORRI, J. *et al.* (2006). "Notas sobre la interpretación en los servicios públicos de salud en Castilla y León". En RAGA, F. y VALERO-GARCÉS, C. (eds.), *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA). Número monográfico: Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*, pp. 175-186.
- BANCROFT, M. A. (2015). "Community interpreting. A profession rooted in social justice". En Mikkelson, H. y Jourdenais, R. (eds.), *The Routledge Handbook of Interpreting*. London/New York: Routledge, pp. 217-235.

- BERK-SELIGSON, S. (1990). *The Bilingual Courtroom: Court Interpreters in the Judicial Process*. Chicago/Londres: University of Chicago Press.
- BONILLA, L. (1965). *Los peregrinos: sus orígenes, rutas y religiones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- BURDEUS DOMINGO, N. (2010). *Interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario en la provincia de Barcelona*. Trabajo fin de máster. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- BURDEUS DOMINGO, N. (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.
- CALVO, E. y VIGIER MORENO, J. F. (2018). “La interpretación en los servicios públicos en Andalucía: una década bajo la lupa (2006-2016)”. En FOULQUIÉ-RUBIO, I. A. (ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 13-30.
- CAMBRIDGE, J. (1999). “Information Loss in Bilingual Medical Interviews Through an Untrained Interpreters”. En *The Translator*, 5.2, pp. 201-219.
- CAMBRIDGE, J. (2002). “Interlocutor Roles and the Pressures as Interpreters”. En VALERO-GARCÉS, C. y MANCHO, G. (eds.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades / New Needs for New Realities*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp. 121-126.
- CAMBRIDGE, J. (2003). “Unas ideas sobre la interpretación en los centros de salud”. En VALERO-GARCÉS, C. (ed.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 57-59.
- CANDIB, L. (1995). *Medicine and the Family: A Feminist Perspective*. New York: Basic Books.
- CANDLIN, C. y CANDLIN, S. (2003). Health care communication: A problematic site for applied linguistics research. *Annual Review of Applied Linguistics*, 23, pp. 134-154.
- CARR, S. E. et al. (1997). *The Critical Link: Interpreters in the Community. Selected papers from the 1st International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- CASTILLO GARCÍA, G. S. y TAIBI, M. (2005). “El papel del intérprete en el ámbito sanitario. Reflexiones desde la experiencia”. En VALERO-GARCÉS, C. (ed.), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas/Translation as Mediation or How to Bridge Linguistic and Cultural Gaps*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp. 108-113.

- CEDILLO CORROCHANO, C. y VALERO-GARCÉS, C. (2014). “Ética, TISP y redes sociales. Un estudio de caso”. En VALERO-GARCÉS, C. *Considerando Ética e Ideología en Situaciones de Conflicto / (Re)visiting Ethics and Ideology in Situations of Conflict*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de publicaciones de la universidad. pp. 187-194.
- CORDELLA, M. (2004). *The Dynamic Consultation: A Discourse Analytical Study of Doctor-Patient Communication*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- COLCHERO, M. y GARCÍA, J. (1995). *Guía de Recursos para los Refugiados en España*. Madrid: Editorial Iepala.
- COLLER, X. (2000). *Estudio de casos. Cuadernos Metodológicos*, 30. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CORSELLIS, A. (1990). “The Community Interpreter Project. Interim Report”. En *The Linguist*, 29:1, pp. 28-31.
- CORSELLIS, A. (2003). “Formación de los proveedores de servicios públicos para trabajar con intérpretes y traductores. Habilidades y competencias interculturales”. En VALERO-GARCÉS, C. (ed.), *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 71-89.
- CORSELLIS, A. (2008). *Public Service Interpreting. The First Steps*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- CHETTY, S. (1996). “The case study method for research in small -and medium- sized firms”. En *International Small Business Journal*, 5, octubre-diciembre.
- DOWNING, B. T. (1998). “Community interpreting and translation in the USA context”. En VALERO-GARCÉS, C. (ed.), *Nuevas Tendencias y Aplicaciones de la Traducción*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá: Servicio de publicaciones de la universidad, pp. 15-33.
- DE GIVE, B. (1992). “La peregrinación en las tradiciones de la India. Jainismo, hinduismo, budismo”. En SANTIAGO OTERO, H. (coord.), *El camino de Santiago: la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*. Junta de Castilla y León: Consejería de Educación y Cultura, pp. 27-38.
- DE ARRIBA, G. C. (2006). “Turismo religioso y el valor sagrado de los lugares: simbología identitaria y patrimonialización del Monasterio de Santo Toribio de Liébana”. En *Cuadernos de Turismo*, 18, pp. 77-102.
- DUEÑAS GONZÁLEZ, R. *et al.* (1991). *Fundamentals of Court Interpretation. Theory, Policy and Practice*. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press.
- ENGLUND-DIMITROVA, B. (1997). “Degree of Interpreter Responsibility in the Interaction Process in Community Interpreting”. En CARR, S. *et al.* (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 148-164.

- FERGUSON, W. J. y CANDIB, L. M. (2002). "Culture, Language and the Doctor-Patient Relationship". En *Family Medicine*, 34:5, pp. 353-361.
- FOULQUIÉ-RUBIO, A. I. (2015a). *Interpretación en el contexto educativo: la comunicación docentes - padres extranjeros*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
- FOULQUIÉ-RUBIO, A. I. (eds.). (2018). *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares.
- FOULQUIÉ-RUBIO, A. I. (2018). "Aproximación a la interpretación en los servicios públicos en la región de Murcia". En FOULQUIÉ-RUBIO, A. I. (ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 137-150.
- FOULQUIÉ-RUBIO, A. I., y SÁNCHEZ-PEDREÑO SÁNCHEZ, A. (2016). "The impact of economic crisis in the provision of linguistic services for migrants". Comunicación presentada en *Critical Link 8*. Edinburgh: Herriot-Watt University.
- FOULQUIÉ-RUBIO, A. I., y BETETA FERNÁNDEZ, D. (2017). "Nurses' perspectives on communication issues during triage in a pediatric emergency department". Comunicación presentada en *First International Conference on Medical and Legal Interpreting*, Hong Kong University.
- FOULQUIÉ-RUBIO, A. I. et al. (2018). "Introducción. 2006-2016: una década de cambios". En FOULQUIÉ-RUBIO, A. I. (ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 1-13.
- GARBER, N. (2000). "Community Interpretation: A Personal View". En ROBERTS, R. et al. (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 9-20.
- GARCÍA LUQUE, F. (2009). "La interpretación telefónica en el ámbito sanitario: Realidad social y reto pedagógico". En *Redit: Revista electrónica de didáctica de la traducción y la interpretación*, 3, pp. 18-30.
 Disponible en: http://www.redit.uma.es/Archiv/n3_2009/mono_GarciaLuque_redit3.pdf.
 Consulta: 17.09.2018.
- GAZAWI, A. (2018, 29 de septiembre). "Ula riḥlāt qitār Al-Harmayin li-l-rukāb". Recuperado de: <https://www.okaz.com.sa/article/1674922>. Consulta: 07.02.2019.
- GENTILE, A. et al. (1996). *Liaison Interpreting: A Handbook*. Melbourne: University Press.

- GENTILE, A. *et al.* (1997). "Community Interpreting or Not? Practices, Standards and Accreditation". En CARR, S. *et al.*, *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 109-118.
- GILE, D. (1998). "Observational studies and experimental studies in the investigation of conference interpreting". En *Target*, 10:1, pp. 69-93.
- GIMÉNEZ, C. (1997). "La naturaleza de la mediación intercultural". En *Revista de Migraciones*, 2, pp. 125-59.
- GIMÉNEZ, C. (2004). "Servicio de Mediación Social Intercultural S.E.M.S.I.". En *Revista de Educación Social (RES)*, 2. Disponible en: www.eduso.net/res/?b=4&c=28&n=86. Consulta: 17.10.2016.
- GLASER, B. G. y STRAUSS, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- GONZÁLEZ GARCÍA, E. (2006). "Traducción e interpretación en los servicios públicos de la zona norte: estado de la cuestión". En RAGA, F. y VALERO-GARCÉS, C. (eds.), *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA). Número monográfico: Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*, pp. 151-174.
- GONZÁLEZ, R. y MIKKELSON, H. (2012). *Fundamentals of Court Interpretation: Theory, Policy and Practice* (2nd ed.). Durham, NC: Carolina Academic Press.
- GORETTI FAYA, O. (2016). "La necesidad de servicios de traducción e interpretación en el sector sanitario. La situación en Londres, Düsseldorf y Madrid". En *Entreculturas*, 7-8, pp. 543-574.
- HALE, S. B. (2007). *Community Interpreting*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- HALE, S. B. *et al.* (2007). *Quality in interpreting - a shared responsibility*. Selected papers from the 5th International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Parra Galianomatta Australia, 2007. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- HALE, S. B. (2010). *La interpretación comunitaria: la interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. Granada: Comares.
- HALE, S. B. *et al.* (2012). *Improvements to NAATI Testing. Development of a Conceptual Overview for a New Model for NAATI Standards, Testing and Assessment*. University of New South Wales. Disponible en: <https://www.naati.com.au/media/1062/intfinalreport.pdf>
- HALE, S. y NAPIER, J. (2013). *Research Methods in Interpreting: A Practical Resource*. London/New Delhi/New York/Sydney: Bloomsbury Academic.
- HEMLIN, I. (2001). *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*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

- HURTADO ALBIR, A. (2001). *Traducción y traductología. Introducción a la Traductología*. Madrid: Cátedra.
- HURTADO TOJAR, J. C. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.
- ISO (2014). *3611:2014(E) Interpreting – Guidelines for Community Interpreting*. Geneva: International Standards Association.
- JIMÉNEZ IVARS, A. (1999). *La traducción a la vista. Un análisis descriptivo*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Jaume I.
- KING SAUD UNIVERSITY. (2014). Graduate Diploma in Public Service Interpreting. Sin publicar.
- LLINAS SEGUÍ, M. *et al.* (2016). “De destino religioso a espacio de ocio: Putuo – China”. En *Estudios y Perspectivas en Turismo*, 25:2, pp. 223-240.
- LÓPEZ CABALLERO, A. (1997). *Iniciación al análisis de casos, una metodología activa de aprendizaje en grupos*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- LÓPEZ IZQUIERDO, R. *et al.* (2007). “Entrevista al paciente inmigrante”. *Actualización en Medicina de Familia*, 3(5), pp. 246-303.
- LUZARDO DÍAZ, J. P. y FERNÁNDEZ PÉREZ, M. (2018). “La provisión de la traducción y la interpretación en los servicios públicos de Canarias: retos de un territorio insular”. En FOULQUIÉ-RUBIO, A. I. (ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 65-82.
- MARTÍN, A. (2000). “La interpretación social en España”. En KELLY, D. (ed.), *La Traducción y la Interpretación en España Hoy: Perspectivas Profesionales*. Granada: Comares, pp. 207-23.
- MARTÍN, A. (2003). “Investigación en interpretación social: Estado de la cuestión”. En ORTEGA ARJONILLA, E. (dir.), *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*. Granada: Atrio, 1, pp. 431-446.
- MARTÍN, A. (2006). “La realidad de la Traducción y la Interpretación en los servicios públicos en Andalucía”. En *Revista Española de Lingüística Aplicada*, 19:1, pp. 129-150.
- MARTÍN, A. (2014). Interpretación social: rasgos, dilemas y profesionalización. *La Linterna Del Traductor. La Revista Multilingüe de ASETRAD*, (9), PP. 123–127.
- MARTÍN, A., y ABRIL, I. (2002). “Los límites difusos del papel del intérprete social”. En VALERO-GARCÉS, C. y MANCHO, G. (eds.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades / New Needs for New Realities*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp. 57-62.

- MARTÍNEZ CARAZO, P. C. (2006). “El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica”. En *Pensamiento y Gestión*, 20, pp. 165-193.
- MASON, I. (1999). “Introduction”. En *The Translator*, 5:5, pp. 147-160.
- MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH (1995). *Best Practice Recommendations for Hospital-Based Interpreter Services*. Massachusetts Department of Public Health. Disponible en: www.mass.gov/eohhs/docs/dph/health-equity/best-practices.pdf. Consulta: 29.10.2016.
- MESA, A. M. (2000). “The Cultural Interpreter: An Appreciated Professional. Results of a Study on Interpreting Services: Client, Healthcare Worker and Interpreter Points of View”. En ROBERTS, R. *et al.* (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins, pp. 68-79.
- MIKKELSON, H. (1996). “Community Interpreting. An Emerging Profession”. En *Interpreting*, 1:1, pp. 125-129.
- MIKKELSON, H. (2002). “Adventures in online learning: Introduction to medical interpreting”. En BRENNAN, S. (comp.), *Proceedings of the 43rd Annual Conference of the American Translators Association*. Alexandria, VA: American Translators Association, pp. 423-430.
- MIKKELSON, H. (2004). “The Professionalization of Community Interpreting”. En *The AIIC Webmagazine*. Disponible en: <http://aiic.net/page/1546/the-professionalization-of-community-interpreting/lang/1>. Consulta: 10.03.2019.
- MIKKELSON, H. (2014). “Evolution of public service interpreter training in the U. S.”. *FITISPos International Journal*, 1, pp. 9-22.
- MILES, M. y HUBERMAN, M. (1984). *Qualitative data analysis. A Sourcebook of New Methods*. London: Sage.
- MILLÁN, C. y BARTRINA, F. (eds.) (2013). *The Routledge Handbook of Translation Studies*. London and New York: Routledge.
- MORO, F. de S. (2010). *Religiones orientales. Museo Nacional de Antropología*. Madrid: Ministerio de Cultura. Secretaría General Técnica. Subdirección General de Publicaciones, Información y Documentación.
- NASIR, M. (2001). *The future of the interpreting and translation professions*. Sydney: Language Centre.
- NAVAZA, B. *et al.* (2009). “‘Saque la lengua, por favor’. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España”. *Panace@*, 10(30), pp. 141-156.
- NEUMANN SOLOW, S. (1981). *Sign Language Interpreting: A Basic Resource Book*. Silver

- Spring, MD: National Association of the Deaf.
- NEVADO LLOPIS, A. (2018). “Mapa de situación de la traducción y la interpretación en los servicios públicos en Aragón”. En FOULQUIÉ-RUBIO, A. I. (ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 31-46.
- ONG, L. *et al.* (1995). “Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature”. En *Social Science and Medicine*, 40:7, pp. 903-918.
- OFICINA DE ACOGIDA AL PEREGRINO (2017). Informe estadístico. Año 2016. Disponible en: <https://oficinadelperegrino.com/.../2016/.../peregrinaciones2016.pdf>. Consulta: 5.01.2018.
- ORTEGA HERRÁEZ, J. M. y FOULQUIÉ RUBIO, A. I. (2005). “La interpretación en el ámbito jurídico en España: Hacia la creación de estructuras estables y profesionales”. En VALERO-GARCÉS, C. (ed.), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas / Translation as Mediation or How to Bridge Linguistic and Cultural Gaps*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp. 182-192.
- ORTEGA HERRÁEZ, J. M. (2006). *Análisis de la práctica de la interpretación judicial en España: el intérprete frente a su papel profesional*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada.
- ORTEGA HERRÁEZ, J. M. y BLASCO MAYOR, M. J. (2018). “Radiografía (2006-2016) de la provisión de servicios lingüísticos en los servicios públicos de la comunitat valenciana”. En FOULQUIÉ-RUBIO, A. I. (ed.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 171-202.
- ORTEGO ANTÓN, M. T. (2016a). “Community interpreting-oriented terminology management tools”. En *International Journal of Language, Translation and Intercultural Communication*, 5 (1), pp. 107-115.
- ORTEGO ANTÓN, M. T. (2016b). “La gestión de la terminología en interpretación social a través de dispositivos móviles”. En *Tradumática*, 14, pp. 49-57.
- ORTEGO ANTÓN, M. T. (2017). “Las herramientas de gestión tecnológica: una aproximación desde la perspectiva de los intérpretes en los servicios públicos”. En Valero-Garcés, C. *Superando límites en traducción e interpretación en los servicios públicos / Beyond Limits in Public Service Interpreting and Translation*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp. 74-82.
- OSTARHILD, E. (1996). “The National Register of Public Service Interpreters in the UK”. En *Proceedings. XIV World Congress of the Fédération Internationale des Traducteurs*, 2,

- pp. 785-792.
- OZOLINS, U. (2000). "Communication Needs and Interpreting in Multilingual Settings: the International Spectrum of Response". En ROBERTS, R. *et al.* (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 21-33.
- PARRA GALIANO GALIANO, S. (2005). *La revisión de traducciones en la Traductología: aproximación a la práctica de la revisión en el ámbito profesional mediante el estudio de casos y propuestas de investigación*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada.
- PÉREZ ESTEVAN, E. (2017a). "Interpretación en contextos de asilo y refugio: conflictos éticos en la práctica. Una lucha hacia el bienestar". En VALERO-GARCÉS, C. *Superando límites en traducción e interpretación en los servicios públicos/ Beyond Limits in Public Service Interpreting and Translation*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp. 92-98.
- PÉREZ ESTEVAN, E. (2017b). "El papel del intérprete en las comunicaciones sociales en el contexto de asilo y refugio". En *FITISPos International Journal*, 4, pp. 174-182.
- PÖCHHACKER, F. (1999). "Getting organized: The evolution of community interpreting". En *Interpreting*, 4:1, pp. 125-140.
- PÖCHHACKER, F. (2000). "The Community Interpreter's Task: Self-Perception and Provider Views". En ROBERTS, R. *et al.* (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 49-65.
- PÖCHHACKER, F. (2004). *Introducing Interpreting Studies*. London/New York: Routledge.
- PÖCHHACKER, F. (2011a). "Researching interpreting en Nicodemus". En SWABEY, L. (ed.), *Advances in interpreting research*. Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins.
- PÖCHHACKER, F. (2011b). "NT and CI in IS: Taxonomies and Tensions in Interpreting Studies". En BLASCO MAYOR, M. J. y JIMÉNEZ IVARS, M. A. (eds.). *Interpreting Naturally: A Tribute to Brian Harris*. Bern: Peter Lang, pp. 217-235.
- POINTON, T. (1996). "Telephone interpreting service is available". En *British Medical Journal*, 312: 53.
- RAMÍREZ DE CASTRO, N. (2003). "Choque de culturas en las consultas". ABC (Sevilla), 21 de junio, pp. 48-49.
- REBERNIK, I. y VAYNE, F. (2014). "La Peregrinación internacional: un viaje espiritual". En *Revista Annales. Gran Magisterio de la Orden Ecuestre del Santo Sepulcro de Jerusalén 00120 Ciudad del Vaticano*, 4:14. Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/institutions_connected/oessh/ad/annales2013/annales-2013_sp.pdf. Consulta: 03.11.2017.

- REINO DE ESPAÑA (2017). Oficina de Información Diplomática. Ficha país: Arabia Saudí. Disponible en: [http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/ARABIASAUDI_FICHA %20PAIS.pdf](http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/ARABIASAUDI_FICHA%20PAIS.pdf). Consulta: 10.01.2018.
- REINO DE ARABIA SAUDÍ (1992). *Dustūr al-Mamlaka al-`Arabiya al-Sa`ūdiya*. Disponible en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=54295e7a4>. Consulta: 18.05.2016.
- (2014a). *Iḥsā`āt al-Hayy*. Disponible en: http://www.stats.gov.sa/hajmap/haj1435/haj_1435.pdf. Consulta: 02.01.2018.
- (2014b). *al-Inyāzāt*. Disponible en: <https://www.moh.gov.sa/Ministry/About/Documents/NEW-1434-1430.pdf>. Consulta: 02.02.2018.
- (2015a). *Ma`lumat `amma `an al-Mamlaka al-`Arabiya al-Sa`ūdiya*. Disponible en: <http://www.mofa.gov.sa/ServicesAndInformation/aboutKingDom/Pages/default.aspxhttps://www.stats.gov.sa/ar/4025>. Consulta: 11.01.2018.
- (2015b). *Al-Kitāb al-iḥsā`i*. Disponible en: <https://www.moh.gov.sa/Ministry/Statistics/book/Documents/1435.pdf>. Consulta: 20.04.2018.
- (2016). *Maṭār al-Malik `Abd al-`Azīz al-Duwalī*. Disponible en: <https://gaca.gov.sa/web/ar-sa/airport/king-abdulaziz-international-airport>. Consulta: 30.01.2018.
- (2017). *Iḥsa`āt al-Hayy*. Disponible en: https://hajmap.stats.gov.sa/haj_1438.pdf. Consulta: 02.01.2018.
- (2017^a). *Ṣiḥḥatuk fī al-Hayy*. Disponible en: <https://www.moh.gov.sa/en/Hajj/Documents/ONLY%20IT%204%20web%20.pdf>. Consulta: 19.03.2018.
- (2018). *Al-Wizāra*. Disponible en: www.haj.gov.sa/arabic/about/.../pages/ministrieorignation.aspx. Consulta: 02.02.2018.
- (2018a). *Al-Ahdāf*. Disponible en: www.haj.gov.sa/arabic/about/pages/goals.aspx. Consulta: 02.02.2018.
- ROBERTS, R. (1997). “Community Interpreting Today and Tomorrow”. En CARR, S. *et al.* (ed.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 7-26.
- ROBERTS, R. (2000). *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected papers from the 2th International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Vancouver, bc, Canada, 19-23 may 1998*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

- ROI, C. (1992). "A Sociolinguistic Analysis of the Interpreter's Role in Simultaneous Talk in Face to-Face Interpreted Dialogue". En *Sign Language Studies*, 74, pp. 21-61.
- SALES SALVADOR, D. (2006). "Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la comunidad Valencia y la región de Murcia". En RAGA, F. y VALERO-GARCÉS, C. (eds.), *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA). Número monográfico: Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*, pp. 85-109.
- SALES SALVADOR, D. (2008). "Mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos: ¿Europa intercultural?". En *Pliegos de Yuste*, 7-8, pp. 77-82.
- SALI, M. (2003). "Traducción e interpretación en la Administración de Justicia". En VALERO-GARCÉS, C. (ed.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, Actualidad y Futuro*. Granada: Comares, pp. 147-170.
- SAN MARTÍN, R. (2010). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.
- SANTOS SOLLA, J. M. (2006). "El camino de Santiago: turistas y peregrinos hacia Compostela". En *Cuadernos de Turismo*, 18, pp. 135-150.
- SASSO, A. y MALLI, K. (2014). "Trying to Fit a Square Peg in a Round Hole: Is Community Interpreting just too Big for Public Policy? The Canadian Experience a Provocation". *FITISPos International Journal*, 1: pp. 42-50.
- SCHÄFFNER, C. et al. (2013). *Interpreting in a Changing Landscape. Selected papers from Critical Link 6*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- SHALTŪT, A. (1992). *Arkān al-Islām*. El Cairo: Dār al-Shurūq.
- SHEUCH, E. L. (1974). *La entrevista en la investigación social*. Madrid: Tecnos.
- SHACKMAN, J. (1985). *The Right to be Understood: A Handbook on Working With, Employing and Training Community Interpreters*. Cambridge: National Extension College.
- SORIANO BARABINO, G. (2002). "La interpretación social en las instituciones hospitalarias de Irlanda del Norte". En VALERO-GARCÉS, C. y MANCHO BARÉS, G. (eds.), *Traducción e Interpretación en los servicios públicos: nuevas necesidades para nuevas realidades*. Alcalá de Henares, Universidad de Alcalá: servicio de publicaciones de la universidad, pp. 187-192.
- Sultan, M. (2019). *La traducción médica (español-árabe): aspectos lingüísticos, formativos y profesionales*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad de Alcalá.

- TAIBI, M. (2011). *Tarjamat Al-kadamat Al-'mmah [Community Interpreting and Translation]*. Rabat: Dar-Assalam.
- TAIBI, M. (2016). *New Insights into Arabic Translation and Interpreting*. Bristol: Multilingual Matters.
- TAIBI, M. (2018). *Translating for the Community*. Bristol: Multilingual Matters.
- TAIBI, M. y GUTIÉRREZ, L. R. (2006). “La red Comunica: otros componentes”. En RAGA, F. y VALERO-GARCÉS, C. (eds.), *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA). Número monográfico: Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*, pp. 231-238.
- TAIBI, M. y QADI, A. (2016). “Translating for pilgrims in Saudi Arabia: A matter of quality”. En TAIBI, M. (ed.), *New Insights into Arabic Translation and Interpreting*. Bristol: Multilingual Matters, pp. 47-68.
- TAWSI`AT AL-MAS`YID AL-HARĀMTU`YASSIDU MUDAIHTIMĀMJĀDIM AL-HARAMAYNAL-ŠARĪFAYNBI-WUFŪD AL-RAĤMĀN (2011, 10 de septiembre). *Al-Riyadh*.
 Disponible en: <http://www.alriyadh.com/666010>. Consulta: 02.02.2018.
- TAWSI`AT AL-MAS`YIDAL-NABAWĪYĀWAZATHUDŪD AL-MADĪNA AL-QADĪMA (2014, 29 de abril). *Al-Riyadh*. Disponible en: <http://www.alriyadh.com/931159>. Consulta: 02.02.2018.
- THE STATE OF ISRAEL (2015). “3.3 million visitors to Israel in 2014”. Disponible en: mfa.gov.il/.../2015/Pages/3-3-million-visitors-to-Israel-in-2014.aspx. Consulta: 05.01.2018.
- TIPTON, R. y FURMANEK, O. (2016). *Dialogue Interpreting. A Guide to Interpreting in Public Services and the Community*. London/New York: Routledge.
- TOLEDANO BUENDÍA *et al.* (2006). “Traducción e interpretación en los servicios públicos: situación en la Comunidad Autónoma de Canarias”. En VALERO-GARCÉS, C. y RAGA GIMENO, F. (eds.), *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA) (número extraordinario 1: Retos del siglo XXI en comunicación intercultural): nuevo mapa lingüístico y cultural de la Península Ibérica*, pp. 187-202.
- TOMASSINI, E. (2002). “Overview of interpreting in the health sector in the Emilia Romagna region”. En VALERO-GARCÉS, C. y MANCHO, G. (eds.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas Necesidades para Nuevas Realidades*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá: Servicio de Publicaciones de la universidad, pp. 193-9.
- VALERO-GARCÉS, C. y MANCHO, G. (eds.) (2002). *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades / New Needs for New Realities*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- VALERO-GARCÉS, C. (2003). “Una visión general de la evolución de la Traducción e

- Interpretación en los Servicios Públicos”. En VALERO-GARCÉS, C. (ed.), *Traducción e interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 3-33.
- VALERO-GARCÉS, C. (2005). *Traducción como mediación entre lenguas y culturas/ Translation as mediation or how to bridge linguistic and cultural gaps*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- VALERO-GARCÉS, C. (2006a). “El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos Un factor a tener en cuenta”. En *Quaderns. Revista de traducció*, 13, pp. 141-154.
- VALERO-GARCÉS, C. (2006b). “Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la zona centro”. En RAGA, F. y VALERO-Garcés, C. (eds.), *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA). Número monográfico: Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*, pp. 61-84.
- VALERO-GARCÉS, C. (2008a). *Formas de mediación intercultural: Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Conceptos, Datos, Situaciones y Práctica*. Granada: Comares.
- VALERO-GARCÉS, C. (2008b). *Investigación y Práctica en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos desafíos y alianzas/ Research and Practice in Public Service Interpreting and Translation Challenges and Alliances*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de publicaciones de la universidad.
- VALERO-GARCÉS, C. (2011). *El futuro en el presente: Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en un mundo INTERcoNECTado (TISP en INTERNET)*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de publicaciones de la universidad.
- VALERO-GARCÉS, C. (2014a). *Considerando Ética e Ideología en Situaciones de Conflicto / (Re)visiting Ethics and Ideology in Situations of Conflict*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de publicaciones de la universidad.
- VALERO-GARCÉS, C. (2014b). *Health, Communication and Multicultural Communities. Topics on Intercultural Communication for Healthcare Professional*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- VALERO-GARCÉS, C. (2015). “Introducción. Reflexiones Sobre la Traducción en los Servicios Públicos”. En *FITISPos International Journal*, 2, pp. 9-16.

- VALERO-GARCÉS, C. (2017). *Superando límites en traducción e interpretación en los servicios públicos/ Beyond Limits in Public Service Interpreting and Translation*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de publicaciones de la universidad.
- VALERO-GARCÉS, C. y TAIBI, M. (2006). “El Grupo FITISPos, Formación e Investigación Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos”. En RAGA, F. y VALERO-GARCÉS, C. (eds.), *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA)*. Número monográfico: *Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*, pp. 205-216.
- VALERO-GARCÉS, C. y MARTÍN, A. (eds.) (2008). *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- VALERO-GARCÉS, C. y PENA DÍAZ, C. (2008). “Investigación y práctica en T&ISP. Desafíos y Alianzas”. En VALERO-GARCÉS, C. y PENA DÍAZ, C. (eds.), *Investigación y práctica en traducción e interpretación en los Servicios Públicos. Desafíos y alianzas*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp. 1-14.
- VALERO-GARCÉS, C. y MONZÓN, S. (2018). “El presente de la traducción e interpretación en los servicios públicos en la zona centro”. En FOULQUIÉ-RUBIO, A. I. (eds.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 119-136.
- VARELA SALINAS, M. J. y MEYER, B. (eds.) (2015). *Translating and Interpreting Healthcare Discourses/ Traducir e interpretar en el ámbito sanitario*. TRANSÜD.
- VÁSQUEZ, C. y JAVIER, R. A. (1991). “The Problem with Interpreters: Communication with Spanish-Speaking Patients”. En *Hospital and Community Psychiatry*, 42:2, pp. 163-165.
- VILLARREAL LARRINAGA, O. y LANDETA RODRÍGUEZ, J. (2010). “El estudio de casos como metodología de investigación científica en dirección y economía de la empresa: Una aplicación a la internacionalización”. En *Investigaciones Europeas de Dirección de la Empresa*, 16: 3, pp. 31-52.
- WADENSJÖ, C. (1992). *Interpreting as Interaction*. Linköping: Linköping University.
- WADENSJÖ, C. (1998). *Interpreting as Interaction*. Harlow, Essex: Addison Wesley Longman Limited.
- WADENSJÖ, C. (2004). *Professionalisation of interpreting in the community. Selected papers from the 4th International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

- WAITZKIN, H. (1989). "A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters". En *Journal of Health and Social Behavior*, 30:2, pp. 220-239.
- WILLIAMS, J. y CHESTERMAN, A. (2002). *The MAP: A Beginner's Guide to Doing Research in Translations Studies*. Manchester/Northampton: St. Jerome.
- YIN, R. K. (1989). *Case Study Research: Design and Methods*. London: Sage Publications.
- ZIMMAN, L. (1994). "Intervention as a Pedagogical Problem in Community Interpreting". En DOLLERUP, K. y LINDEGAARD, A. (eds.) *Teaching Translation and Interpreting 2*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 117-124.

11. ANEXOS

A continuación presentamos los anexos de nuestro estudio, que comprenden todos los documentos, entrevistas y cuestionarios empleados. Recordemos que los anexos de esta tesis doctoral están en el CD que se encuentra al final del volumen. En las siguientes páginas proporcionamos únicamente los guiones de entrevistas y el cuestionario en castellano, además de los códigos utilizados para analizar la información obtenida en las entrevistas. Cabe señalar que los documentos originales de las entrevistas y el cuestionario están en árabe e inglés.

Anexo 1. Carta de aprobación por parte de la comisión de ética del CSRA.

Anexo 2. Solicitud para realizar la estancia de investigación.

Anexo 3. Carta de aceptación para realizar la estancia de investigación.

Anexo 4. Carta de invitación dirigida a los hospitales de La Meca y Medina para participar en el estudio.

Anexo 5. Carta de presentación del investigador dirigida a los entrevistados.

Anexo 6. Guion de entrevista de los EEPA en castellano.

Anexo 6.1. Guion de entrevista de los EEPA en árabe.

Anexo 7. Guion de entrevista de los II en castellano.

Anexo 7.1. Guion de entrevista de los II en árabe.

Anexo 7.2. Guion de entrevista de los II en inglés.

Anexo 8. Guion de entrevista de los DDSSSS, EE y MM en castellano.

Anexo 8.1. Guion de entrevista de los DDSSSS, EE y MM en árabe.

Anexo 8.2. Guion de entrevista de los DDSSSS, EE y MM en inglés.

Anexo 9. Guion de entrevista de los RRAAPP en castellano.

Anexo 9.1. Guion de entrevista de los RRAAPP en árabe.

Anexo 10. Guion relativo al perfil de los entrevistados en castellano.

Anexo 10.1. Guión relativo al perfil de los entrevistados en árabe.

Anexo 10.2. Guion relativo al perfil de los entrevistados en inglés.

Anexo 11. Cuestionarios en árabe (La Meca).

Anexo 11.1. Cuestionarios en inglés (La Meca).

Anexo 12. Cuestionarios en árabe (Medina).

Anexo 12.1. Cuestionarios en inglés (Medina).

Anexo 13. Códigos (temas).

Anexo 14. RRAAPP en castellano, análisis (La Meca).

- A. RRAAPP en árabe (La Meca).
- Anexo 14.1. DDSSSS en castellano, análisis (La Meca).
 - A. DDSSSS en árabe (La Meca).
- Anexo 14.2. EE en castellano, análisis (La Meca).
 - A. EE en árabe (La Meca).
- Anexo 14.3. MM en castellano, análisis (La Meca).
 - A. MM en árabe (La Meca).
- Anexo 14.4. EEPA análisis en castellano (La Meca).
 - A. EEPA en árabe (La Meca).
- Anexo 14.5. II en castellano, análisis (La Meca).
 - A. II en árabe (La Meca).
 - B. II en inglés (La Meca).
- Anexo 15. RRAAPP en castellano, análisis (Medina).
 - A. RRAAPP en árabe (Medina).
- Anexo 15.1. DDSSSS en castellano análisis (Medina).
 - A. DDSSSS en árabe (Medina).
- Anexo 15.2. EE en castellano, análisis (Medina).
 - A. EE en árabe (Medina).
- Anexo 15.3. MM en castellano, análisis (Medina).
 - A. MM en árabe (Medina).
 - B. MM en inglés (Medina).
- Anexo 15.4. EEPA análisis en castellano (Medina).
 - A. EEPA en árabe (Medina).
- Anexo 15.5. II en castellano, análisis (Medina).
 - A. II en árabe (Medina).
 - B. II en inglés (Medina).

Anexo 6

Guion destinado a las personas empleadas en el área administrativa de los hospitales de las ciudades de La Meca y Medina durante la Peregrinación Mayor:

1. ¿Existe algún servicio de interpretación en el hospital durante la temporada de la Peregrinación Mayor para los peregrinos no arabófonos?
2. ¿Sabría usted decirme si disponen de una ley o un reglamento por el cual se rija este servicio?
3. ¿Sabría decirme si hay algún programa puesto en marcha por el hospital para la creación de servicios de interpretación en la Peregrinación Mayor?
4. ¿Cuáles son sus fases de ejecución y cuándo se inicia? ¿Cómo se comunica con los peregrinos no arabófonos?
5. ¿Quién se encarga de su financiación?
6. ¿El servicio es gratuito o conlleva algún coste para los peregrinos?
7. ¿Podría informarme sobre la edad y la procedencia de los pacientes peregrinos no arabófonos que visitan el hospital en la Peregrinación Mayor?
8. ¿Podría usted decirme si su hospital recurre al uso de las nuevas tecnologías para interpretar?
9. ¿Qué servicio del hospital necesita más la interpretación?
10. ¿Ustedes establecen algún criterio para seleccionar a las personas que prestan el servicio de interpretación en la Peregrinación Mayor?
11. ¿Los intérpretes prestan el servicio de interpretación en un tiempo determinado o en cualquier hora del día?
12. ¿Cuáles son las dificultades a las que se enfrenta el hospital a la hora de recibir a pacientes peregrinos no arabófonos?
13. ¿Qué papel juegan las delegaciones de médicos que visitan el hospital?
14. ¿Cómo se interactúa con estos pacientes después de las ocho de la tarde?
15. ¿Alguna sugerencia para mejorar el servicio de interpretación del hospital?

Anexo 7

Guion destinado a las personas que ejercen el servicio de la interpretación en los hospitales durante la temporada de la Peregrinación Mayor en La Meca y Medina:

1. ¿Existe algún servicio de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor para los peregrinos no arabófonos?
2. ¿Sabría usted decirme si disponen de alguna ley o reglamento por el cual se rija este servicio?
3. ¿Sabría decirme si hay algún programa puesto en marcha por el hospital para la creación de servicios de interpretación en la Peregrinación Mayor?
4. ¿Quién se encarga de su financiación?
5. ¿El servicio es gratuito o conlleva algún coste para los peregrinos?
6. ¿Podría informarme sobre la edad y la procedencia de los pacientes peregrinos no arabófonos que visitan el hospital en la Peregrinación Mayor?
7. ¿Qué idiomas habla y hacia qué idioma interpreta?
8. ¿Cuáles son las lenguas usadas en la interpretación en la Peregrinación Mayor?
9. ¿Cómo se ponen en contacto con usted para interpretar?
10. ¿Usted presta el servicio de interpretación durante un tiempo determinado o en cualquier hora del día?
11. ¿Recibe alguna remuneración por su trabajo?
12. ¿Cuáles son las modalidades de interpretación que se utilizan; es decir, cómo se interpreta?
13. ¿Cuál es el nivel de formación del que dispone?
14. ¿Sabría decirme si se establecen criterios para las personas que ejercen la interpretación?
15. ¿Podría usted explicarme si recurre al uso de las nuevas tecnologías para interpretar?
16. ¿Cuáles son las dificultades a las que se enfrenta a la hora de interpretar a pacientes peregrinos no arabófonos?
17. ¿Qué papel juegan las delegaciones de médicos que visitan el hospital?
18. ¿Alguna sugerencia para mejorar el servicio de interpretación en el hospital en la Peregrinación Mayor?

Anexo 8

Guion destinado a los médicos, enfermeros y directores de los servicios sanitarios de los hospitales de la ciudad de La Meca y Medina durante la Peregrinación Mayor:

1. ¿Existe algún servicio de interpretación para los peregrinos no arabófonos que visitan el hospital?
2. ¿Sabría usted decirme si disponen de una ley o un reglamento por el cual se rija este servicio?
3. ¿Existe algún programa puesto en marcha por el hospital para la creación del servicio de interpretación en la Peregrinación Mayor?
4. ¿Cuáles son sus fases de ejecución y cuándo se inicia? ¿Cómo se comunica con los pacientes no arabófonos?
5. ¿Quién se encarga de su financiación?
6. ¿El servicio es gratuito o conlleva algún coste para los peregrinos?
7. ¿Podría usted proporcionarme datos sobre la edad y la procedencia de los usuarios no arabófonos que acuden al hospital?
8. ¿Cuáles son los idiomas usados en la interpretación durante la Peregrinación Mayor?
9. ¿Podría usted explicarme si su hospital recurre al uso de las nuevas tecnologías para interpretar?
10. ¿Habla usted idiomas? ¿Le han servido alguna vez a la hora de atender a un paciente peregrino que no habla árabe?
11. ¿Qué papel juegan las delegaciones de médicos que visitan el hospital?
12. ¿Cuáles son las dificultades a las que se enfrenta a la hora de recibir a pacientes peregrinos no arabófonos?
13. ¿Cómo se interactúa con estos pacientes después de las ocho de la tarde?
14. ¿Alguna sugerencia para mejorar el servicio de interpretación en el hospital?

Anexo 9

Guion destinado a las asociaciones de la peregrinación en las ciudades de La Meca y Medina en la Peregrinación Mayor:

1. ¿En qué consiste su misión en la Peregrinación Mayor?
2. ¿Podría usted informarme sobre su horario de presencia en el hospital y si hay relevos?
3. ¿Ustedes participan en la búsqueda de intérpretes?
4. ¿Sabría decirme si disponen de una ley o un reglamento por el cual se rija la interpretación?
5. ¿Sabría decirme si hay algún programa puesto en marcha por el hospital para la creación de servicios de interpretación en la Peregrinación Mayor?
6. ¿Quién se encarga de financiar el servicio?
7. ¿El servicio es gratuito o conlleva algún coste para los peregrinos?
8. ¿Podría usted explicar el proceso de búsqueda de intérpretes y cuándo se inicia?
9. ¿Los intérpretes prestan el servicio de interpretación en un tiempo determinado o en cualquier hora del día?
10. ¿Cuál es el nivel de formación del que disponen las personas que ejercen la interpretación?
11. ¿En qué se basan en las asociaciones de la peregrinación para elegir a las personas que se encargan de interpretar?
12. ¿Suelen recurrir al uso de las nuevas tecnologías durante la interpretación?
13. ¿De qué nacionalidades se encarga usted, y qué idiomas hablan?
14. ¿Qué edad tienen los pacientes peregrinos no arabófonos que visitan el hospital en la Peregrinación Mayor?
15. ¿Qué papel juegan las delegaciones de médicos que visitan el hospital?
16. ¿Cuáles son las dificultades a las que se enfrentan a la hora de recibir a pacientes no arabófonos?
17. ¿Alguna sugerencia para mejorar el servicio de interpretación en el hospital?

Anexo 10

Guion relativo al perfil de los usuarios (información cuantitativa con cuestionarios anónimos):

1. Perfil personal:

Edad	
Sexo	
Nacionalidad actual (y nacionalidad anterior si tuvo otra)	
Lengua o lenguas que considera “maternas”	
Otras lenguas con las que puede mantener comunicación oral fluida	

2. Perfil académico:

Nivel de estudios	No universitario, grado, posgrado
Estudios lingüísticos	Sí, no
Estudios de traducción e interpretación	Sí, no
Lugar o centro principal de formación	
Lengua vehicular de estudios	
Si realizó estudios lingüísticos, por qué eligió esas lenguas y por qué esa profesión	

3. Perfil profesional:

Profesión	-
Lugar habitual de trabajo	-
Años de experiencia profesional	-

4. Categoría profesional:

Administración	Director, director de servicio sanitario o subdirector
Médicos	Jefe de servicio, médico adjunto residente
Enfermeros	Responsable de enfermería, encargado de enfermería, enfermero 1, enfermero 2

Estabilidad laboral	Personal fijo, personal contratado
¿Atiende a peregrinos con los que no puede comunicarse?	Sí, no
Frecuencia	Diaria, semanal

Anexo 13: Códigos (temas)

A continuación exponemos los códigos de las preguntas que usamos para facilitar el análisis de los datos. Recordamos que se presentan en orden alfabético.

1. Asociaciones de la Peregrinación
 - 1.1. Horario de trabajo de sus representantes
 - 1.2. Misión de sus representantes
 - 1.3. Nacionalidades atendidas por los representantes
2. Dificultades para atender a los peregrinos no arabófonos
3. Perfil de los usuarios
 - 3.1. Edad
 - 3.2. Lenguas habladas
4. Servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor
 - 4.1. Coste del servicio de interpretación
 - 4.2. Criterios de profesionalización de los II
 - 4.3. Existencia de los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor
 - 4.4. Financiación de los servicios de interpretación
 - 4.5. Herramientas modernas usadas en la interpretación
 - 4.6. Horario prestación del servicio de interpretación
 - 4.7. Ley/reglamento para los servicios de interpretación
 - 4.8. Modalidades de interpretación
 - 4.9. Programa creación de los servicios de interpretación
 - 4.10. Proveedores del servicio de interpretación en los hospitales
 - 4.11. Servicios hospitalarios que más necesitan la interpretación
5. Sugerencias para mejorar los servicios de interpretación en los hospitales durante la Peregrinación Mayor