

CAPÍTULO 10

EL TRIÁNGULO COMUNICATIVO EN LA CONSULTA MÉDICA: LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO EN ESPAÑA

MARÍA DOLORES RODRÍGUEZ MELCHOR

1. INTRODUCCIÓN A LA CONSULTA BILINGÜE EN EL ÁMBITO SANITARIO

1.1. Panorama de la inmigración en España en nuestros días

Para comenzar este trabajo sobre la interpretación de enlace en el ámbito sanitario hemos creído oportuno proceder a algunas consideraciones previas con el fin de ilustrar el contexto actual en nuestro país de esta profesión tan necesaria como desconocida. El panorama demográfico español ha cambiado mucho en los últimos años durante los que nuestro país se ha convertido en receptor de intensos flujos migratorios de diversas procedencias. En 2007, el Instituto Nacional de Estadística realizó una encuesta nacional muy completa con el fin de abarcar todos los aspectos de interés sociológico del fenómeno de la inmigración en España. Según los datos obtenidos entonces (INE, 2007), en España había 4.526.522 inmigrantes, procedentes de diferentes nacionalidades. Tradicionalmente, la inmigración en España comparte lengua y cultura con el país de acogida, pero es preciso subrayar que este fenómeno no se circunscribe solamente al español o a la cultura latina. De hecho, merece la pena observar cómo, para la realización del estudio del INE, los cuestionarios empleados fueron traducidos del español al inglés, francés, alemán, árabe y rumano. Este dato es especialmente interesante para el estudioso de la mediación intercultural y lingüística, ya que nos permite deducir cuáles son los idiomas, distintos del

español, de mayor frecuencia de utilización en los servicios públicos de la administración, la sanidad y en el ámbito judicial.

1.2. La necesidad de la interpretación en la consulta bilingüe en España

Es evidente que la demanda de intérpretes y traductores en dichos idiomas ha tenido que aumentar como consecuencia de los flujos migratorios producidos en España durante las últimas décadas, con la recepción de un gran número no solo de trabajadores inmigrantes, sino también de nacionales de países de la Unión Europea que, beneficiándose de la libre circulación de personas han localizado su domicilio en nuestro país, como puede ser el caso de muchos jubilados alemanes, británicos, belgas o suecos. Todas estas personas son susceptibles de acudir a la sanidad pública española y deben ser atendidos adecuadamente, independientemente del idioma que hablen.

En 2010, los servicios de traducción de la Comisión Europea organizaron en Madrid, junto con el servicio de traducción e interpretación de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), unas jornadas sobre «La traducción y la interpretación contra la exclusión social». En las actas¹ de las mismas, se recalca la necesidad y el derecho de la traducción y de la interpretación como factor determinante para la integración de la persona inmigrante mediante la facilitación del acceso a los servicios públicos. También se menciona el hecho de que, en el caso de inmigrantes ilegales o de solicitantes de asilo, la intermediación lingüística es, en muchos casos, crucial para el futuro de la persona.

Aunque los datos estadísticos que hemos expuesto en el apartado anterior se recabaron justo antes del inicio de la crisis económica que estalló en 2008 y en la que aún nos hallamos inmersos cabe reseñar que, aun habiéndose reducido, e incluso invertido, el flujo migratorio en nuestro país, la cifra de residentes extranjeros en España ascendía en 2012 a más de 5 millones y medio de personas, según los datos del último censo realizado². Por mucho que la crisis haya reducido los fondos destinados a la traducción

¹ Instituto Cervantes. (2010). *La traducción e interpretación contra la exclusión social*. Recuperado el 10 de julio de 2013, de Centro Virtual Cervantes: <http://cvc.cervantes.es/lengua/tices/>

² EL MUNDO. (s.f.). *Baja la cifra de extranjeros empadronados en España por primera vez en 15 años*. Recuperado el 4 de julio de 2013, de EL MUNDO.es: <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/01/16/espana/1358333606.html>.

EL PAÍS. (s.f.). *La población española cae por la fuerte salida de extranjeros*. Recuperado el 4 de julio de 2013, de EL PAÍS Sociedad: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/06/25/actualidad/1372159628_306536.html

e interpretación en los servicios públicos españoles, será necesario formar a profesionales que puedan cubrir las necesidades de mediación intercultural, tanto existentes como futuras.

En este estudio, nos interesa particularmente la figura del intérprete en los servicios públicos sanitarios, por ser una especialidad complicada y muy técnica, tanto desde el punto de vista de la terminología como de la interacción que se establece entre las partes en el evento comunicativo. Según datos recogidos recientemente (Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, 2011, pág. 57), se estima que hay, más o menos un centenar de personas que trabajan en la especialidad de la interpretación en la consulta médica en España. Estas personas cubren más de 15 idiomas y son contratadas, generalmente, de manera temporal o puntual. Las formas de acceso al servicio son muy variadas, pero no suelen incluir casi nunca una prueba en la que los aspirantes demuestren sus competencias interpretativas. En apartados posteriores explicaremos la complejidad de estas competencias y, asimismo, nos centraremos en explicar cómo se crea en la consulta un triángulo de la comunicación entre el paciente, el profesional de la salud y el intérprete, qué modalidades puede presentar y cómo se reparten los papeles y se gestiona la interacción entre las partes.

1.3. Las dificultades de la intermediación lingüístico-cultural en el ámbito sanitario

En el contexto español, anteriormente mencionado, el fenómeno de la consulta bilingüe ha venido siendo estudiado por algunos especialistas de la traducción y la interpretación, enmarcado en diferentes proyectos de investigación. Este es el caso de los equipos de la Universidad de Salamanca (Baigorri Jalón, Alonso Araguás, Canas Remesal, Otero Moreno, & Russo, 2006) y de la Universidad de Alcalá de Henares, con el grupo FITISPos³. En estos estudios se evidencia a menudo que la profesión de intérprete, desgraciadamente, no está asumida aún como necesaria ni por la administración pública ni por los usuarios potenciales de la mediación intercultural. En el ámbito sanitario, nuestros hospitales y centros de salud carecen en su mayoría de servicios de interpretación propios, como mucho ofrecen interpretación telefónica y, desgraciadamente, a falta de un intérprete se recurre a soluciones *ad hoc*, que muchas veces implican la mediación lingüística de conocidos o familiares, a veces incluso niños, que acompañan a los pacientes. También se recurre a voluntarios de la Cruz Roja o al personal sanitario que tenga conocimientos de alguna lengua extranjera. En cualquier

³ FITISPOS. *Servicios de Traducción e Interpretación*. Recuperado el 4 de julio de 2013, de FITISPOS: <http://www.fitispos.com.es/>

caso, los hospitales no consideran que la cuestión de la interpretación sea prioritaria (Baigorri et al., 2006) y es asombroso observar, desde el punto de vista del profesional de la interpretación que entiende la complejidad de dicha actividad tan especializada, con qué facilidad se deriva esta tarea a personas sin preparación ninguna que pueden dificultar, todavía más, la comunicación intercultural.

Otras veces, por mucho que el intérprete haya sido formado como profesional de las lenguas, la falta de especialización en las especificidades de la situación o la terminología puede perjudicar la correcta realización del evento comunicativo de la consulta médica. Como es señalado por algunos estudiosos (Tellechea Sánchez, 2005, págs. 115-116), la especificidad altamente técnica del lenguaje médico es una barrera de por sí, incluso cuando médico y paciente hablan el mismo idioma. Es preciso, pues, evitar que el intérprete dificulte aún más la precaria interacción entre médico y paciente, en la consulta bilingüe, debido al desconocimiento de la terminología especializada, a la escasa formación del personal sanitario para trabajar con mediadores lingüísticos o a la falta de información del paciente o sus familiares sobre el papel y obligaciones del intérprete.

El caso de Estados Unidos es paradigmático. En un país donde la población inmigrante es muy abundante, especialmente la procedente de países hispanohablantes, se manifiestan todo tipo de dificultades para el trabajo de los profesionales de la mediación lingüística en el ámbito sanitario. La labor llevada a cabo en los últimos años para la formación de intérpretes para los servicios de sanidad es loable y está encauzada a través de organismos como el National Council on Interpreting in Health Care ⁴ que gestionan la certificación de estos profesionales.

2. LA CONSULTA COMO EVENTO COMUNICATIVO: EL TRIÁNGULO DE LA COMUNICACIÓN

Enlazaremos este nuevo apartado comenzando por señalar que, para que se pueda realizar correctamente el evento comunicativo que constituye una consulta médica en el caso en que el receptor y el emisor del mensaje no hablen el mismo idioma, se precisa la figura del mediador intercultural para vehicular correctamente la información. Se crea, pues, un triángulo comunicativo en el que los vértices han de ser el profesional sanitario, el paciente y el mediador intercultural.

⁴ National Council on Interpreting in Health Care. *Our Mission*. Recuperado el 4 de julio de 2013, de NCIHC: <http://www.ncihc.org/>

Para que la comunicación sea efectiva, cada uno de los actores de la misma han de estar preparados adecuadamente para esta situación, anómala de por sí, pero cada día más frecuente:

- El intérprete debe haber recibido una adecuada formación que incluya aspectos terminológicos, éticos y culturales
- El personal sanitario debe haber recibido formación sobre cómo trabajar con un mediador lingüístico-cultural en la consulta
- El paciente y/o sus familiares deben haber recibido información adecuada sobre el papel y las obligaciones del intérprete.

Si estas premisas no se observan en la práctica, es muy difícil que la comunicación pueda ser la correcta, con las consecuencias previsibles de desconfianza entre el médico y paciente, posibles errores de diagnóstico y tratamiento e, incluso, generación de gastos adicionales para la sanidad pública.

2.1. Definición de los papeles de los participantes en el triángulo comunicativo

Para evitar cualquier posible malentendido, al inicio de la consulta el intérprete debe dejar claro quién es, identificándose y diferenciándose del personal sanitario y, asimismo, debe marcar los límites de su papel (Corse-lis, 2008: 147) insistiendo en que interpretará todo lo que se diga, actuará con imparcialidad y observará la confidencialidad. Fuera de lo dicho por los otros actores del evento comunicativo, solo intervendrá cuando sea preciso aclarar algo o alertar a las partes de posibles malentendidos motivados por diferencias culturales. También podrá intervenir para regular el proceso de la comunicación y sería conveniente que avisara de que puede presentarse esta eventualidad.

Una vez comenzado el evento comunicativo, con el fin de facilitar la interacción entre las partes, el intérprete, siempre que pueda, usará el estilo directo y no el indirecto, es decir, hablará en primera persona. Esta última puntualización es importante, ya que el uso del estilo indirecto impone una distancia entre las partes de la comunicación, crea un filtro innecesario para la transmisión del mensaje y provoca una cierta artificialidad de estilo que puede ser malinterpretada por alguna de ellas.

Sin embargo, es primordial que el profesional de la salud se mantenga a cargo de la consulta, que lleve las riendas y que controle el proceso comunicativo. Con la adecuada formación y con profesionales experimentados todo es mucho más fácil y el ritmo de las intervenciones y los turnos de palabra se regulan de forma más cómoda y natural. Es también tarea del profesional de la salud informar al paciente de lo que va a pasar y facilitarle

la posibilidad de hacer preguntas o pedir aclaraciones. Hay que evitar, en todo caso, que el paciente se dirija al intérprete y no al médico, lo que constituye un error mucho más frecuente de lo que podríamos imaginar.

Si la interacción es la adecuada, el profesional de la salud puede delegar en el intérprete las tareas de la regulación de la comunicación, como, por ejemplo, el establecimiento de los turnos de palabra, ya que, como profesional de la comunicación que es, éste tiene las aptitudes necesarias para gestionar las dinámicas comunicativas de manera eficaz (Bischoff, Loutan, & García Beyaert, 2009, pág. 24). A veces, esta intervención puede ser muy sencilla, como hacer un gesto con la mano para dar la entrada a un interlocutor o para recordarle que debe dirigirse al otro interlocutor y no al intérprete, otras puede tratarse de pedir aclaraciones para asegurarse de que su interpretación va a ser correcta.

2.2. Modalidades de la intermediación en el ámbito médico-sanitario

Una vez sentadas las bases de la adecuada comunicacin en este tipo de evento, que requiere la presencia de un mediador lingüístico, mediante la atribución de papeles entre los participantes en el mismo, es preciso aclarar que no siempre los profesionales que trabajan en este tipo de tareas son intérpretes al uso. Los diferentes perfiles del mediador varían sustancialmente, dependiendo de la modalidad de la intervención en la que participan, dado que su perfil no siempre responde al del profesional de la comunicación interlingüe, como es el caso de los intérpretes, sino al del profesional de la mediación cultural o la intervención social, psicológica o sanitaria.

Por todo lo expuesto previamente, antes de seguir profundizando en las tareas y las competencias del intérprete, hemos creído conveniente ofrecer un breve esbozo de las diferentes modalidades del posible triangulo comunicativo en la consulta médica.

Para ello, utilizaremos el modelo que nos ha parecido más preciso y completo, concretamente el de la *Guía para la Consulta Médica Intercultural* de los hospitales universitarios de Ginebra (Bischoff, Loutan, & García Beyaert, 2009, pág. 16) que delimita cinco posibilidades diferenciadas entre sí:

- Interpretación
- Mediación intercultural
- Apoyo y defensa del paciente⁵
- Co-responsabilidad terapéutica

⁵ Advocacy.

- Agente comunitario de salud

Los autores de esta guía señalan que los papeles del intérprete y del mediador intercultural se centran más en la facilitación del entendimiento entre las partes, mientras que las restantes modalidades inciden más en la tutela del paciente y en acciones concretas de promoción de la salud que van más allá de la mera comunicación. Los profesionales que desempeñan estas otras modalidades han de ser conocedores de los derechos del paciente, con frecuencia en situación de alta vulnerabilidad, y suelen tener formación sanitaria, como puede ser el caso de enfermeros o enfermeras bilingües. Muchas veces su papel se centra en garantizar que el paciente siga el tratamiento de manera adecuada o es derivado a los especialistas que su dolencia requiera. A veces, también, estos profesionales tienen la tarea de «establecer puentes entre los servicios de salud y determinadas comunidades y colectivos».

En cualquier caso, la guía insiste también en que el objetivo conjunto de todos estos profesionales es el «intercambiar información y actitudes cruciales para lograr un tratamiento terapéutico efectivo».

La situación en España es muy parecida; de hecho, en algunos casos, se buscan personas procedentes de determinadas etnias y nacionalidades para que efectúen un trabajo de «agentes de salud», que no median entre dos interlocutores, sino que intervienen directamente (Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, 2011, págs. 57-58):

«La situación de la interpretación en los servicios sanitarios se caracteriza por la dualidad del servicio: los profesionales que realizan la interpretación también suelen desarrollar una labor de mediación intercultural, aunque existen mediadores interculturales que no realizan labores de interpretación, como pueden ser aquellos que trabajan con personas de etnia gitana o con inmigrantes latinoamericanos de habla española.»

2.3. La interdisciplinariedad de la tarea del intérprete en la consulta bilingüe

Entre las muchas competencias interpersonales que ha de haber desarrollado el intérprete, son cruciales la capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar, así como la capacidad para comunicarse con expertos en otras áreas y, también, con personas no expertas en la materia. El intérprete, en la consulta, con frecuencia ha de encargarse de convertir el lenguaje médico especializado en lenguaje divulgativo, asequible para el paciente quien, además de no hablar la lengua del país de acogida, muchas veces carece del nivel formativo que le permita comprender las instrucciones terapéuticas, no hablemos ya de la terminología especializada.

Como señalan algunos autores (Anazawa, Ishikawa, & Kiuchi, 2012), en el ámbito médico, la confianza generada por una buena comunicación entre el médico y el paciente es crucial para que se pueda efectuar un correcto diagnóstico y para que el paciente cumpla el tratamiento prescrito. De hecho, el intérprete interviene en un punto crucial para las pruebas diagnósticas como es el del recabar el consentimiento informado del paciente. En estos casos, el profesional de la interpretación tendrá que efectuar también su trabajo en la modalidad de traducción a la vista, alternándola, seguramente, en su intervención con las preguntas aclaratorias del paciente y las respuestas de los profesionales de la salud. Con frecuencia, es en el momento del consentimiento informado cuando el paciente obtiene datos significativos para su posterior toma de decisiones.

Ya que los intérpretes eliminan las barreras lingüísticas y facilitan la comunicación, se puede considerar que su trabajo incide en una mejora de la prestación sanitaria y, probablemente, en un ahorro para la Seguridad Social. Este podría ser un estudio interesante para líneas de investigación futuras.

3. LA FORMACIÓN DEL INTÉRPRETE PARA LA CONSULTA MÉDICA

Hemos podido observar, con anterioridad, que el papel del intérprete en el triángulo comunicativo de la consulta bilingüe es más complejo de lo que podría parecer a primera vista. Esta actividad no se limita a movilizar tan solo competencias de índole lingüística, sino también interpersonal e interdisciplinar. Una adecuada preparación es necesaria para poder llevar a cabo esta tarea tan difícil ya que el uso de intérpretes *ad hoc*, sin formación ninguna, lo que es práctica habitual en nuestro país, como hemos señalado en párrafos anteriores, provoca muchos errores, omisiones y mina la credibilidad del paciente ante el médico y perjudica tanto el diagnóstico como el posterior tratamiento (Anazawa, Ishikawa, & Kiuchi, 2012, pág. 3).

3.1. Recomendaciones de buenas prácticas en formación: el caso estadounidense

En una guía de buenas prácticas para la formación de intérpretes en el ámbito sanitario, elaborada en Estados Unidos por el NCIHC (National Council on Interpreting in Health Care, 2011, págs. 10-15), la complejidad de esta actividad se evidencia en los contenidos propuestos que son muchos y variados. Por una parte se propone un primer módulo de competencias conceptuales que incluyen conocimientos que cimentan la práctica de la profesión del intérprete médico:

1. La profesión del intérprete (modalidades, la legislación aplicable y responsabilidad civil)
2. Lenguaje y comunicación (lenguaje gestual, gestión de turnos, elementos de la comunicación, registros)
3. La práctica profesional (ética profesional, gestión de estrés)
4. Sistema sanitario estadounidense (seguros médicos, consulta primaria y especializaciones, terminología, procesos habituales en la consulta médica: pruebas, diagnóstico, toma de decisiones, entre otros)
5. Cultura (concienciación cultural, relaciones entre el paciente y el personal sanitario)
6. Recursos (medios de documentación)

Además de este primer módulo, se plantea una formación de índole práctica que permite al alumno familiarizarse con las modalidades y procedimientos técnicos del trabajo del intérprete:

1. Traslación del mensaje (escucha activa y análisis, memoria, equivalencias, toma de notas, segmentación, etc.)
2. Modalidades de interpretación (consecutiva, simultánea, traducción a la vista)
3. Protocolos de interpretación (roles, gestión del flujo de la información, habilidades interpersonales)
4. Mediación cultural (reconocimiento de conflictos e intervención)
5. Toma de decisiones reflexión ética y espíritu crítico
6. Traducción a la vista y transcripción (habilidad para reconocer y usar ambas modalidades de manera ética y eficaz)

Como podemos observar, estas recomendaciones de buenas prácticas formativas son rigurosas y muy exigentes y se justifican por la necesidad de armonizar cursos de muy distinta duración y contenidos, sobre todo, dado que en Estados Unidos, para ejercer la profesión de intérprete en el ámbito sanitario es preciso contar con una certificación oficial.

3.2. La situación del intérprete en los servicios sanitarios en España: formación y categoría profesional

En el Libro blanco de la traducción e interpretación institucional (Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, 2011), la figura del intérprete en los servicios sanitarios se caracteriza por ser objeto de una gran disparidad entre las modalidades y requisitos de formación, acceso y contratación de los diferentes hospitales, centros de salud y administraciones. La figura del «intérprete/mediador cultural» no está reconocida oficialmente y, por ello mismo, no tiene definida una categoría profesional clara. Esto hace que,

para un mismo trabajo en la práctica, haya todo tipo de perfiles y contratos, pudiendo realizar este trabajo un becario en prácticas, una persona con tan solo el título de bachiller o graduado escolar, sin tenerse en cuenta que, para formar a estos profesionales, existen en España estudios especializados de Postgrado como el Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá de Henares.

Los contratos, por su parte, son diversos y pueden estipular que la persona contratada es, desde «auxiliar administrativo», hasta «investigador», si bien es cierto que, para esta última denominación, existen profesionales de la interpretación en los servicios sanitarios que colaboran en estudios de investigación en el ámbito que les atañe.

En general, esta situación se suele justificar por «la carencia de personas cualificadas así como por la ausencia de estudios reglados (por ejemplo, en el caso de las lenguas exóticas o dialectos. No obstante, tampoco se exigen estudios superiores para lenguas como el inglés o el francés.» (Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, 2011, pág. 59), lo que resulta paradójico.

4. CONCLUSIONES

De todo lo anterior se deduce que mucho queda por hacer en nuestro país para llegar a una situación ideal en la que se exija una certificación adecuada para los profesionales de la interpretación y la mediación intercultural en el ámbito de la sanidad pública. La situación actual de crisis económica profunda, que afecta a todos los sectores de la administración, no favorece, precisamente que se realicen esfuerzo en este ámbito de actuación concreto.

Sin embargo, creemos que, pese a las muchas dificultades que puede representar la tarea de unificar la formación de profesionales que va a desempeñar funciones muy diversas, que van desde la interpretación pura, hasta la mediación intercultural, pasando por la investigación, es necesario sentar una serie de premisas básicas para garantizar la calidad de los servicios ofrecidos en la sanidad de nuestro país. Entre éstas, una de las más importantes es la formación en el código ético profesional de los intérpretes: confidencialidad, imparcialidad, exactitud, fidelidad e integridad profesional⁶. Asimismo, otra premisa básica sería la formación del profesional en el lenguaje médico especializado y en los procedimientos habituales de la

⁶ International Medical Interpreters Association. (s.f.). *Código ético*. Recuperado el 11 de julio de 2013, de IMIA: <http://www.imiaweb.org/code/SPA.asp>.

consulta médica en nuestro país. Gestiones administrativas, pruebas diagnósticas, derivación al especialista, entre otros.

Entendemos que obras como ésta permiten al intérprete en formación familiarizarse, no solo con los aspectos técnicos de su profesión, sino también poder analizar, comprender y, así, familiarizarse con un lenguaje específico muy complejo, desde el punto de vista terminológico, que requiere una profunda comprensión de los conceptos que denota, que va más allá de las meras equivalencias lingüísticas. Consideramos, asimismo, que la intervención de profesionales de la Medicina en la formación de los futuros intérpretes médicos no puede sino ser fructífera y provechosa.

BIBLIOGRAFÍA

- ANAZAWA, R.; ISHIKAWA, H. & KIUCHI, T. (2012), «The accuracy of medical interpretations: A pilot study of errors in Japanese-English interpreters during a simulated medical scenario», *Translation and Interpreting*, vol.4 n°1, pp. 1-20.
- BAIGORRI JALÓN, J.; ALONSO ARAGUÁS, I.; CANAS REMESAL, R.; OTERO MORENO, C. & RUSSO, M. (2006), Notas sobre la interpretación en los servicios públicos de salud en Castilla y León. *Revista española de Lingüística Aplicada, volumen monográfico*, 175-186.
- BISCHOFF, A.; LOUTAN, L. & GARCÍA BEYAERT, S. (2009), *En otras palabras: Guía para la consulta médica intercultural*. Ginebra: Hôpitaux Universitaires de Genève.
- CORSELIS, A. (2008), *Public Service Interpreting*. London: Palgrave Macmillan.
- EL MUNDO (s.f.), *Baja la cifra de extranjeros empadronados en España por primera vez en 15 años*. Recuperado el 4 de Julio de 2013, de EL MUNDO.es: <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/01/16/espana/1358333606.html>.
- EL PAÍS (s.f.), *La población española cae por la fuerte salida de extranjeros*. Recuperado el 4 de Julio de 2013, de EL PAÍS Sociedad: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/06/25/actualidad/1372159628_306536.html.
- INSTITUTO CERVANTES (2010), *La traducción e interpretación contra la exclusión social*. Recuperado el 10 de julio de 2013, de Centro Virtual Cervantes: <http://cvc.cervantes.es/lengua/tices/>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (s.f.), *Fenómenos demográficos: Encuesta nacional de Inmigrantes 2007*. Recuperado el 4 de Julio de 2013, de INE: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp319&file=inebase&l=0>.
- INTERNATIONAL MEDICAL INTERPRETERS ASSOCIATION (s.f.), *Código ético*. Recuperado el 11 de julio de 2013, de IMIA: <http://www.imiaweb.org/code/SPA.asp>.
- MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y COOPERACIÓN (2011), *Libro blanco de la traducción e interpretación institucional*. Madrid: Imprenta del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación.

NATIONAL COUNCIL ON INTERPRETING IN HEALTH CARE (2011), *National Standards for Healthcare Interpreter Training Programs*.

TELLECHEA SÁNCHEZ, M. (2005), «El intérprete como obstáculo: fortalecimiento y emancipación del paciente para superarlo», en C. Valero Garcés (ed), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas* (pp. 114-122). Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.

