



Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Madrid



INFORME SOBRE LA NECESIDAD DE LA CREACIÓN DE UN SERVICIO DE INTERPRETACIÓN Y MEDIACIÓN INTERCULTURAL SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Diciembre 2018



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Reconocimiento no comercial. Compartir igual. 4.0 internacional.

EDITORES

Rogelio López Vélez

Director de Salud Entre Culturas. Jefe de la Unidad de Referencia Nacional para Enfermedades Tropicales. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Pilar Moyano Llamazares

Intérprete y mediadora intercultural. Coordinadora del equipo de intérpretes y mediadores de Salud Entre Culturas 2014-2017.

Marta Ochoa Mulas

Vocal de la Comisión de Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM).

Belén Padilla Ortega

Vicepresidenta del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM).

José Antonio Pérez Molina

Médico adjunto del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.



ÍNDICE

1. Introducción ■ Pág. 6
2. La realidad en la Comunidad de Madrid ■ Pág. 7
3. La complejidad de la realidad intercultural ■ Pág. 8
4. Los peligros de no contar con un servicio de interpretación de calidad ■ Pág. 9
5. Legislación existente y Código de Deontología Médica ■ Págs. 10-13
6. La situación en otros países ■ Págs. 13-14
7. Investigaciones que apoyan la coste-efectividad de crear un servicio de interpretación sanitaria ■ Pág. 15
8. Conclusiones ■ Pág. 16
9. Bibliografía ■ Págs. 17-18

1. Introducción

Con este informe queremos poner de manifiesto la necesidad que existe en la Comunidad de Madrid de contar con un servicio de interpretación médica. El motivo principal de esta necesidad es la llegada al Servicio Madrileño de Salud en las últimas décadas de nuevos pacientes procedentes de diversos países y culturas.

Hablaremos de la realidad lingüística y cultural en esta Comunidad, así como del reto comunicativo que supone para el personal sanitario y para los usuarios intercambiar información sanitaria (información delicada) sin la ayuda de un profesional.

Comentaremos también el riesgo sobre la salud que existe al no contar con un servicio de interpretación, o al tener que usar un servicio de mala calidad, y citaremos ejemplos de mala praxis cometida por personal sanitario por no disponer de un servicio de interpretación profesional.

Además de tratar de justificar la necesidad de crear un servicio de interpretación, hablaremos de la legislación existente en la que se basa nuestra propuesta.

Abordaremos la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como la Directiva 2010/64/UE que obliga a los estados miembros a proporcionar asistencia lingüística en los procesos penales y que establece un precedente en legislación sobre servicios de traducción e interpretación.

Asimismo revisaremos los artículos del Código de Deontología Médica que justifican la existencia de estos servicios para dar una atención sanitaria de calidad e igualdad. Daremos ejemplos de países con un sistema consolidado de interpretación en el ámbito sanitario y las diferentes soluciones que han encontrado para gestionar la diversidad lingüística y cultural en su territorio y finalmente hablaremos de la situación en España y de los diversos estudios de investigación que avalan la teoría de que crear un servicio de interpretación es costo-efectivo.

Este documento es fruto del trabajo de la colaboración entre el ICOMEM y Salud Entre Culturas, que forma parte de la Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas (AEEI), que cuenta con un servicio de interpretación y mediación sanitaria desde el 2006. El servicio de interpretación y mediación de Salud Entre Culturas ha sido oficializado por la Comunidad de Madrid mediante la firma de un convenio entre la Consejería de Sanidad y Salud Entre Culturas en diciembre de 2017.

2. La realidad en la Comunidad de Madrid

En las últimas décadas la proporción de inmigrantes llegados a España ha aumentado considerablemente y en concreto, en la Comunidad de Madrid. Según el Informe de población de origen extranjero empadronada en la Comunidad de Madrid¹ de enero de 2017, a día de hoy hay 864.485 personas de origen extranjero que residen en la Comunidad de Madrid.

También según este estudio las nacionalidades más numerosas son las siguientes:

22,95%

Rumanía: 198.377

9,06%

Marruecos: 78.290

6,73%

China: 58.212

Esto quiere decir que los tres principales colectivos de inmigrantes en la Comunidad de Madrid son personas cuya lengua materna no es el español. A esto hay que sumar que en 2016 visitaron Madrid un total de 11 millones de turistas.

Por otro lado, según el Barómetro de la Inmigración² de 2014, un 24% de los inmigrantes encuestados nombraron el idioma como la principal barrera a la que se han enfrentado para su integración.



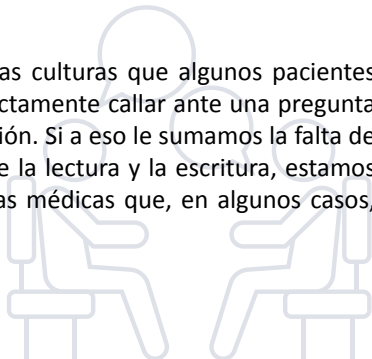
3. La complejidad de la realidad intercultural

Por nuestra experiencia sabemos que las personas extranjeras que acuden a consulta provienen de una realidad completamente diferente a la española y muchas veces no entienden la información que les transmite el médico no sólo por un motivo idiomático, sino sencillamente porque determinadas costumbres que aquí están plenamente aceptadas por la sociedad no existen o cuentan con un fuerte estigma o rechazo en el país del que proceden. Un ejemplo serían los análisis de sangre en la población subsahariana. En los países de África occidental las personas no suelen acudir a los hospitales salvo para casos de fuerza mayor, por lo que no están acostumbradas a hacer uso de la salud preventiva. Además, las donaciones de sangre son privadas y a menudo es el propio familiar del paciente el que se ofrece a donar sangre, ya que no puede permitirse pagar la sangre de un tercer donante. El desconocimiento de toda esta realidad por parte del facultativo español hace que se sorprenda cuando determinados pacientes subsaharianos se niegan a hacerse análisis de sangre. El médico puede pensar que se trata de un acto de rebeldía por parte del paciente, pero lo que subyace es un desconocimiento del concepto del análisis como método de cribado de enfermedades, el concepto místico que de la sangre tienen muchos subsaharianos, o incluso la creencia de que su sangre se utiliza para venderla³.

Este es sólo un ejemplo de un problema de entendimiento no ya a nivel lingüístico, sino cultural, pero también existen otros como que el paciente sea totalmente analfabeto o que crea en religiones caídas en el olvido en Europa como el animismo o el chamanismo.

Por todo ello se hace patente la necesidad de utilizar un profesional que no sólo hable los dos idiomas en cuestión, sino que además conozca la realidad cultural de ambos países (el de acogida y el de origen) y que cuente también con formación tanto en materia sanitaria como en mediación intercultural para poder darse cuenta de cuándo se está enfrentando a un choque cultural.

La realidad cultural es tan diferente entre algunas culturas que algunos pacientes pueden llegar a mentir, omitir información o directamente callar ante una pregunta del médico por miedo, por vergüenza o por tradición. Si a eso le sumamos la falta de dominio del idioma e incluso en algunos casos de la lectura y la escritura, estamos abriendo la puerta a que se cometan negligencias médicas que, en algunos casos, tienen un alto coste económico y moral.



4. Los peligros de no contar con un servicio de interpretación de calidad

La School of Public Health de la Universidad de California, Berkeley, redactó un informe en el año 2010 titulado “The High Costs of Medical Malpractice”⁴ en el que registró numerosos casos de negligencias médicas que se podían haber evitado con la presencia de un intérprete profesional. Entre los casos más notorios destacan:

Caso 1

Una niña de 9 años de origen vietnamita falleció por una reacción al medicamento Reglan. Ella y su hermano de 16 años fueron los encargados de hacer de intérpretes durante la consulta médica. El consentimiento informado que se entregó a los padres donde se mencionaba que ante cualquier reacción adversa la niña debía acudir a Urgencias estaba en inglés. El seguro del hospital tuvo que pagar 140.000 dólares en concepto de costas procesales y el hospital tuvo que indemnizar a los padres con 200.000 dólares. Los niños no tienen la capacidad ni técnica ni psicológica para ser intérpretes. La presencia de un intérprete profesional y la traducción del consentimiento informado al vietnamita habrían podido evitar estos costes morales y económicos.

Caso 2

Una niña de 17 años, nacida en Taiwan, tuvo que ir a Urgencias tras haber recibido un golpe con una raqueta en la cabeza dos semanas antes. Ella misma tuvo que hacer de intérprete hasta que entró en parada respiratoria. Murió al día siguiente. Los padres demandaron al médico y el seguro del hospital tuvo que pagar 74.000 dólares en concepto de costas procesales.

El artículo recoge hasta 35 demandas que se tradujeron en el abono de indemnizaciones de hasta 200.001 dólares por parte del hospital y hasta 400.000 dólares en costas procesales que el seguro del hospital tuvo que abonar.

En España, son varios los casos que nos llegan a través de personal sanitario y usuarios, como el de un paciente chino que había entendido mal la cantidad de comprimidos diarios que debía tomar, y como resultado sus transaminasas subieron hasta niveles alarmantes, o el de una mujer que murió de meningitis en el CIE de Aluche, en el año 2011, por no contar con un servicio de interpretación⁵.

5. Legislación existente y Código de Deontología Médica

Legislación:

A día de hoy no existe legislación ni a nivel europeo ni a nivel nacional que conceda implícitamente el derecho a la asistencia lingüística al paciente. No obstante, la **Ley 41/2002**⁶, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica dice:

Artículo 4. Derecho a la información asistencial

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

Artículo 7. El derecho a la intimidad

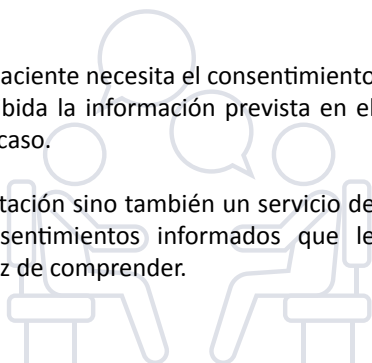
1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

Obsérvese que si la persona que acude a ayudar al paciente a comunicarse con el médico no es un intérprete profesional, sino que es un vecino o familiar, no existen garantías de que se respete el derecho a la intimidad.

Artículo 8. Consentimiento informado

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

Se necesita, pues, no sólo un servicio de interpretación sino también un servicio de traducción para entregar al paciente los consentimientos informados que le conciernen en un idioma que el paciente sea capaz de comprender.



Por todo lo recogido anteriormente se hace evidente que no se puede cumplir la ley 41/2002 sin la presencia de un intérprete profesional.

Además, la **Directiva 2011/24/EU y el Reglamento (CE) n.º 883/2004** permiten a los ciudadanos de la Unión Europea recibir tratamiento en otros países miembros, lo cual hace necesario crear un servicio no sólo para las personas inmigrantes, sino también para los turistas que año a año nos visitan (recordemos que España está entre los tres primeros países que más turistas reciben anualmente en el mundo).

Por otro lado, aunque se trate del ámbito judicial, es necesario destacar la publicación en el año 2010 de la **Directiva UE/67/2010** que, si bien en España ha sido transpuesta con mucha polémica, ordena la necesidad de contar con un registro de INTÉRPRETES CUALIFICADOS en los procesos penales que transcurran en los países miembros. Supone así un paso por delante del ámbito sanitario, en el que aún no existe ninguna directiva en este sentido. No obstante, tomando de referencia la presente directiva y la contundencia con la que la Comisión está incidiendo en la necesidad de su aplicación es evidente que una nueva directiva en el ámbito sanitario en este mismo sentido no se va a hacer esperar.

Código de Deontología y Ética Médica:

En el ámbito de la Deontología y Ética Médica, el Código de Deontología Médica del año 2011⁷, de obligado cumplimiento para cualquier médico en España, recoge en algunos de sus artículos, la necesidad de tener intérpretes cualificados, en aras de una asistencia sanitaria igualitaria y de calidad. Recogemos aquí alguno de los artículos en los que nos basamos para justificar esta necesidad.

Capítulo II. PRINCIPIOS GENERALES

- **Artículo 5.2:** El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.
- **Artículo 5.4:** El médico jamás perjudicará intencionadamente al paciente. Le atenderá con prudencia y competencia, evitando cualquier demora injustificada en su asistencia.
- **Artículo 7.1:** Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos.

- **Artículo 7.2:** El médico, principal agente de la preservación de la salud, debe velar por la calidad y la eficiencia de su práctica, principal instrumento para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud.

Capítulo III. RELACIONES DEL MÉDICO CON SU PACIENTE

- **Artículo 9.1:** El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias.
- **Artículo 12.1:** El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones.
- **Artículo 12.2:** El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Capítulo IV. CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

- **Artículo 21.1:** El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica.

Capítulo V. SECRETO PROFESIONAL DEL MÉDICO

- **Artículo 27.1:** El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional.
- **Artículo 29.1:** El médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional.

Si existe una barrera idiomática o cultural, es difícil cumplir los artículos expuestos del Código de Deontología Médica ya que obliga a los profesionales sanitarios a comunicarse con gestos o a través de otras personas que pueden no dominar bien el idioma o no entender conceptos médicos y ante todo, vulnerar el derecho del paciente a la intimidad y mantener una adecuada relación médico-paciente.

La presencia de un intérprete profesional y cualificado agilizaría el proceso de asistencia. En diferentes culturas a la nuestra, existen convicciones que se sustentan

en unas ideas que generalmente desconocemos, y un intérprete cualificado ayuda a entenderlas. El paciente tiene derecho a recibir una información adecuada para poder decidir libremente, y para ello es necesario que entienda la información. Por último, cabe señalar que es obligación del médico guardar secreto profesional, y él debe exigir a sus colaboradores que lo cumplan también.

Este precepto es difícil de conseguir si el intérprete es una persona no profesional, habitualmente familiar o amigo.

6. La situación en otros países

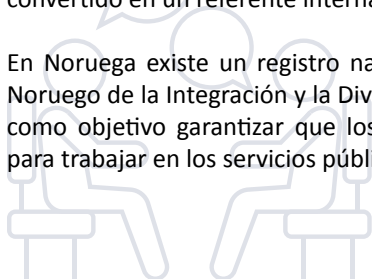
Muchos países con una larga tradición migratoria cuentan ya con un sistema consolidado de interpretación.

Tal es el caso de EEUU, donde existe un organismo acreditativo denominado el National Board of Certification for Medical Interpreters⁸. Únicamente las personas que han aprobado dicha certificación pueden realizar la labor de intérprete. Cada hospital ofrece las vacantes que considera necesarias y establece el perfil del candidato. Aunque no se requieren unos estudios mínimos se valora positivamente contar con una licenciatura y con cursos de formación en Medicina y en técnicas de interpretación. Se estima que en Estados Unidos entre 2012 y 2022 la demanda de intérpretes aumentará en un 46%^{9,10}.

En Australia también existe un sistema de acreditación nacional único, ya que engloba todos los tipos de interpretación y traducción e incluye también el lenguaje de signos. La NAATI (Australian National Accreditation Authority for Translators and Interpreters) es la organización encargada de otorgar dicha acreditación desde 1977¹¹.

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

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



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

Los ciudadanos de Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia, en virtud del Convenio de las Lenguas Nórdicas de 1987, tienen derecho a usar su propia lengua en cualquier servicio de la Administración pública de cualquiera de estos Estados.

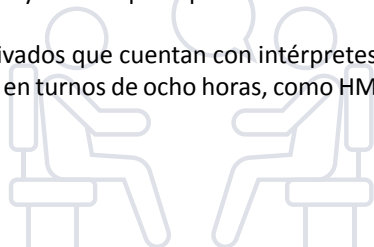
Holanda es uno de los pocos países en los que el Gobierno se ha responsabilizado de la provisión de intérpretes en los servicios públicos. En la década de los setenta estableció seis centros de interpretación (tolkencentra) que abarcan más de ochenta y cinco lenguas y dialectos. El Ministerio de Justicia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

En Bélgica es patente la preferencia por la figura del mediador intercultural. Esta figura profesional se encuentra bien definida, especialmente en el sector sociosanitario. El Ministerio federal de Sanidad dispone de una unidad de servicios de mediación intercultural para los hospitales. Desde 1999, estos pueden solicitar la contratación de un mediador a través de dicho Ministerio^{12, 13}.

En resumen, muchos son los países que hoy en día cuentan con un sistema consolidado de interpretación y mediación en el ámbito sanitario y España, por la gran cantidad de población extranjera tanto inmigrante como turista que recibe anualmente debería dar un paso al frente también en este ámbito.

Finalmente, hay que destacar el caso de España donde algunas comunidades autónomas como Navarra o Castilla-La Mancha^{14,15} han contado en algún momento con un sistema de mediación intercultural en el ámbito sanitario, si bien en algunos casos son ONG las que se encargan de realizar esta función, como ocurre en Madrid con el SETI¹⁶ y el proyecto Salud Entre Culturas¹⁷ de la Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas. No obstante, en el caso del SETI y Salud Entre Culturas, aunque cuentan con una cantera de intérpretes y mediadores de dilatada experiencia, se trata de servicios infrautilizados y sin capacidad de llegar a toda la Comunidad de Madrid por problemas de visibilidad y falta de presupuesto.

Actualmente existen también varios hospitales privados que cuentan con intérpretes profesionales en su plantilla en turnos rotatorios o en turnos de ocho horas, como HM Hospitales o el Grupo Hospitalario Quirón Salud.



7. Investigaciones que apoyan la coste-efectividad de crear un servicio de interpretación sanitaria

Crear un sistema de interpretación supone un coste adicional, es cierto. No obstante, como hemos visto, el coste moral y económico de las negligencias médicas supera cualquier gasto que se realice en este sentido. Además, existen estudios de otros sistemas sanitarios que demuestran que la utilización de servicios de interpretación es coste-efectiva. En el estudio de Bernstein et al¹⁸, el uso de intérpretes profesionales en los servicios de urgencias se asoció con una reducción del porcentaje de segundas visitas y a un aumento del uso de la Atención Primaria.

En el estudio de Graham, EA et al¹⁹, los pacientes con dominio limitado del inglés mostraban una tendencia un 94% mayor a utilizar la Atención Primaria y un 78% menor a utilizar las Urgencias que las personas con perfecto dominio del inglés, lo que se tradujo en un gasto inferior y un mayor acceso a los cuidados preventivos.

En otro trabajo, realizado como los anteriores en el ámbito sanitario, Jacobs E.A. et al²⁰ se establece que el coste de los servicios de interpretación resulta viable desde el punto de vista económico, ya que los pacientes reciben servicios significativamente más preventivos.

En otro estudio del mismo autor²¹ se deduce que los servicios de interpretación no aumentan los costes ya que se reducen las segundas visitas a los servicios de Urgencias y por ende los costes. Como también se demuestra en otro trabajo realizado en 2005 por Ku L. y Flores G.²² donde se concluye que “los servicios de interpretación reducen los costes al reducir los errores médicos y los daños, las pruebas innecesarias y los procedimientos, hospitalizaciones que se pueden prevenir y costosas demandas legales”.



8. Conclusiones

La realidad demográfica de la Comunidad de Madrid ha cambiado sustancialmente en los últimos 15 años. La población extranjera representa actualmente en torno al 15% de la de la Comunidad de Madrid. A esto debemos sumar la gran cantidad de turistas que todos los años visitan nuestra comunidad.

La atención médica adaptada a las necesidades del paciente es un derecho.

Es una obligación deontológica del médico el utilizar una interpretación cultural profesionalizada.











En la actualidad no se dispone de un sistema de interpretación, traducción y mediación intercultural profesionalizado en la Comunidad de Madrid. Este servicio, sin embargo, es lo normal en otros muchos países europeos.












Es necesario crear este servicio con el objetivo de ofrecer una asistencia sanitaria de excelencia no sólo a los inmigrantes sino también a los turistas que visitan la Comunidad de Madrid.

Aunque crear un sistema de interpretación resulta costoso, la presencia de intérpretes es coste-efectiva, reduce gastos, la utilización de los servicios de Urgencia y la comisión de negligencias médicas que podrían traducirse en costosas demandas por parte de los pacientes.



9. Bibliografía

-  **1.** Informe de población de origen extranjero empadronada en la Comunidad de Madrid, Observatorio de la Inmigración-Centro de estudios y datos, enero 2017.
-  **2.** Barómetro de la Inmigración de 2014, Consejería de Asuntos Sociales, Comunidad de Madrid, 2014.
-  **3.** Navaza B, Guionnet A, Navarro M, Estévez L, Perez-Molina JA, Lopez-Velez R. Reluctance to Do Blood Testing Limits HIV Diagnosis and Appropriate Health Care of Sub-Saharan African Migrants Living in Spain. *AIDS Behav.* 2011; 16:30–5.
-  **4.** Kelvin Quan. The High Costs of Medical Malpractice, School of Public Health, University of California, Berkeley, National Health Law Program, 2010.
-  **5.** Ángel Calleja, La muerte de una inmigrante en el CIE provoca otro auto contra el "hacinamiento" en Aluche, *Diario 20 Minutos*, 26/12/2011.
<http://www.20minutos.es/noticia/1260781/0/muerte/cie-aluche/hacinamiento/>
-  **6.** Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
-  **7.** Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Año 2011.
https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
-  **8.** The National Board of Certification for Medical Interpreters.
<http://www.certifiedmedicalinterpreters.org/>
-  **9.** Mohammed Alobaidy, How to become a hospital interpreter, *Inner Body, Careers*.
<http://www.innerbody.com/careers-in-health/how-to-become-a-hospital-interpreter.html>
-  **10.** The Cross Cultural Health Care Program (Formación de intérpretes médicos en EEUU).
<http://xculture.org/medical-interpreter-training/bridging-the-gap-training-program/bridging-the-gap-for-medical-interpreters-course-description/>
-  **11.** Australian Government: Department of Immigration and Border Protection.
<https://www.tisnational.gov.au/>

-  **12.** Haytham Safar, Abderrahim Hmami. L'interprétation en milieu social, profil et mission en Belgique francophone, Cédille, Revista de estudios franceses, ISN : 1699-4949.
<https://cedille.webs.ull.es/M4/06safar-hmami.pdf>
-  **13.** Bárbara Navaza, Laura Estévez y Jordi Serrano, Panace@. Vol. X, n.º 30. Segundo semestre, 2009. Saque la lengua, por favor. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España.
-  **14.** El servicio navarro de mediación entre culturas actúa en 1.600 casos en 2015, Noticias de Navarra, 28/08/2016.
<http://www.noticiasdenavarra.com/2016/08/28/sociedad/navarra/el-servicio-navarro-de-mediacion-entre-culturas-actua-en-1600-casos-en-2015>
-  **15.** La Junta de Castilla-La Mancha suprime el programa de mediación intercultural en el ámbito sanitario, Médicos del Mundo, Noticias.
http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/reلمenu.111/id.2059/lang.es
-  **16.** Servicio de traductores e intérpretes SETI, COMRADE.
http://www.comrade.es/comrade/Que_hacemos/Entradas/2012/7/8_S.E.T.I_Servicio_de_traductores_e_intérpretes.html
-  **17.** Salud Entre Culturas, Creando Puentes: Gestión de la diversidad cultural en el ámbito sanitario.
<http://www.saludentreculturas.es/mediacion/>
-  **18.** Bernstein J., Bernstein E., Dave A., Hardt E., James T., Linden J., Mitchell P., Oishi T., Safi C. Trained medical interpreters in the emergency department: effects on services, subsequent charges, and follow-up. Journal of Immigrant Health 2002; 4: 171-6.
-  **19.** Graham E.A., Jacobs T.A., Kwan-Gett T.S., Cover J. Health services utilization by low-income limited English proficient adults. Journal of Immigrant Health, 2008; 10: 207-17.
-  **20.** Jacobs E.A., Shepard D.S., Suaya J.A., Stone E. Overcoming language barriers in healthcare: costs and benefits of interpreter services, American Journal of Public Health, 2004; 94: 866-9.
-  **21.** Jacobs E.A., Sadowski L.S., Rathouz P.J. The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction. Journal of General Internal Medicine, 2007; 22 Suppl 2: 306:11.
-  **22.** Ku L. and Flores G. Pay now or pay later: providing interpreter services in healthcare. Health Affairs, 2005; 24: 435-444.





Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Madrid



www.icomem.es



915 385 111