

ESTUDIO COMPARADO DE LA PRÁCTICA DE LA INTERPRETACIÓN EN REUNIONES DE MEDICINA

Lucía RUIZ ROSENDO

Universidad Pablo de Olavide, Sevilla

1. INTRODUCCIÓN

Las reuniones internacionales de medicina que se celebran en España han experimentado un ascenso notable en las últimas décadas. A ello habría que añadir que en muchas de estas reuniones la documentación y los programas están redactados íntegramente en inglés, por lo que podríamos constatar que esta lengua ha adquirido en los últimos años el estatus de *lingua franca* en los eventos celebrados en el ámbito de la medicina (Navarro 1997; Van Hoof 1999; Martin 2002). Dada la confluencia de participantes de distintos países y de distintas lenguas, los organizadores recurren en la mayoría de los casos a los servicios de interpretación con el fin de garantizar la fluidez del intercambio lingüístico. Las lenguas para las que suele haber interpretación son el inglés y la lengua del país de celebración, en este caso el español. Dados estos factores, cabría suponer, pues, que la medicina constituye un mercado de trabajo a tener en cuenta por los intérpretes de conferencias en formación, especialmente aquellos cuya combinación lingüística sea inglés-español.

No obstante, resulta paradójico que, a pesar de las posibilidades laborales que ofrece el campo de la medicina a los intérpretes, se trata de un área de investigación en la que existe muy poca bibliografía en comparación con otros ámbitos en los que se practica la interpretación, y son pocos los estudios que se centran en analizar la formación orientada a la profesión. Ante esta carencia, decidimos llevar a cabo un trabajo exploratorio empírico con el propósito de arrojar luz sobre la situación real de la práctica profesional de la interpretación en el ámbito de la medicina desde la perspectiva del intérprete. Sin embargo, tras examinar minuciosamente la bibliografía existente y realizar un sondeo previo, detectamos que, si bien hay ciertas similitudes, las opiniones de los intérpretes en lo concerniente a determinados aspectos de la profesión no suele coincidir, y las diferencias las hallamos normalmente entre los intérpretes cuya actividad principal es la interpretación y los intérpretes cuya actividad principal es la docencia y la investigación.

Por ello, decidimos realizar un análisis más profundo para realizar una introspección en estas similitudes y diferencias a través de un estudio comparado que analiza la situación de la interpretación médica desde una doble perspectiva complementaria. El propósito último es verificar la siguiente hipótesis de partida: *que los intérpretes cuya actividad principal es la interpretación presentan un perfil diferente a los intérpretes cuya actividad principal es la docencia y la investigación y tienen opiniones y percepciones distintas sobre aspectos inherentes a la interpretación médica.*

De esta manera, el trabajo se divide en dos estudios diferenciados pero al mismo tiempo interrelacionados:

Estudio A: intérpretes cuya actividad principal es la interpretación.

Estudio B: intérpretes docentes, en el que se incluirían aquellos que se dedican a impartir docencia de interpretación en las Facultades de Traducción e Interpretación españolas como actividad principal, si bien algunos combinan la docencia con el ejercicio profesional.

En el presente artículo presentaremos los resultados de este estudio. Para ello, distinguimos cuatro apartados: descripción detallada de los objetivos que pretendemos conseguir; descripción y justificación de la metodología empleada en la consecución del estudio, y exposición de los resultados procedentes del análisis de los datos, a través de su cuantificación, análisis e interpretación. Por último, en el cuarto apartado concluimos con unas reflexiones generales.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS

Tras revisar la bibliografía existente sobre la realización de estudios empíricos, llegamos a la conclusión de que existe un proceso claramente establecido a la hora de llevar a cabo cualquier estudio para que éste sea considerado válido. De esta manera, hemos incluido el proceso por fases de Fink (1995) por considerar que resume los procedimientos propuestos por otros autores (Kumar 1999, Oppenheim 2000) de una manera clara y concisa. Fink propone los siguientes pasos en la realización de un estudio empírico:

- Identificar los objetivos
- Diseñar el estudio: elegir el tipo de estudio a realizar, decidir la población de estudio.
- Preparar el instrumento de medida: identificar instrumentos existentes y adecuados, llevar a cabo una revisión de la literatura, adaptarlo a los instrumentos existentes, preparar un nuevo instrumento.
- Realizar un estudio piloto: identificar la muestra para el estudio piloto, obtener permiso para el estudio piloto, analizar los datos del estudio piloto, revisar el instrumento y establecer el instrumento definitivo.
- Administrar la encuesta.
- Organizar los datos.
- Analizar los datos: preparar un plan de análisis, analizar los resultados.
- Redactar un informe detallado de los resultados obtenidos.

De este modo, la realización de un estudio empírico, además de requerir un cierto grado de conocimiento técnico, es un proceso intelectual prolongado en el que en primer lugar y ante todo hay que tener muy claramente definidos los objetivos, hasta el punto de que normalmente, a medida que el estudio va tomando forma, los objetivos experimentan una serie de cambios sutiles como consecuencia de una mayor claridad mental. Por lo tanto, el objeto de la investigación debe establecerse al principio del estudio, si bien es muy común modificar, sustituir o añadir nuevos objetivos a medida que se avanza en el estudio. Este factor es sumamente importante, ya que todo lo que sigue en el proceso de investigación (diseño del estudio, procedimientos de medida, selección de la muestra, marco de análisis y estilo de redacción del informe final) depende de la manera en que se ha formulado el objeto de estudio.

En el estudio que nos ocupa, el objetivo general, como ya hemos mencionado en el apartado anterior, es realizar un estudio comparado entre las opiniones de ambos grupos de intérpretes para corroborar la hipótesis de partida. Para conseguir este objetivo, procedimos a una definición de objetivos más específicos:

- Objetivo 1.** Comparar el perfil del intérprete que trabaja con frecuencia en reuniones médicas con el del intérprete docente que imparte la docencia de interpretación en las Facultades de Traducción e Interpretación españolas.
- Objetivo 2.** Definir el contexto en que se desarrollan los congresos médicos. Comparar las opiniones de los dos grupos.
- Objetivo 3.** Comprobar si el proceso de preparación y documentación previo coincide en ambos grupos.
- Objetivo 4.** Conocer si las exigencias sobre el nivel de especialización son las mismas en ambos grupos.
- Objetivo 5.** Determinar qué importancia concede cada grupo a la comunicación no verbal en este tipo de reuniones, especialmente de los apoyos visuales.
- Objetivo 6.** Establecer los parámetros que más influyen en la evaluación de la calidad de la interpretación.
- Objetivo 7.** Conocer otros factores que condicionan la interpretación en el ámbito de la medicina y sobre los que no existe prácticamente ninguna bibliografía: temática más frecuente, tipología de los participantes, aceptación de un encargo de interpretación, ayuda prestada por los participantes, reticencia de los participantes. Comparar las opiniones de ambos grupos.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño y población de estudio

Una vez establecidos los objetivos, el siguiente paso recomendado consiste en establecer el tipo de estudio más conveniente para alcanzar nuestros objetivos.

En cuanto a la aplicación, por definición el trabajo exploratorio que nos ocupa se situaría dentro de la categoría de los estudios aplicados, ya que se aplica a la recogida de información sobre varios aspectos de una situación, problema o fenómeno. Respecto a sus objetivos, se considera un estudio descriptivo, ya que su propósito es describir de manera sistemática la situación y la actitud de un determinado grupo hacia un determinado servicio, en este caso, de los intérpretes que trabajan en congresos de medicina y/o imparten docencia, hacia la interpretación prestada en este tipo de eventos.

A continuación, procedimos a delimitar la población de estudio, ya que en todo estudio empírico es preciso determinar estadísticamente la población a la cual pertenece la muestra base para así poder muestrear la población y elevar los resultados muestrales a los correspondientes valores poblacionales (Pulido 1987). Dado que nuestro propósito fundamental es realizar un estudio comparado, consideramos que las opiniones y experiencias de ambos grupos son sumamente valiosas: por una parte, los intérpretes cuya actividad principal es la interpretación están en contacto directo con las demandas del mercado laboral y, por otra parte, los intérpretes docentes son los que

proporcionan la formación adecuada a los intérpretes que posteriormente salen al mercado, sin olvidar que algunos docentes compaginan la docencia con el ejercicio profesional.

A la vista de nuestros objetivos, la población de estudio seleccionada son intérpretes profesionales y docentes que trabajan y residen en España. Sin embargo, pronto fuimos conscientes de la dificultad de acceder a todos los intérpretes en ejercicio, ya que los intérpretes freelance no aparecen registrados y resulta complejo acceder a ellos. Ante esta adversidad, decidimos centrarnos en el Estudio A en una población cuantificable, a saber, aquellos intérpretes profesionales que están afiliados a alguna asociación profesional, fundamentalmente AICE y AIIC. Obtuvimos, pues, el listado de los miembros de AICE y de AIIC residentes en España y calculamos el número total de afiliados de cada asociación, de manera que AICE cuenta con 74 miembros y AIIC con 94.

En el Estudio B realizamos una búsqueda minuciosa de los docentes encargados de impartir la materia de interpretación. Finalmente, conseguimos averiguar que el número total de docentes de interpretación en España es de 78.

Tras obtener los datos anteriores, el número total de intérpretes que imparten docencia de interpretación en las universidades españolas y de los intérpretes pertenecientes a AICE y a AIIC asciende a 246. No obstante, no todos estos 246 intérpretes se dedican a trabajar en el ámbito de la medicina, por lo que tuvimos que averiguar efectivamente cuántos de ellos había trabajado o tenido un contacto directo con la interpretación médica, en el pasado o en la actualidad, y cuántos no habían trabajado nunca en este tipo de reuniones. Describiremos este paso en el siguiente apartado para mantener el orden lógico recomendado en la descripción del estudio.

3.2. Selección del instrumento de medida

Una vez establecido el tipo y la población de estudio, el siguiente paso consiste en determinar el instrumento de medida y la metodología para la realización del estudio. El instrumento de medida que decidimos utilizar es el cuestionario. Los motivos que nos llevaron a tal elección son dos:

- Tras analizar la bibliografía sobre interpretación, llegamos a la conclusión de que el cuestionario constituye el instrumento de medida más utilizado para la recogida de datos (Bühler 1986; O'Neill 1988; Schweda-Nicholson 1989a, 1989b; Kurz 1990, 1993; Ng Bee Chin 1992; Kopcinski 1994; Mackintosh 1994; Moser 1995).
- El cuestionario constituye un instrumento que permite la recogida masiva de datos en un período de tiempo razonable.

Una vez seleccionado el instrumento de medida, se nos planteó la disyuntiva de elegir un cuestionario realizado a través de entrevistas personales, es decir, en contacto directo con el encuestado, o un cuestionario por correo postal o electrónico. Para decidir el tipo de cuestionario, nos guiamos por las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos señaladas por Oppenheim (2000). Las principales ventajas del cuestionario por correo mencionadas por el autor serían el bajo coste de recogida de datos y de procesamiento, la imposibilidad de interpretaciones sesgadas por parte del entrevistador y la capacidad de incluir encuestados que están dispersos geográficamente. Los principales inconvenientes serían la obtención de un bajo índice de respuesta, la imposibilidad de corregir los malentendidos u ofrecer explicaciones, la imposibilidad de controlar el orden en que los encuestados cumplimentan el cuestionario, y la inviabilidad de recoger evaluaciones basadas en la observación.

Las ventajas e inconvenientes de la entrevista son los contrarios a los de los cuestionarios por correo. Suelen tener un mayor índice de respuesta, ofrecen la oportunidad de corregir malentendidos, llevar a cabo observaciones y controlar que no haya preguntas sin contestar o incompletas. No obstante, las entrevistas son más costosas y exigen más tiempo que los cuestionarios, cabe la posibilidad de que las respuestas estén sesgadas por el entrevistador y no se puede llegar a un público tan amplio como a través de los cuestionarios por correo.

Nos decantamos finalmente por el cuestionario por correo electrónico debido a las siguientes razones:

- Nuestra población de estudio se encuentra muy dispersa geográficamente, por lo que la realización de entrevistas personales era prácticamente imposible.
- Evitábamos las interpretaciones sesgadas por parte del entrevistador.
- El coste de recogida de datos y de procesamiento era limitado.
- Las entrevistas personales habrían alargado el período de realización del estudio de manera considerable.

3.3. Elaboración del cuestionario

Para que el cuestionario fuera lo más conciso y breve posible a fin de garantizar un mayor índice de respuesta, tuvimos que proceder a una selección crítica y exhaustiva de los aspectos a incluir. Para ello, incluimos dos tipos de preguntas:

- Preguntas sobre aspectos relevantes en la profesión de la interpretación médica sobre los que existe una bibliografía extensa (calidad de la interpretación, preparación y documentación, conocimiento del lenguaje médico, importancia de los elementos no verbales).
- Preguntas sobre aspectos relacionados con la interpretación médica sobre los que no existe prácticamente ninguna bibliografía pero que creemos desempeñan un papel importante en la interpretación en el ámbito de la medicina (tipología de los participantes, modalidades de interpretación más utilizadas, temática más frecuente, existencia de reuniones médicas multilingües que no recurren a la interpretación, ayuda prestada por ponentes y participantes, reticencia de ponentes y participantes hacia un intérprete no especialista en medicina y condiciones de aceptación de un determinado encargo de interpretación).

El cuestionario se compone de 41 preguntas. El primer bloque se compone de variables relativas a los datos personales y profesionales que definen el perfil del intérprete. El segundo bloque se centra en analizar aquellos datos relativos al contexto de las reuniones médicas, e incluye preguntas sobre los acontecimientos multilingües médicos que recurren con más frecuencia a los servicios de interpretación (Gile 1989; Pöchhacker 1995; Martín y Jiménez 1998; Martín 2002), las modalidades de interpretación más utilizadas, la combinación lingüística y los temas más frecuentes, la frecuencia con que el encuestado interpreta en el campo de la medicina, las zonas geográficas en las que interpreta, la tipología de los participantes y la importancia de la visibilidad (Viaggio 1997; Weale 1997).

El tercer bloque se basa en la recogida de datos sobre los aspectos relativos a la aceptación, preparación y documentación. Está formado por preguntas relativas a la aceptación de un determinado encargo de interpretación, el nivel de especialización que se le exige a un intérprete de medicina, la necesidad de realizar cursos o seminarios de formación, la importancia de la preparación y documentación, la disyuntiva entre la preparación terminológica y la conceptual, las

fuentes documentales de las que dispone el intérprete (Corpas 2004; Gonzalo y García 2004), el tipo de material que se suele emplear en cabina, el papel que desempeña Internet en la preparación (Lynch 1998), la importancia del conocimiento del lenguaje médico (Gutiérrez Rodilla 1998; Esteban *et al.* 2001) y la ayuda proporcionada por los ponentes y participantes.

Por último, el cuestionario concluye con un cuarto bloque que incluye preguntas sobre el grado de comprensión del mensaje original necesario para realizar una interpretación de calidad, los elementos no verbales que ayudan a la comprensión y los parámetros de calidad más valorados (Bühler 1986; Kahane 2001; Garzone 2002; Collados y Fernández 2003).

Cabe destacar finalmente que hay una serie de preguntas incluidas en cada bloque que tienen el propósito de cumplir con el objetivo de conocer otros factores que condicionan la interpretación en el campo de la medicina y sobre los que no existe prácticamente ninguna bibliografía.

Se procedió a pilotar el instrumento de medida en dos etapas: en la primera etapa se llevó a cabo una valoración del contenido a través de la distribución del cuestionario entre intérpretes afiliados y docentes que realizaron una primera evaluación de la pertinencia de los contenidos y de la correcta formulación de las preguntas y respuestas para su comprensión por parte del intérprete encuestado. Con las modificaciones propuestas se realizó una segunda versión corregida y aumentada. En la segunda etapa, se procedió a la valoración de la forma, para lo cual entregamos la segunda versión a psicólogos expertos en estadística inferencial que revisaron minuciosamente el cuestionario centrándose en los aspectos formales, es decir, en la formulación de las preguntas y en la propuesta lógica y correcta de las respuestas desde el punto de vista de la futura cuantificación y análisis de los datos. El objetivo de esta valoración del cuestionario fue identificar fuentes potenciales de error de medida que pudieran contaminar la interpretación de las respuestas e identificar qué información se deseaba obtener para examinar si el formato y la redacción eran los adecuados.

Una vez revisados los aspectos formales, elaboramos una tercera versión definitiva que fue la que se distribuyó entre la población de estudio. Finalmente, contamos con un total de 43 intérpretes, que son los que formarían la muestra de estudio analizada:

Intérpretes docentes y afiliados a asociaciones profesionales en España	246
Intérpretes que no respondieron al cuestionario alegando que no trabajan en congresos de medicina	26
Intérpretes que respondieron al cuestionario y que marcaron la opción “nunca” a la pregunta relativa a la frecuencia de interpretación en congresos médicos	22
Intérpretes que respondieron al cuestionario y que afirman interpretar en mayor o menor grado en congresos médicos	43

Tabla 1. Datos obtenidos en cuanto al número de intérpretes que trabajan en el ámbito de la medicina

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Primer bloque: Datos personales y profesionales

En aras de una mayor claridad y concisión, en adelante denominaremos al grupo de los intérpretes afiliados “GRUPO A” y al grupo de los docentes “GRUPO B”.

Los encuestados del grupo A cuentan con una mayor experiencia profesional que los intérpretes del grupo B. Este resultado podría tal vez ser una consecuencia lógica de los requisitos establecidos por las asociaciones profesionales para el acceso de nuevos miembros, ya que para afiliarse es necesario haber trabajado un determinado número de días en condiciones profesionales y acreditar la experiencia como intérprete de conferencia en las condiciones de ética, profesionalidad y confidencialidad exigidas por la asociación, con lo que se requiere una sólida experiencia profesional que a veces se tarda en conseguir.

Por otra parte, los resultados nos indican que más de la mitad de los intérpretes de los dos grupos han realizado exclusivamente la carrera de traducción e interpretación. Cabe destacar que de todos los encuestados, tan solo un intérprete del grupo A ha cursado los estudios de medicina y otro del grupo B ha realizado la carrera de medicina y un máster en Traducción e Interpretación. De este resultado se deduce que no es necesario haber estudiado medicina para llegar a ser un intérprete profesional en este ámbito, ya que ni siquiera los intérpretes afiliados que han superado pruebas de profesionalidad y calidad para acceder a una asociación profesional y que cuentan con muchos años de experiencia son médicos.

La modalidad de interpretación más practicada por los dos grupos es la simultánea, aunque un porcentaje importante practica también la consecutiva. La diferencia principal estriba en que los docentes, a la vista de los resultados, suelen dedicarse con más frecuencia a la interpretación bilateral y social que los intérpretes afiliados.

En cuanto a la afiliación, observamos que el grupo mayoritario lo constituyen los intérpretes de AICE, lo cual podría deberse a que son los que afirman trabajar con más frecuencia en congresos de medicina, ya que colaboran con numerosas sociedades científicas (sociedades médicas, colegios profesionales, etc.) y laboratorios farmacéuticos. Los miembros de AIIC reconocen trabajar más frecuentemente en organismos internacionales, como la ONU, la UNESCO, la UE, etc. De este modo, un elevado porcentaje de los miembros de AIIC establecidos en España a los que se les envió el cuestionario respondieron diciendo que no estaban en condiciones de cumplimentarlo al no dedicarse a trabajar en reuniones de medicina.

Respecto a las lenguas de trabajo, encontramos algunas diferencias en cuanto a las lenguas maternas y a las dos lenguas extranjeras. En cuanto a la lengua materna, el grupo A presenta una mayor variedad de lenguas, ya que el 52% tiene el español como lengua A y el resto tiene otras lenguas A, fundamentalmente el inglés, italiano, francés y alemán, en este orden. No obstante, el 70% del grupo B habla el español como primera lengua, y hay un porcentaje más reducido que habla otras lenguas, principalmente el inglés, francés, alemán e italiano. Observamos, pues, que estas lenguas se corresponden con aquellas más demandadas en los centros de formación en traducción e interpretación y, en definitiva, las más solicitadas a posteriori en el mundo profesional.

Un punto muy interesante es el de la especialización. Los datos nos revelan que en los dos grupos el porcentaje de intérpretes que no se ha especializado es mayor que el porcentaje de intérpretes que sí lo ha hecho (42% grupo A y 35% grupo B). De estos porcentajes de intérpretes especializados, la mayoría de los intérpretes de los dos grupos no se ha limitado a especializarse en medicina, sino que también lo ha hecho en otros ámbitos. Cabe destacar que los intérpretes afiliados presentan una mayor gama de especializaciones. El grupo de intérpretes docentes sólo dice haberse especializado en medicina y en la formación de intérpretes e interpretación de conferencias, estas últimas consideradas especializaciones en sí.

A la vista de este resultado, podríamos deducir que la tendencia predominante en los dos grupos es la del intérprete generalista. No obstante, cabe destacar una vez más algunas diferencias, ya que en el grupo A existe un mayor equilibrio entre los intérpretes especializados y los no especializados. De hecho, la asociación AICE, además de abogar por el intérprete generalista con amplios conocimientos en varios campos, también subraya la existencia de intérpretes especializados en un determinado ámbito:

Todos los intérpretes profesionales suelen poseer un amplio bagaje cultural, que se incrementa exponencialmente gracias a la experiencia. Además existen intérpretes “especialistas” en ciertas disciplinas, como la medicina, la biología, el derecho, la informática, etc. Sin embargo, antes de cualquier congreso todo intérprete estudia con detenimiento la documentación suministrada por los organizadores, asimilando los conceptos básicos que van a tratarse y elaborando glosarios específicos sobre el tema

www.aice-interpretes.com

A continuación hemos incluido una tabla en la que se reflejan las diferencias y similitudes entre ambos grupos (*cf. infra* Tabla 2):

VARIABLES	GRUPO A: AFILIADOS	GRUPO B: DOCENTES
Estudios	La mitad ha realizado la carrera de Traducción e Interpretación	La mitad ha realizado la carrera de Traducción e Interpretación
Modalidad de interpretación más practicada	Interpretación simultánea	Interpretación simultánea
Lenguas de trabajo	A: Español B: Inglés C: Francés	A: Español B: Inglés C: Francés
Especialización	Equilibrio entre intérpretes especializados y no especializados	Mayor porcentaje de intérpretes no especializados
Ejercicio de otras actividades profesionales	La mayoría se dedica también a la traducción	La mayoría se dedica a la docencia exclusivamente

Tabla 2. Diferencias y similitudes relativas al perfil personal y profesional

4.2. Segundo bloque. Datos relativos al contexto de la interpretación en el ámbito de la medicina

En cuanto a los acontecimientos médicos más frecuentes, si bien los cuatro eventos más citados por ambos grupos son los mismos (macrocongresos, seminarios y cursos, presentaciones de productos y conferencias de personalidades invitadas), el grupo A considera que los eventos más frecuentes son los seminarios y cursos, seguidos de las presentaciones de productos y de los macrocongresos. Por el contrario, el grupo B considera que los más frecuentes son los macrocongresos, seguidos de los seminarios y cursos y de las presentaciones de productos.

Por otra parte, la modalidad de interpretación más frecuente según los dos grupos es la simultánea, seguida de la consecutiva. Los encuestados del grupo B son los únicos que mantienen la presencia de la bilateral en los congresos de medicina.

Donde no existe un consenso claro es en la existencia de temas que se repitan con frecuencia, ya que la mayoría del grupo A opina que suele haber temas que se repiten, mientras que sólo la mitad de los intérpretes docentes del grupo B cree que haya temas frecuentes. La rama de la medicina más mencionada es la cirugía y la traumatología, seguidas por la cardiología y la oncología, el sida, la diabetes y la odontología. Otros temas son: hipertensión, medicina preventiva, bioquímica, dermatología, veterinaria, genética, radiología, medicina interna, pediatría y salud materno-infantil, presentación de productos farmacéuticos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ginecología, hepatología, endocrinología, fisiología, neurología, técnicas de intervención quirúrgicas, enfermedades cardiovasculares, prevención y salud pública.

En cuanto al área geográfica en la que suelen trabajar, la diferencia principal estriba en que los intérpretes afiliados suelen trabajar con más frecuencia en ciudades no españolas, sobre todo europeas (Lisboa, Ginebra, Viena, Mónaco, Londres, París, Toulouse, Montpellier o Cannes), pero también no europeas (Nueva York, Kuala Lumpur o Chicago). Por el contrario, hemos observado que los intérpretes docentes suelen interpretar en aquellas ciudades en las que se encuentra la facultad en la que imparten docencia.

En lo que se refiere a la utilización de apoyos visuales, el 96% del grupo A y el 100% del grupo B consideran que en las reuniones de medicina se utilizan frecuentemente apoyos visuales. El medio visual más mencionado es el Power Point, seguido por los vídeos, las transparencias y las diapositivas. Dada la frecuencia de la utilización de apoyos visuales, una buena visibilidad de la pantalla de proyección y de los ponentes es considerada imprescindible y muy importante por la mayoría de los intérpretes de los dos grupos, requisito que aparece reflejado en los Códigos Deontológicos de AICE y de AIIC. No obstante, los encuestados no conceden tanta importancia a una buena visibilidad de la sala y de los participantes, considerada importante e incluso poco importante para la mayoría de los intérpretes de los dos grupos.

En cuanto a la tipología de los participantes, los resultados ponen de manifiesto que los médicos del sector público son, según los encuestados, los que asisten con más asiduidad a las reuniones de medicina. No obstante, el grupo B concede la misma frecuencia a los investigadores. En segundo lugar, los dos grupos sitúan a los médicos del sector privado, seguidos de los profesores de medicina.

Veamos la tabla que ilustra los resultados anteriores: en este bloque, las diferencias se encuentran en los acontecimientos y temas más frecuentes, el área geográfica de trabajo y, en menor medida, la tipología de los participantes.

VARIABLES	GRUPO A: AFILIADOS	GRUPO B: DOCENTES
Acontecimientos más frecuentes (análisis horizontal)	Seminarios o cursos, presentaciones de productos, macrocongresos	Macrocongresos, seminarios o cursos, presentaciones de productos
Modalidad más frecuente	Interpretación simultánea	Interpretación simultánea
Temática frecuente	La mayoría considera que suele haber temas frecuentes	Respuestas divididas al 50%
Zonas geográficas donde interpretan	España, Europa, fuera de Europa	España
Utilización de apoyos audiovisuales	Se utilizan con mucha frecuencia, sobre todo el Power Point	Se utilizan con mucha frecuencia, sobre todo el Power Point
Importancia de la visibilidad de ponentes	Muy importante	Muy importante
Importancia de la visibilidad de participantes y sala	Importante	Importante
Tipología de los participantes más frecuentes	Médicos del sector público	Médicos del sector público e investigadores

Tabla 3. Diferencias y similitudes relativas al contexto de las reuniones médicas

4.3. Tercer bloque. Datos relativos a la aceptación, preparación y documentación

La aceptación de un determinado encargo de interpretación está muy relacionada con el código deontológico de las asociaciones profesionales y con la ética propia de cada intérprete, por lo que los encuestados muestran su cautela a la hora de aceptar un encargo. Sin embargo, la diferencia principal estriba precisamente en esta cautela, ya que el 52% de los intérpretes afiliados estaría siempre dispuesto a aceptar un encargo, frente al 25% de los docentes. Por otra parte, la mitad de cada grupo aceptaría un encargo dependiendo de determinadas circunstancias: para los dos grupos el factor más importante sería la especificidad del tema, el material y el tiempo disponibles. Los intérpretes del grupo A conceden igualmente importancia a las condiciones de trabajo, aspecto muy tenido en cuenta en los códigos deontológicos de las asociaciones profesionales.

Para estar en condiciones de aceptar un encargo y ofrecer una interpretación de calidad, los datos revelan que para los dos grupos el intérprete debe tener un nivel de especialización alto o muy alto. No obstante, el grupo B es menos exigente y un porcentaje importante (31%) considera que el

nivel necesario que debe tener el intérprete es medio, e incluso hay algunos que estiman que no hace falta tener ningún nivel de especialización.

Este resultado contradice otro resultado según el cual la mayoría de los intérpretes de ambos grupos no ha realizado cursos o seminarios de formación en medicina. No obstante, podemos observar en algunos comentarios que los intérpretes de ambos grupos, especialmente del grupo A, consideran que la especialización no se adquiere únicamente a través de la realización de cursos, seminarios o la carrera de medicina, sino que el proceso de la especialización es mucho más complejo y depende de la frecuencia con que se interpreta en congresos de medicina y, por ende, de la preparación y documentación constante en temas médicos.

A la pregunta de si un médico está mejor preparado que un intérprete para interpretar, los resultados muestran la reticencia de los dos grupos hacia un médico que se dedique a interpretar en reuniones médicas, ya que la mayoría de los intérpretes de los dos grupos opina que un médico no está preparado nunca (26% A y 31% B) o casi nunca (34% A y 44% B) debido a su desconocimiento, en la mayoría de los casos, de las técnicas de interpretación.

Para suplir las diferencias de conocimientos entre el médico y el intérprete, los dos grupos afirman que la preparación y documentación pueden suplir estas diferencias siempre o casi siempre o a menudo. No obstante, también hay un porcentaje inferior que opina que con la preparación y documentación no es posible suplir nunca las diferencias de conocimientos.

Para prepararse la reunión, casi todos los intérpretes de los dos grupos optan por la preparación previa en casa. El segundo lugar más citado lo constituyen las sesiones de *briefing*. En tercer lugar, el grupo A se decanta por la preparación en cabina (35%), mientras que el grupo B lo hace por la preparación que se realiza justo antes del comienzo de la reunión (43%). Los intérpretes del grupo B son los que mencionan más lugares de preparación posibles (43%), como las bibliotecas especializadas, la consulta a expertos, los hospitales y facultades de medicina y los cursos de formación específica.

A la pregunta de qué tipo de preparación suelen realizar, los intérpretes de ambos grupos suelen estar de acuerdo en que la preparación mixta, tanto terminológica como conceptual, constituye el tipo de preparación óptimo (67% A y 83% B). No obstante, en el grupo A encontramos un porcentaje significativo (33%) que afirma optar mayoritariamente por la preparación terminológica. En esta misma línea, cuando existen limitaciones de tiempo, la inmensa mayoría de los dos grupos (80% A y 80% B) optaría por la preparación terminológica, aunque sigue habiendo un sector reducido en cada grupo que mantiene su postura de recurrir a ambos tipos de preparación.

En cuanto a la pregunta de si es posible realizar una buena interpretación con una preparación terminológica y sin una preparación conceptual, la mayoría de los dos grupos (56% A y 50% B) opina que esto es posible dependiendo del tema. Un porcentaje importante afirma que no es posible (22% A y 31% B). Por otra parte, también hay intérpretes que consideran que a veces es posible (13% A y 19% B).

A la pregunta inversa de si se puede realizar una buena interpretación con una preparación conceptual y sin una preparación terminológica, la mayoría de los intérpretes de los dos grupos opina que no es posible (63% A y 50% B), si bien sigue habiendo encuestados en los dos grupos

que afirman que es posible dependiendo del tema (21% A y 25% B) El grupo A es el único en el que algunos encuestados sostienen que sí es posible ofrecer una interpretación de calidad con una preparación meramente conceptual (8%).

En definitiva, cabría destacar que en este bloque apenas hay diferencias entre ambos grupos, por lo que nos podríamos atrever a decir que la muestra analizada está de acuerdo en la mayoría de los casos en los aspectos inherentes a la preparación y documentación:

VARIABLES	GRUPO A: AFILIADOS	GRUPO B: DOCENTES
Aceptación de un encargo de interpretación	La mayoría estaría dispuesta a aceptar cualquier encargo	La mitad estaría dispuesta dependiendo de ciertos factores
Nivel de especialización	Muy alto	Alto
Situación del médico para interpretar en congresos de medicina	Casi nunca	Casi nunca
Realización de cursos de especialización	No	No
Importancia de la preparación y documentación	Muy importante	Muy importante
Fases de preparación	En casa y en sesiones de <i>briefing</i> , principalmente	En casa, en sesiones de <i>briefing</i> y en el congreso
Tipo de preparación más frecuente	Terminológica y conceptual	Terminológica y conceptual
Tipo de preparación más frecuente con limitaciones de tiempo.	Terminológica	Terminológica
Realización de una buena interpretación con una preparación terminológica	Es posible dependiendo del tema	Es posible dependiendo del tema
Realización de una buena interpretación con una preparación conceptual	No es posible	No es posible
Importancia de Internet como fuente documental	Muy importante	Imprescindible

Tabla 4. Diferencias y similitudes relativas al contexto de las reuniones médicas

4.4. Cuarto bloque. Datos relativos a la comunicación

Para realizar una interpretación con éxito, el 40% del grupo A y el 37% del B consideran que es necesario comprender siempre el discurso original para realizar una buena interpretación, con lo que se confirma la importancia de la comprensión en la realización de una buena interpretación.

En cuanto a la información no verbal que ayuda a la comprensión del discurso original, casi todos los intérpretes de los dos grupos mencionan la relevancia de los apoyos visuales y en menor medida la del lenguaje no verbal del ponente, considerada importante para la comprensión del discurso para el 24% del grupo A y el 26% del grupo B. Un sector minoritario de ambos grupos (11% A y 9% B) también subraya la importancia del lenguaje no verbal de los participantes.

Respecto a los parámetros de calidad que los participantes suelen valorar más cuando asisten a reuniones médicas, observamos que existe un consenso entre los dos grupos, ya que el parámetro más mencionado es la utilización de la terminología adecuada, lo cual probablemente se deba a que el estudio se centra en las reuniones de medicina (21 A y 16 B). En segundo lugar, el grupo A sitúa la cohesión del mensaje recibido (19), y el grupo B la fluidez (13). Los criterios menos valorados para los dos grupos son el acento nativo y la entonación.

	AFILIADOS	DOCENTES
1	Utilización de la terminología adecuada	Utilización de la terminología adecuada
2	Cohesión del mensaje recibido	Fluidez
3	Fidelidad del contenido	Cohesión del mensaje recibido
4	Transmisión completa del contenido; fluidez	Transmisión completa del contenido
5	Voz agradable	Fidelidad del contenido

Tabla 5. Parámetros de calidad más valorados

En definitiva, en este cuarto y último bloque volvemos a observar diferencias entre los dos grupos en cuanto a los parámetros considerados más importantes, pero también un consenso generalizado en cuanto a los otros aspectos, como la reticencia de oradores y participantes, la importancia de los apoyos visuales como elementos no verbales y la importancia de la comprensión en la producción de una interpretación de calidad:

VARIABLES	GRUPO A: AFILIADOS	GRUPO B: DOCENTES
Reticencia por parte de los oradores hacia un intérprete no médico	A menudo	A menudo

Reticencia por parte de los receptores hacia un intérprete no médico	A menudo	A veces
Necesidad de comprender perfectamente el discurso del orador para realizar una buena interpretación	Siempre	Casi siempre
Apoyos informativos que ayudan a la comprensión del discurso	Apoyos visuales. Lenguaje no verbal de los ponentes	Apoyos visuales. Lenguaje no verbal de los ponentes
Parámetro más valorado (análisis horizontal)	Utilización de la terminología adecuada	Utilización de la terminología adecuada
Parámetro más valorado (análisis vertical)	Consistencia de sentido con el mensaje original	Cohesión del mensaje recibido

Tabla 6. Diferencias y similitudes relativas a la comunicación en la interpretación en el ámbito de la medicina

5. CONCLUSIÓN

Como conclusión del estudio, cabría destacar que es muy difícil saber si la muestra es representativa, ya que desconocemos el número total de intérpretes que trabajan y residen en España y que se dedican realmente a interpretar en congresos de medicina debido a los siguientes factores:

- Si bien se puede saber fácilmente el número total de intérpretes afiliados a asociaciones profesionales (especialmente AIIC y AICE), no lo es tanto saber cuántos intérpretes de los registrados se dedican a interpretar en congresos de medicina.
- Aunque podemos conocer el número total de intérpretes docentes en España, no sabemos con exactitud qué porcentaje de ellos ha tenido contacto con la interpretación médica.

Por todos estos factores, nos resultó imposible averiguar el número real que compone la población de estudio para así saber si 43 cuestionarios respondidos constituyen una muestra representativa a partir de la cual hacer inferencias estadísticas. No obstante, podríamos considerar que este número es significativo teniendo en cuenta tres factores:

- Que han respondido al cuestionario distintos tipos de intérpretes.
- Que los intérpretes que han respondido al cuestionario están especializados en mayor o menor grado en congresos de medicina, ya que aquellos que no lo están nos respondieron diciendo que no cumplimentaban el cuestionario porque la medicina no es su ámbito de trabajo habitual.
- Que a la hora de proceder al análisis de los datos deseamos aquellos cuestionarios respondidos por intérpretes que a la pregunta relativa a la frecuencia con que interpretan en congresos de medicina respondían “casi nunca” o “nunca”.

La conclusión más consistente de nuestro estudio comparado es que los intérpretes profesionales afiliados y los docentes muestran opiniones y percepciones similares en la mayoría de las variables, con lo cual podríamos afirmar que no se corroboraría completamente la hipótesis de partida, a saber, *que los intérpretes cuya actividad principal es la interpretación presentan un perfil diferente a los intérpretes cuya actividad principal es la docencia y tienen opiniones y percepciones distintas sobre aspectos inherentes a la interpretación médica*. Esto se debe a que, si bien es cierto que hay algunas diferencias en los resultados de determinados aspectos, en la mayoría se observa un consenso entre ambos grupos.

De este modo, bien se podría establecer, siempre a la vista de los resultados del presente estudio, que ciertamente asistimos a un consenso entre las percepciones de aquellos que enseñan y de aquellos que ejercen la profesión, lo cual refleja la consistencia entre la docencia y la profesión.

No obstante, habría que realizar trabajos de investigación futuros para obtener una visión más amplia y completa de la situación real de la práctica profesional, ya que reconocemos que nuestro estudio cuenta con la limitación de que, al ser un estudio exploratorio realizado a través de cuestionarios, las opiniones de los intérpretes podrían estar sujetas a enfoques subjetivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bühler, Hildegund. «Linguistic (semantic) and extralinguistic (pragmatic) criteria for the evaluation of conference interpretation and interpreters». *Multilingua* Vol. V (4) (1986): 231-235.
- Collados, Ángela y María Manuela Fernández. *La evaluación de la calidad en interpretación: investigación. Actas del I Congreso Internacional sobre evaluación de la calidad en interpretación de conferencias*. Granada: Comares, 2003.
- Corpas, Gloria. «Localización de recursos y compilación de corpus vía Internet: aplicaciones para la didáctica de la traducción médica especializada». *Manual de Documentación y terminología para la traducción especializada*. Eds. Consuelo Gonzalo García y Valentín García Yebra. Madrid: Arco/Libros, 2004. 223-257.
- Fink, Arlene. *The Survey Kit*. Thousand Oaks: Sage, 1995.
- Garzone, Giuliana. «Quality and norms in interpretation». *Interpreting in the 21st century: Challenges and opportunities*. Eds. Giuliana Garzone y Maurizio Viezzi. Ámsterdam/Filadelfia: John Benjamins, 2002. 107-119.
- Gile, Daniel (1989). «Les flux d'information dans les réunions interlinguistiques et l'interprétation de conférence: premières observations». *Meta* 34 (4) (1989): 649-660.
- Gonzalo García, Consuelo y Valentín García Yebra, eds. *Manual de Documentación y terminología para la traducción especializada*. Madrid: Arco/Libros, 2004.

- Gutiérrez Rodilla, Bertha. *La ciencia empieza en la palabra*. Barcelona: Península, 1998.
- Kahane, Eduardo. *Algunas consideraciones sobre calidad en interpretación*. 2001. Disponible en: <www.aiic.net> [Último acceso: diciembre 2006].
- Kopczynski, Andrzej (1994). «Quality in conference interpreting: some pragmatic problems». *Translation studies: an interdisciplinary*. Eds. Mary Snell-Hornby, Franz Pöchhacker y Klaus Kaindl. Ámsterdam/Filadelfia: John Benjamins, 1994. 189-198.
- Kumar, R. *Research methodology: a step-by-step guide for beginners*. Londres: Sage, 1999.
- Kurz, Ingrid. «Conference Interpreting: User Expectations». *ATA – Proceedings of the 30th Annual Conference*. Medford, New Jersey: Learned Information Inc., 1989. 143-148.
- . «Conference interpretation: expectations of different user groups». *The Interpreters' Newsletter* 5 (1993): 13-21.
- Lynch, C. «On-line medical terminology resources». *Translation and medicine*. Ed. H. Fischbach. Ámsterdam/Filadelfia: John Benjamins, 1998.
- Martin, Anne. «La interpretación en el ámbito científico-técnico». *La traducción científico-técnica y la terminología en la sociedad de la información*. Eds. Amparo Alcina y Silvia Gamero. Castellón de la Plana: Universidad Jaume I, 2002. 107-122.
- Martin, Anne y Óscar Jiménez (1998). «The influence of external factors in the interpretation of biomedical discourse». *Traducción e Interpretación en el ámbito biosanitarios*. Eds: Leandro Félix Fernández y Emilio Ortega Arjonilla. Granada: Comares, 1998. 353-363.
- Moser, Peter. *Simultanes Konferenzdolmetschen. Anforderungen und Erwartungen der Benutzer. Endbericht im Auftrag von AIIC*. Vienna: SRZ Stadt und Regionalforschung GMBH, 1995.
- Navarro, Fernando. *Traducción y lenguaje en medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve, 1997.
- Ng Bee Chin. «End-users' subjective reaction to the performance of student interpreters». *The Interpreter's Newsletter, Special Issue* 1 (1992): 42-51.
- Oppenheim, A.N. *Questionnaire design, interviewing attitude measurement*. Londres: Continuum, 2000.
- Pöchhacker, Franz. Apuntes del curso *Interpretation theory and research*, Universidad de Verano, Almuñécar, 1995.
- Pulido San Román, A. *Estadística y técnicas de investigación social*. Madrid: Pirámide, 1987.

Van Hoof, Henri. *Manual práctico de traducción médica. Diccionario básico de términos médicos (inglés-francés-español)*. Granada: Comares, 1999.

Viaggio, Sergio. «Kinesics and the simultaneous interpreter. The advantages of listening with one's eyes and speaking with one's body». En *Non-verbal communication and translation. New perspectives and challenges in literature, interpretation and the media*. Ed. F. Poyatos. Ámsterdam/Filadelfia: John Benjamins, 1997. 283-293.

WEALE, Edna. «From Babel to Brussels. Conference interpreting or the art of the impossible», en *New perspectives and challenges in literature, interpretation and the media*. Ed. F. Poyatos. Ámsterdam/Filadelfia: John Benjamins, 1997. 295-312.

Artículo recibido: octubre de 2007