

Barreras culturales y lingüísticas en el sistema sanitario: hacia una propuesta formativa en competencia intercultural

Carmen Merino Cabello

Universidad de Alcalá ✉

Laura Monguilod Navarro

Centro Universitario de la Defensa, Zaragoza ✉

<https://www.doi.org/10.5209/clac.107866>

Enviado: 31 de enero de 2024 • Aceptado: 4 de enero de 2025

ES Resumen: El presente estudio pretende ofrecer una visión multidisciplinar de la asistencia sanitaria interculturalmente competente desde la perspectiva del profesional sanitario. A través de la exploración de las diferentes realidades e inquietudes de los profesionales, se evaluará la competencia intercultural ofrecida por los mismos en los encuentros con población migrante en entornos hospitalarios.

El objetivo principal es definir el concepto de competencia intercultural en salud y llevar a cabo un estudio de campo mediante la distribución de encuestas los profesionales sanitarios, principalmente médicos, enfermeros y trabajadores sociales, de manera que se detecten, analicen y cataloguen sus necesidades de formación en competencias interculturales en salud con vistas a crear y ofrecer un curso de formación para mejorar su interculturalidad.

Palabras clave: ámbito sanitario; comunicación intercultural; población migrante; profesionales sanitarios.

ENG Cultural and Linguistic Barriers in the Healthcare System: towards a Training Proposal on Intercultural Competence

Abstract: This study aims to provide a multidisciplinary perspective on intercultural competent healthcare from the perspective of healthcare professionals. By exploring the diverse experiences and concerns of these professionals, we will assess the level of intercultural competence demonstrated during interactions with migrant populations in hospital settings.

The main objective is to define the concept of intercultural competence in healthcare and conduct a field study by distributing questionnaires to medical staff, including doctors and nurses. The study will then identify, analyze, and classify their training needs related to intercultural competence in order to design and deliver a targeted training course to enhance their intercultural skills.

Keywords: healthcare field; healthcare professionals; intercultural communication; migrant population.

Sumario: 1. Introducción. 1.1. Objetivos. 1.2. Metodología. 1.2.1 Participantes. 2. Estado de la cuestión. 2.1. Acceso a la información asistencial. 2.2 El sistema de salud español y la población migrante. 2.3. Regulación del acceso de la población extranjera al sistema de salud español. 2.4. Competencia intercultural en salud. 3. Análisis y resultados. 4. Propuesta de formación. 5. Conclusiones. Contribución de autoría CREdIT. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Merino Cabello, C. & Monguilod Navarro, L. (2026). Barreras culturales y lingüísticas en el sistema sanitario: hacia una propuesta formativa en competencia intercultural. *Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación* 105 (2026): 17-32. <https://www.doi.org/10.5209/clac.107866>

1. Introducción

La integración social de la población migrante en el sistema sanitario es actualmente un desafío para las instituciones sanitarias y administrativas en general. El personal sanitario, además de asistir y contribuir a la mejora de la salud de dicha población, debe afrontar unos cuidados de salud en una sociedad multicultural y analizar las distintas situaciones y dificultades de acceso de la población migrante (Artigas-Lelong y Bennasar-Veny, 2009).

Según la normativa española, la población migrante cuenta con las mismas garantías de acceso a los servicios públicos que los ciudadanos españoles (Real Decreto-ley 7/2018). Sin embargo, en la práctica

estos beneficios no se aprecian, en tanto que el acceso equitativo a la atención sanitaria no siempre se logra debido a barreras administrativas y comunicativas, conformadas por la brecha lingüística y la diferencia cultural (Villagrán Castro *et al.*, 2024). Esta brecha de comunicación bloquea el significado de lo que se está comunicando o impide que el receptor lo entienda (Serrano Rodríguez *et al.*, 2022) especialmente en el ámbito sanitario, donde el lenguaje en sí mismo suele ser complicado.

Toda interacción entre personas migrantes y profesionales sanitarios debería estar mediada por intérpretes profesionales (Salud entre Culturas, 2019). Su labor como facilitadores de la comunicación intercultural trasciende la simple traducción lingüística, en tanto que actúan como mediadores culturales aportando información relevante sobre las creencias del usuario y las prácticas culturales de su comunidad en relación con la salud y la enfermedad. De esta manera, la asistencia del intérprete contribuye a la comprensión mutua entre usuarios y personal sanitario (Casadevante Mayordomo, 2021).

En los últimos años se ha experimentado un auge de la práctica e integración de la perspectiva intercultural en ámbitos como los negocios y la educación. Sin embargo, en uno de los aspectos más importantes, la recepción e integración de población migrante, este avance no se ha desarrollado en la misma medida. Desde algunas organizaciones no gubernamentales (en lo sucesivo, ONG) y asociaciones como Salud entre Culturas se ha tratado de promover una perspectiva intercultural en la asistencia sanitaria, ofreciendo servicios de interpretación a la población migrante mediante un trabajo continuo y conjunto con el equipo sanitario del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Sin embargo, en el resto de los centros sanitarios la oferta de servicios presenciales de interpretación sigue siendo limitada en España (Faya Ornia, 2016).

Ante esta realidad, se vuelve imperativo que los profesionales sanitarios desarrollen competencias interculturales que les permitan responder adecuadamente a las necesidades de una población cada vez más diversa, favoreciendo la inclusión social de las personas migrantes y su plena participación en la sociedad de acogida (Ministerio de Sanidad, 2007).

El presente artículo tiene como objetivo analizar el estado actual de las prácticas interlingüísticas e interculturales en los hospitales españoles, prestando especial atención a las asimetrías lingüísticas y culturales que influyen en el acceso a los servicios de salud por parte de pacientes migrantes y cómo las abordan los profesionales sanitarios. Para ello, se plantea una aproximación integrada que considere la interrelación entre lengua, salud y comunicación, como vía para optimizar la interacción entre personal sanitario y pacientes, y avanzar hacia un acceso equitativo a la atención sanitaria.

1.1. Objetivos

La presente investigación parte de la premisa de que existen barreras lingüísticas y culturales que dificultan el acceso equitativo de la población migrante a los servicios de salud pública. La hipótesis del presente estudio se basa en que dichas barreras podrían mitigarse mediante una formación intercultural adecuada del personal sanitario, así como con la incorporación de intérpretes profesionales en los contextos asistenciales.

El propósito fundamental de esta investigación es analizar las necesidades comunicativas percibidas por el equipo asistencial —principalmente médicos y personal de enfermería— de un hospital público de la Comunidad de Madrid, con el fin de orientar propuestas formativas que respondan a dichas carencias.

Para alcanzar este objetivo general, el estudio se estructura en torno a varios objetivos específicos. En primer lugar, se realizará una revisión conceptual de la competencia intercultural y su presencia en la literatura científica relativa a la medicina y la enfermería. A partir de esta revisión, se delimitarán las distintas figuras que conforman el equipo asistencial en hospitales públicos, tomando como caso de estudio el Hospital Universitario La Paz.

En segundo lugar, se procederá a identificar y analizar las barreras comunicativas y necesidades formativas percibidas por el personal sanitario. Dicho objetivo se materializará en la creación y distribución de un cuestionario dirigido a profesionales sanitarios, con el propósito de recoger datos empíricos que permitan fundamentar la propuesta formativa.

Finalmente, se discutirán los hallazgos del estudio en relación con las carencias formativas en competencia intercultural detectadas entre los profesionales sanitarios y se catalogarán los diferentes aspectos para abordar en el curso formativo dirigido a profesionales sanitarios mediante los que se pretende solventar dichas barreras.

1.2. Metodología

La importancia de este estudio se fundamenta en el aumento del flujo migratorio en España y la necesidad de una asistencia especializada y enfocada a dicha población. El presente estudio adopta una metodología mixta, de carácter cualitativo y cuantitativo, mediante el uso de encuestas semiestructuradas, con el fin de analizar y categorizar las necesidades y barreras comunicativas del equipo asistencial en centros sanitarios en la asistencia de población migrante. En primer lugar, se llevará a cabo una revisión bibliográfica, en la que se han seleccionado trabajos tomando como criterios de inclusión, el contexto, ya que se seleccionarán estudios recientes llevados a cabo en el seno de los estudios interculturales, el ámbito sanitario, la traducción e interpretación y la comunicación interlingüística. Con respecto a la tipología de las publicaciones, se incluyen tesis doctorales, artículos de revistas especializadas y capítulos de libro sobre medicina, enfermería y lingüística. Este enfoque interdisciplinar permitirá obtener diferentes perspectivas de los campos de estudio implicados en la investigación, de manera que se pueda encontrar un punto de unión ellos para la consecución de nuestro objetivo principal.

En este estudio, consideramos necesario llevar a cabo un análisis de las necesidades percibidas por el equipo asistencial, mediante la distribución de un cuestionario para recabar información sobre experiencias, formación y necesidades a satisfacer en la comunicación con pacientes migrantes, con el fin de delimitar las barreras comunicativas que merecen una atención especial.

A partir de nuestra premisa, y con el objetivo de dotar al estudio de resultados que confirmaran nuestra hipótesis inicial, se llevó a cabo un trabajo de campo que contribuyera a la consecución de los objetivos de la presente investigación. A tal efecto, el diseño de la metodología de estudio presenta un enfoque metodológico mixto, puesto que se compone de métodos cualitativos y cuantitativos (Baixualí, 2012) a través de los cuales se pretende comprender de manera completa y específica la realidad de la comunicación intercultural en los centros sanitarios, concretamente en el Hospital Universitario la Paz de Madrid. La técnica de extracción y análisis de datos por la que se ha optado es un cuestionario, integrado tanto por preguntas abiertas como cerradas.

El cuestionario se materializa en forma de una encuesta en línea remitida a profesionales de la salud de dicho hospital vía telemática. Se trata de una encuesta semiestructurada, diseñada a través de la plataforma Outlook Forms. La encuesta fue distribuida entre un total de 70 individuos.

El cuestionario se compone de 12 preguntas que abordan diversas cuestiones relacionadas con la asistencia sanitaria, especialmente relativas a los encuentros con población migrante. En primer lugar, se pueden encontrar preguntas que tienen como fin la identificación del participante, como la categoría profesional o el área de especialidad. En segundo lugar, se busca obtener información con respecto a la conciencia intercultural, la comprensión de las prácticas culturales que influyen en la forma de pensar y comportarse (Chen y Starosta, 1997, 1998, 2000), y la sensibilidad intercultural, es decir, capaz de proyectar y recibir respuestas emocionales positivas antes, durante y después de las interacciones interculturales (Chen y Starosta, 1996). Por ejemplo, se les pregunta cómo se sienten en las consultas con pacientes que hablan español; si consideran que el hecho de ser extranjero afecta a la comunicación asistencial; o si creen que la comunicación se ve afectada por otros aspectos, como los factores culturales, en el caso de pacientes de origen latino. Además, se busca obtener información acerca de la experiencia personal y profesional de los participantes con estas comunidades durante la comunicación. Por ejemplo, se les pregunta qué hacen cuando tienen a un paciente que no habla español, qué estrategia utilizan o si intentan utilizar un idioma común para comunicarse.

El aspecto que más interesa, la existencia de barreras comunicativas, se plasma en las preguntas del cuestionario sobre si el participante ha tenido algún malentendido lingüístico o incluso cultural con algún paciente; o si intenta adaptar su forma de hablar en estos casos y cómo lo hace.

Por último, en lo que respecta a la conducta o comportamiento intercultural, es decir, el conjunto de habilidades verbales que evidencian una adaptación de la conducta que favorece la comunicación eficaz (Vilà Baños, 2005), en el cuestionario se ha tratado de obtener información con respecto al uso de la comunicación no verbal como factor esencial en consulta o la necesidad de adaptación del sanitario al contexto cultural del paciente. A tal efecto, se ha preguntado a los participantes sobre el uso y la adaptación de la distancia social, el contacto visual, el tono de voz, la gestión del tiempo, etc.

Para terminar y, con el objetivo de conocer si los profesionales por sí mismos detectan una carencia en la formación intercultural del equipo asistencial, se les ha preguntado sobre la forma en la que se podría mejorar la comunicación con los pacientes que acuden día a día al hospital y que no hablan español.

1.2.1. Participantes

La muestra analizada en el presente estudio se compone de profesionales sanitarios que ofrecen sus servicios en centros sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, concretamente en el Hospital Universitario La Paz, donde se ha desarrollado este estudio en el marco del proyecto Intercomsalud. El conjunto de participantes seleccionados para la presente investigación comprende principalmente tres grupos:

- Médicos especialistas
- Enfermeras especialistas
- Trabajadoras sociales

Estos tres grupos aportan un enfoque diversificado a la investigación y garantiza un análisis profundo y equilibrado sobre la realidad de la prestación de servicios en el entorno sanitario. En el Gráfico 1 (página 8) se exponen los perfiles de los profesionales de la salud en activo que componen el total de la muestra, que cuenta con 65 respuestas.

2. Estado de la cuestión

2.1. Acceso a la información asistencial

Cuando se describe la experiencia de la población migrante a los servicios sanitarios, es relevante resaltar la relevancia del derecho asistencial. En derecho de acceso a la salud está recogido en la Constitución española (art 43 CE). Por otro lado, el artículo 4 de la Ley 41/2002 contempla el derecho a la información asistencial. Este artículo establece que todo paciente tiene derecho a acceder a toda la información disponible sobre cualquier intervención sanitaria que le concierna, salvo en los supuestos expresamente contemplados por la ley. Asimismo, se subraya que la información clínica constituye un elemento clave en cualquier procedimiento sanitario. Por tanto, la información debe ser clara y presentarse acorde a las necesidades del paciente.

El artículo 4.2 del Código de Deontología Médica (2011) establece que el personal sanitario debe atender a todos los pacientes sin ningún tipo de discriminación (ICOMEM y Salud Entre Culturas, 2018). En nuestra publicación, relacionamos esta noción con la participación de traductores e intérpretes profesionales en el sistema sanitario.

El sanitario que realiza el procedimiento o actuación sanitaria tiene la obligación de cercionarse de que el paciente recibe la información necesaria (Ley 41/2002). Por lo que la traducción de esta información resulta imprescindible cuando se pretende velar por este derecho.

Hoy en día, los pacientes están más informados sobre sus derechos (Arrubarrena Aragón, 2011). Asimismo, se destaca la atención sanitaria centrada en las necesidades del paciente como un elemento clave cuando se busca incrementar la calidad de los servicios sanitarios y el estado de salud de los pacientes (Guanais, 2017). No obstante, se ha de considerar que pese a haberse adoptado esta posición, hay elementos que dificultan la atención centrada en el paciente, como es el tiempo limitado de consulta (Gutiérrez Fernández, 2017).

Garantizar una atención centrada en el paciente implica asegurar la comprensión plena del contenido, tanto oral como escrito, que transmite el personal sanitario (Campos Andrés, 2013). Esta necesidad se intensifica en contextos multiculturales, donde los pacientes extranjeros suelen enfrentarse a barreras lingüísticas, terminológicas y culturales, así como al desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario al que necesitan acceder (Vitalaru, 2023).

2.2. El sistema de salud español y la población migrante

Suárez Muñoz (2022) expone que el aumento de los movimientos migratorios a finales del siglo XX supuso un reto para el sistema sanitario español. Asimismo, indica que, en 2020, la población extranjera representaba el 15,2 % del total. No obstante, España no estaba preparada para responder a las demandas sociales derivadas de este fenómeno, debido a factores de carácter histórico, político y económico. Aunque el Estado del bienestar se consolidó en los años ochenta y se promovió el acceso universal a la sanidad durante los años 90 y el año 2000, esta situación cambió con la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012. Esta reforma convirtió el sistema en uno basado en asegurados, excluyendo a quienes no cumplían ciertos requisitos (Real Decreto-ley 16/2012; Arrese Iriondo, 2016). Las medidas de austeridad adoptadas tras la crisis económica de 2008 redujeron el gasto público en sanidad (Bacigalupe *et al.*, 2016), incrementando las necesidades no cubiertas y profundizando las desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud.

El hecho de que la población migrante no pueda comunicarse en el idioma del país de acogida genera un riesgo de exclusión de los servicios sanitarios. Esto se debe a ciertos aspectos, como es su poder adquisitivo, condiciones laborales o barreras lingüísticas y culturales (Ruiz-Azarola *et al.*, 2020). Peña Díaz (2023) expone que, aunque existen ONG que proporcionan acompañamiento por parte de intérpretes formados, esta opción no siempre está disponible. Cuando esto ocurre, la plantilla sanitaria solicita a los pacientes que acudan acompañados de una persona con la que sí se puedan comunicar. Esta persona que asume el papel de intérprete se conoce como intérprete *ad hoc*. La falta de recursos asistenciales lingüísticos supone una discriminación continuada que vulnera al colectivo (Ruiz-Azarola, *et al.*, 2020), puesto que los impedimentos comunicativos suponen que el paciente no reciba la información como necesita, lo que puede suponer una pérdida de la salud (*ibid*). Asimismo, esta situación puede conllevar un uso incorrecto de los servicios de urgencias, la realización de pruebas no indicadas o errores a la hora de tomar una medicación pautada (Peña Ruiz *et al.*, 2024).

Aunque no contamos con una ley que recoja el derecho a recibir asistencia lingüística en el ámbito sanitario (Pérez Estevan, 2023), la protección de la salud se contempla como un derecho constitucional que se incluye en el artículo 43 la Constitución Española (Cortes Generales, 1978). Además, contamos con la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, que regula la autonomía del paciente, derechos y obligaciones. Esta ley ofrece un marco legal en el que se recogen los derechos de los pacientes en relación con su información sanitaria, así como documentación clínica. De esta forma, se garantiza la autonomía del paciente y su participación activa en los procesos relacionados con su salud, así como los tratamientos a los que deba someterse (Ley 41/2002: art. 2).

2.3. Regulación del acceso de la población extranjera al sistema de salud español

En España, el acceso a los servicios públicos por parte de la población migrante está regulado por la Ley Orgánica 4/2000 de derechos y libertades de los extranjeros y su integración social. Esta ley establece su derecho a utilizar los sistemas sanitarios en las mismas condiciones que los usuarios nacionales cuando se dan los siguientes escenarios:

- Residentes empadronados: las personas extranjeras que residen en España y están empadronadas en el municipio en el que viven tienen derecho a recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que la población nacional.
- Atención de urgencias: todos los extranjeros en territorio español tienen derecho a asistencia sanitaria de urgencia en casos de enfermedad grave o accidente, incluyendo el seguimiento necesario hasta recibir el alta médica.
- Menores de edad: los menores extranjeros tienen garantizado el acceso al sistema sanitario en igualdad de condiciones que los menores nacionales.
- Personas gestantes: las personas extranjeras embarazadas tienen derecho a recibir atención médica durante el embarazo, el parto y el postparto.

Esta ley se modificó mediante el artículo 12 de la Ley Orgánica 2/2009, que introdujo una serie de cambios. Esta reforma eliminó la exigencia de estar empadronado en un municipio para acudir a los servicios sanitarios, estableciendo que era suficiente con acreditar el domicilio habitual. Esto supuso que las personas extranjeras que no se encontraban en situación regular podían continuar accediendo al sistema sanitario sin que su estatus administrativo supusiera una barrera directa (Arrese Iriondo, 2016).

Posteriormente, el Real Decreto-ley 16/2012 estableció una serie de nuevos requisitos para el acceso a los servicios sanitarios por parte de la población extranjera. Tras la aprobación de esta normativa, solo los asegurados o beneficiarios reconocidos tenían derecho a acceder al sistema. De esta forma, aquellos que se encontraban en situación irregular solo se veían cubiertos en caso de enfermedad grave o accidente (Suárez Muñoz, 2022).

La aplicación de este Real Decreto varió dependiendo de la respuesta de cada Comunidad Autónoma. Regiones como Aragón, Canarias, Cantabria, País Vasco, Comunidad Valenciana, Navarra, Galicia y Extremadura implementaron programas para atender esta población, mientras que otras como Asturias y Andalucía continuaron permitiendo el acceso a atención sanitaria a aquellos que se encontraban en situación irregular. Finalmente, otras comunidades establecieron una serie de excepciones puntuales, como es el caso de enfermos crónicos. Esto se dio en Murcia, Madrid, Baleares, La Rioja y Castilla y León (Perna *et al.*, 2022; Fuentes, 2015).

En el año 2015, el Ministerio de Sanidad anunció su intención de permitir el acceso a la atención sanitaria primaria a personas que carecían de autorización de residencia (Arrese Iriondo, 2016). Este proceso culminó en 2018 con la aprobación del Real Decreto-ley 7/2018 (Perna *et al.*, 2022).

El Real Decreto-ley 7/2018 restableció el acceso de las personas extranjeras en situación irregular al sistema sanitario público en condiciones similares a las de los ciudadanos españoles, siempre que se cumplieran los siguientes requisitos (*ibid*):

- Que no estén obligadas a acreditar cobertura sanitaria obligatoria mediante otros mecanismos (como normativa de la UE o convenios bilaterales).
- Que no puedan trasladar el derecho a la asistencia sanitaria desde su país de origen.
- Que no exista un tercero obligado al pago de los servicios prestados.

Además, se concedió a las Comunidades Autónomas la competencia para regular los procedimientos administrativos necesarios para la solicitud y expedición del certificado que acredita el derecho a la asistencia sanitaria. Esta descentralización generó diferencias territoriales en cuanto al acceso a los servicios sanitarios por parte de la población extranjera (*ibid*).

En la actualidad, el acceso al sistema sanitario español está garantizado para todas las personas con nacionalidad española, así como para aquellas personas extranjeras cuya residencia legal y habitual se sitúe en territorio español. En el caso concreto de las personas migrantes en situación administrativa irregular, su derecho al acceso sanitario se reconoce siempre que se cumplan las condiciones previamente mencionadas, sin necesidad de acreditar la existencia de cobertura sanitaria obligatoria por otros medios (Real Decreto-ley 7/2018; Perna *et al.*, 2022).

2.4. Competencia intercultural en salud

La competencia intercultural es la capacidad de entender y respetar a personas culturalmente diferentes y responder de manera apropiada, efectiva y respetuosa cuando interactuamos y nos comunicamos con ellas (Barrett, 2013). Por su parte, la competencia intercultural en el ámbito sanitario se refiere a la capacidad de los profesionales para comprender el contexto social y cultural del paciente, optimizando así la comunicación clínica (Bernal *et al.*, 2015). Dicha habilidad va más allá de lo visible, como las tradiciones, celebraciones o religión, y en ella se tienen en cuenta las actitudes, creencias, valores y comportamientos que definen la visión del mundo de cada persona (Matsumoto, 1996).

En el ámbito que nos ocupa, el intérprete profesional es quien posee esta competencia en las lenguas y las culturas implicadas gracias a su formación en interculturalidad (Abril Martí y Martín, 2011). Esta figura no solo solventa las barreras lingüísticas, sino que también aborda las divergencias culturales que inciden directamente en la percepción de la salud, la enfermedad y los modos de atención (Alarcón *et al.*, 2024). Sin embargo, su presencia en los encuentros interculturales no siempre es posible, y los profesionales sanitarios optan por el uso de intérpretes *ad hoc* (Red de Intérpretes y Traductores de la Administración Pública, 2011), traductores automáticos (Trujillo-Yébenes y Muñoz-Miquel, 2022) u otras estrategias.

En este contexto, en el que no se cuenta con la intervención de un intérprete profesional interculturalmente competente es imprescindible que el profesional sanitario cuente con una formación en competencia y comunicación intercultural. En las consultas con pacientes migrantes se dan multitud de asimetrías comunicativas (Román-López *et al.*, 2015; Lázaro Gutiérrez, 2010; Ortí *et al.*, 2006; Maynard, 1991) derivadas de las diferencias culturales e idiomáticas, que afectan especialmente a pacientes que desconocen los códigos implícitos del entorno sanitario español, lo que puede generar frustración e incompreensión. De ahí la importancia de desarrollar la competencia intercultural en el profesional sanitario, entendida como la capacidad de comprender y gestionar creencias ajenas, responder a valores diversos y mejorar resultados en salud (Leung *et al.*, 2014).

Ante las diferencias comunicativas que pueden surgir, la competencia intercultural pone el foco en la acción y el comportamiento, más allá de las habilidades técnicas o la sensibilidad cultural. Por ello, resulta

esencial que la formación en este ámbito comience desde los niveles más básicos (Pérez Acuña y Medina, 2023; Torres-Fernández *et al.*, 2024). En países como Estados Unidos, Australia, Noruega, Suecia u Holanda, esta capacitación ya forma parte de los planes de estudio en salud (Berbyuk *et al.*, 2005; Paternotte *et al.*, 2017). No obstante, en España, aunque existen iniciativas aisladas como el «Laboratorio de equidad en salud» de la Universidad de Santiago, aún no se ha desarrollado una estrategia nacional al respecto, lo que representa una deficiencia estructural (Pena Díaz y Vitalaru, 2022).

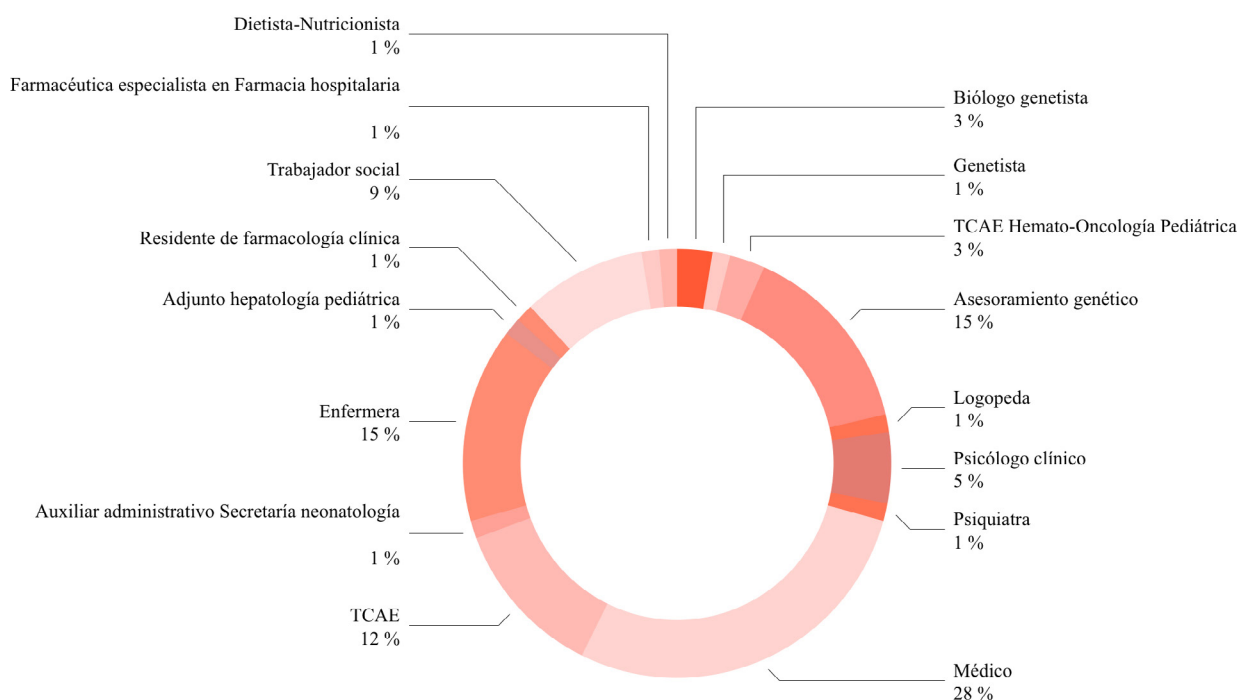
Esta carencia se traduce en la falta de recursos entre los profesionales de la salud para atender adecuadamente a las personas migrantes, así como en una formación desigual en áreas teóricas, prácticas y culturales entre los distintos perfiles del sistema sanitario, como médicos y enfermeros (Perusset, 2023; Plaza del Pino y Soriano Ayala, 2009). La ausencia de formación en competencia intercultural no solo compromete la eficacia de los tratamientos, por ejemplo, cuando los pacientes no siguen las recomendaciones médicas, sino que también implica costes adicionales para el sistema, deterioro en los indicadores de salud pública, diagnósticos erróneos o incluso el rechazo o la falta de uso de los servicios sanitarios por parte de la población migrante (Damianova Radeva y Valero-Garcés, 2025).

3. Análisis y resultados

En el presente apartado se pretende dar respuesta a nuestra hipótesis de investigación: la existencia de necesidades de comunicación entre los profesionales sanitarios y la población migrante que podrían solventarse mediante la formación en competencias interculturales de los profesionales sanitarios. Para ello, en las siguientes líneas se analizan las respuestas obtenidas a través de un cuestionario donde los profesionales plasman sus experiencias, necesidades e inquietudes, completado 65 sanitarios en activo el servicio de salud de la Comunidad de Madrid.

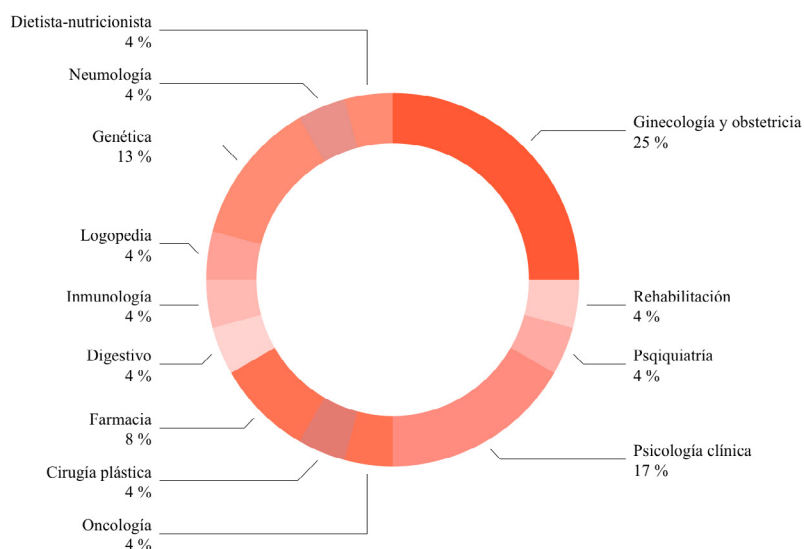
El análisis se inicia con un estudio sociodemográfico de los encuestados, en el que se solicitó el tipo de formación sanitaria y su trayectoria profesional. Se obtuvo una amplia variedad de perfiles, lo que permitió recoger experiencias de diversos profesionales que interactúan regularmente con pacientes migrantes.

Gráfico 1. Perfil de los sanitarios



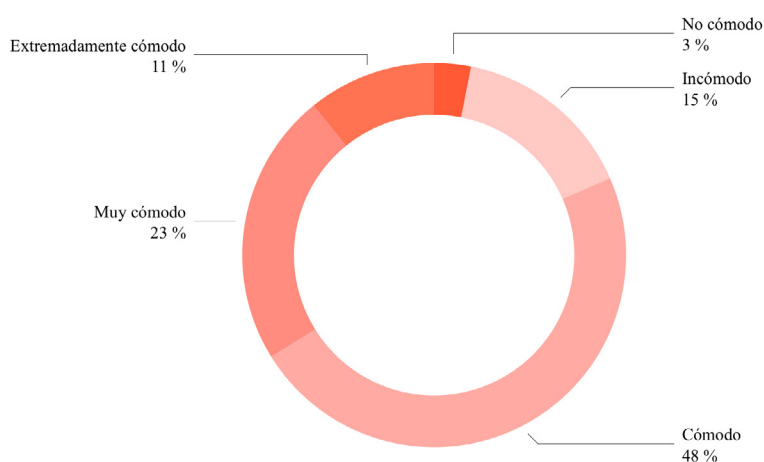
En lo que respecta al perfil profesional de los encuestados (Gráfico 1), se distinguen 15 categorías distintas, siendo las más representativas las de los médicos, las enfermeras, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y las trabajadoras sociales.

Gráfico 2. Especialidades de los sanitarios



Asimismo, se recabó información sobre las especialidades sanitarias (Gráfico 2), destacando la presencia de pediatras y profesionales de ginecología y obstetricia, seguidos por especialistas en genética. Otras especialidades también estuvieron representadas, aunque en menor medida. Cabe señalar que al menos 19 encuestados no especificaron su especialidad, lo que podría limitar el alcance del análisis.

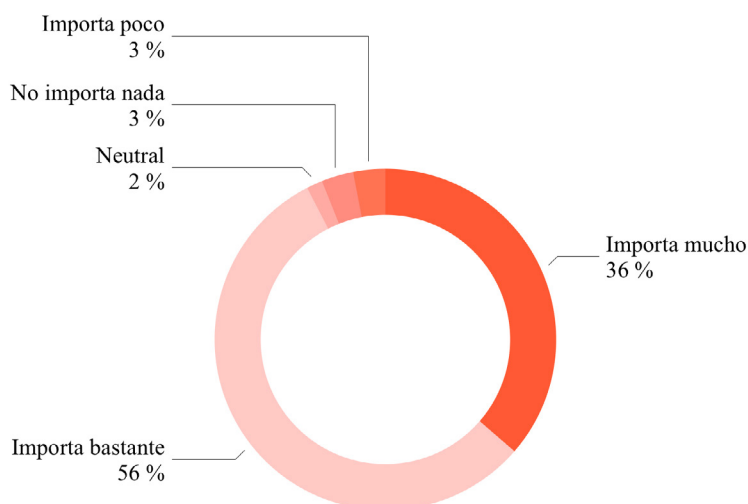
Gráfico 3. Comodidad en la interacción con un paciente migrante



Una vez determinados los perfiles sanitarios de los encuestados, se exploró la comodidad de los participantes al atender a pacientes migrantes (Gráfico 3).

Se les solicitó que indicaran cómo se sienten cuando asisten a un paciente que no habla español. Como se constata en el gráfico 3, la gran mayoría de los encuestados (71%) afirmó sentirse cómodos o muy cómodos en estas situaciones, mientras que un 15% declararon sentirse incómodos y solo 11% refirieron una incomodidad elevada.

Gráfico 4. Influencia del origen del paciente en la comunicación asistencial

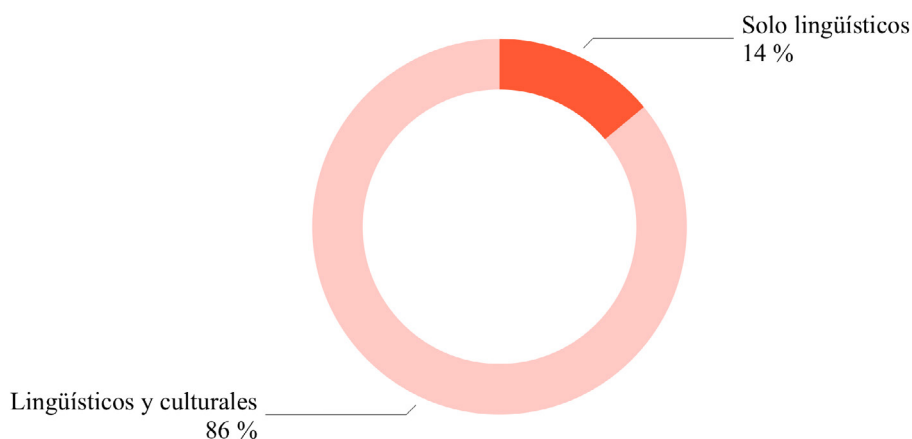


Posteriormente, se presenta la opinión de los encuestados en relación con la influencia del origen del paciente sobre la comunicación asistencial (Gráfico 4).

En este caso, se evidencia un consenso: la gran mayoría de los encuestados argumentan que importa bastante (56 %) o importa mucho (36 %).

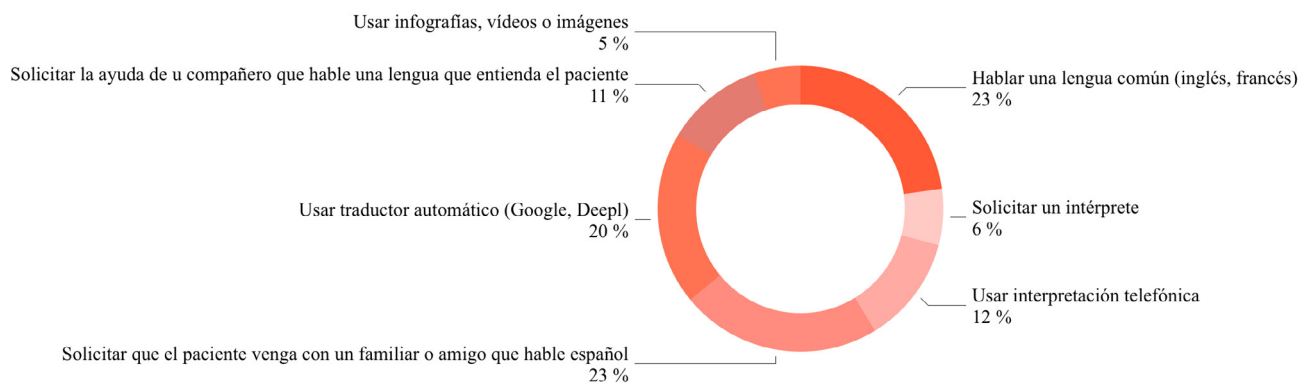
Posteriormente, se planteó si los problemas comunicativos se deben únicamente a diferencias lingüísticas o si también influyen factores culturales, incluso cuando se comparte el idioma (p. ej., con pacientes latinoamericanos).

Gráfico 5. Factores que influyen en la comunicación



Tal y como se puede observar en el Gráfico 5, un 86 % de los encuestados exponen que, más allá de la lengua, el componente cultural puede generar dificultades. En este apartado los resultados recabados indican que pueden originarse problemas de interpretación del mensaje y se debe prestar especial atención al factor cultural cuando se trata a este tipo de pacientes. Asimismo, demuestran ser conscientes de que existen palabras que pueden hacer referencia a conceptos distintos dependiendo de la cultura, como es el caso de salud, enfermedad, vida, muerte, etc. Además, los encuestados indican que la religión del paciente también puede suponer un obstáculo para la comunicación efectiva en ocasiones. Por otro lado, el 14 % restante de profesionales argumentaban que la comunicación solo se veía afectada cuando los pacientes no hablan español.

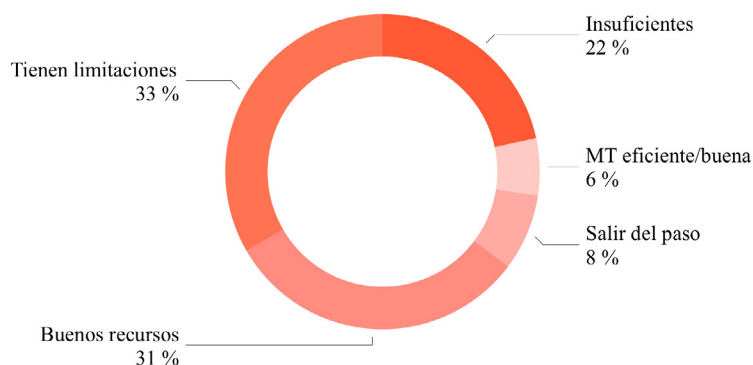
Gráfico 6. Estrategias de comunicación con población migrante



En el Gráfico 6 se muestran las estrategias de comunicación empleadas por los para comunicarse con pacientes que no hablan español.

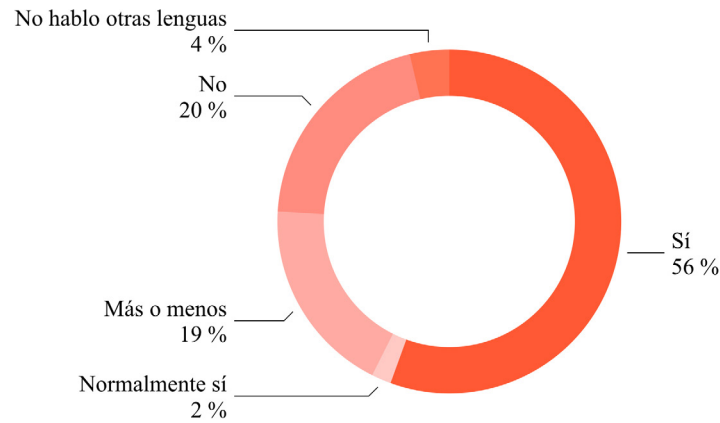
Un total de 43 encuestados indica que solicitan a los familiares del paciente u otra persona que sí hable español que los acompañe a la consulta. El mismo número de profesionales (23 %), opta por comunicarse con ellos mediante una lengua común o pivotal, como puede ser el inglés o francés, mientras que el 20 % emplea de manera habitual motores de traducción automática, como es el caso de *Google Translate* y *DeepL*. Con respecto al uso de servicios profesionales de interpretación, como la interpretación telefónica, el número de respuestas disminuye a 23 respuestas (12 %). Del total de los encuestados, el 11 % muestra preferencia por solicitar la asistencia de un compañero que pueda hablar una lengua que el paciente entienda. Solamente el 6 % de los encuestados dice solicitar la asistencia de un intérprete presencial en consulta y, finalmente, el 5 % recurre al uso de infografías, vídeos o imágenes para comunicarse.

Gráfico 7. Opinión sobre los recursos utilizados



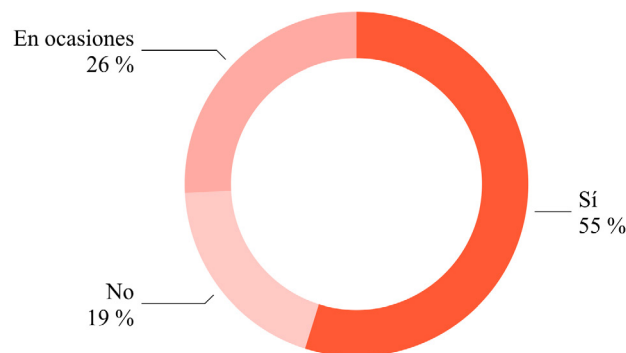
Respecto a la valoración de estos recursos comúnmente utilizados (Gráfico 7), el 33 % indica que, si bien pueden ser útiles, suponen una serie de limitaciones, como es el incremento de tiempo de consulta o la necesidad de que el paciente esté cómodo con el equipo médico y el intérprete. Un 31 % valoró positivamente su utilidad, especialmente cuando intervienen profesionales lingüísticos. En oposición, un 22 % opinó que los recursos disponibles a menudo son insuficientes. Un 8 % de los encuestados expone que los recursos, aunque básicos, permiten cumplir con los requisitos mínimos que conllevan este tipo de consultas. Finalmente, solo un 6 % nombra la traducción automática como una alternativa viable, especialmente en consultas con hablantes de árabe.

Gráfico 8. Comunicación efectiva mediante el uso de una lengua común



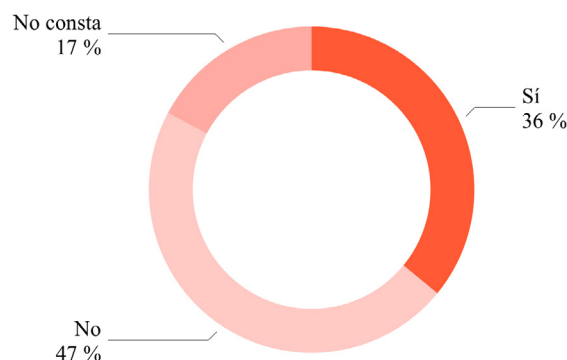
Ante la cuestión de si la comunicación es eficiente cuando se emplea una lengua común (Gráfico 8 y 9), el 55 % respondió afirmativamente. No obstante, un 26 % opinó que la eficiencia de la comunicación depende del idioma del paciente, el estado del paciente y la competencia lingüística del propio sanitario. Finalmente, un 19 % consideró que la comunicación no fue eficiente debido a que no dominan otros idiomas aparte del español. Además, destacaron la dificultad que supone comunicarse con pacientes hablantes de lenguas de menor difusión en España como es el hindi, filipino o árabe frente a los hablantes de italiano, inglés o francés.

Gráfico 9. Eficiencia de la comunicación



En este caso, la gran mayoría (55 %) expone que sí. Un 26 % considera que la comunicación no siempre es eficiente, puesto que depende del idioma del paciente, su estado y la competencia del propio sanitario. Finalmente, un 19 % de los encuestados responden que la comunicación no ha sido eficiente porque no hablan otros idiomas. Además, destacan la dificultad que supone comunicarse con pacientes hablantes de lenguas como es el indio, filipino o árabe frente a los hablantes de italiano, inglés o francés.

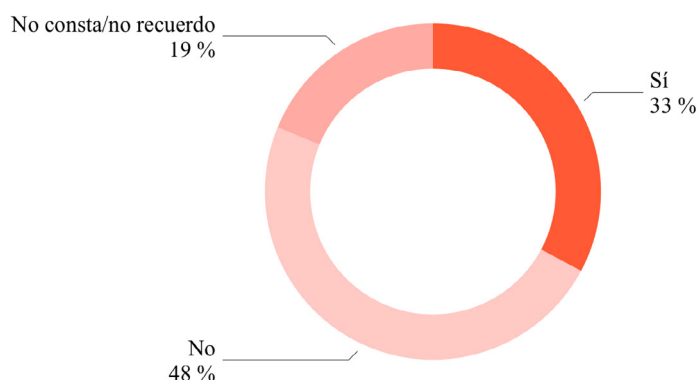
Gráfico 10. Malentendidos por falta de comprensión lingüística



Respecto a la percepción de malentendidos en consulta debido a la falta de comprensión lingüística (Gráfico 10), la mayoría de los encuestados (47 %) indican que, aunque no compartían el idioma con el paciente, no se han dado malentendidos, por ejemplo, mediante el uso de los gestos para comunicarse con los pacientes que ha resultado efectivo. Sin embargo, un 36 % afirmó haber experimentado o tener constancia de malentendidos, especialmente relacionados con el uso y dosificación de la medicación o con la comprensión de tratamientos sin síntomas visibles (p. ej., antituberculosos). Un 17 % no recordó o no pudo confirmar la existencia de tales malentendidos.

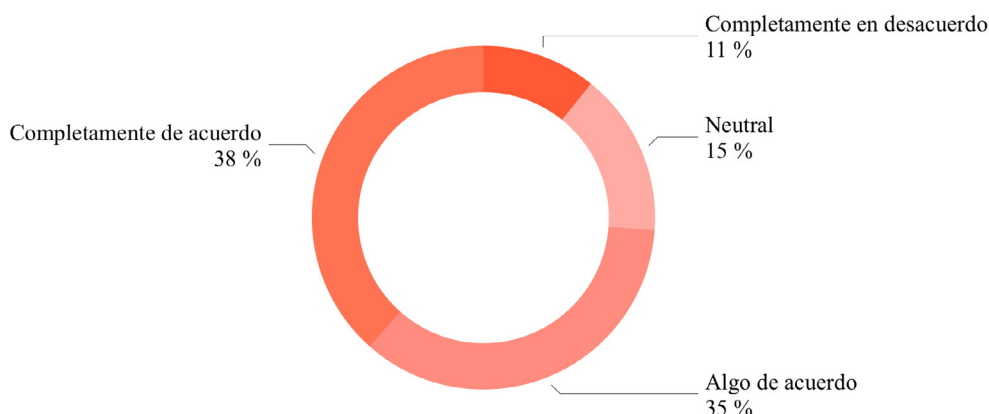
En el caso de los malentendidos derivados de una falta de comprensión cultural (Gráfico 11), las respuestas fueron similares: el 48 % de los encuestados indicó que no han experimentado malentendidos en consulta, frente a un 19 % que sí los reportó. Estos conflictos pueden conllevar la imposibilidad de explorar al paciente ante su negativa o incluso que sus familiares quieran proporcionar remedios tradicionales al paciente en lugar de seguir el tratamiento pautado por el sanitario. También se incluyen en los malentendidos causados por barreras culturales la incomprensión del sistema sanitario por parte del paciente y los conflictos que pueden generarse por la existencia de ciertas creencias religiosas opuestas al consejo médico.

Gráfico 11. Malentendidos por falta de comprensión cultural



Las diferencias culturales no solo afectan a los pacientes, sino que pueden tener un impacto en la percepción del propio profesional sanitario. Un ejemplo concreto puede ser la falta de comprensión cultural del sanitario sobre las dinámicas de desapego entre madres de origen africano y sus recién nacidos. Debido a la alta mortalidad infantil que se registra en este continente, las familias no suelen nombrar a los menores hasta el primer año de vida, práctica que no se reproduce en España y puede provocar un choque cultural de manera inversa en el profesional.

Gráfico 12. El paciente no entendía español ni ninguno de los idiomas que yo hablo



Tras estas preguntas, se busca determinar cuáles son los motivos por los que pueden haberse producido malentendidos con pacientes extranjeros. Se presentan los siguientes:

Sobre las causas de los malentendidos, el 74 % los atribuyó a las barreras lingüísticas (Gráfico 12). Únicamente un 11 % de los sanitarios indica estar completamente en desacuerdo y un 15 % se posiciona de manera neutral ante esta afirmación.

Gráfico 13. El paciente comprendía los conceptos que yo explicaba, a pesar de hablar algún idioma

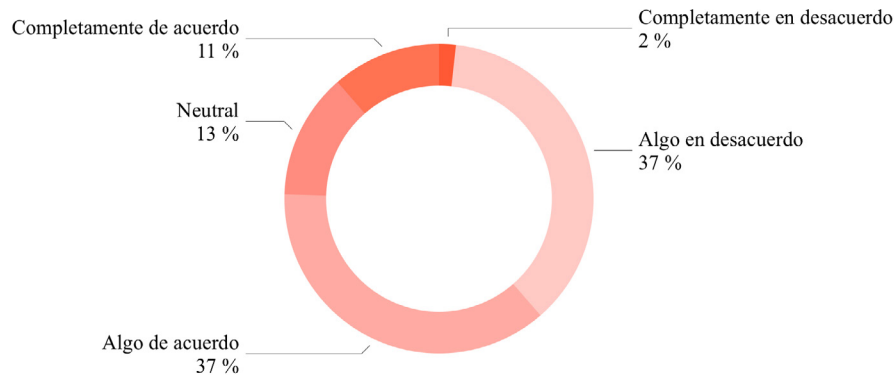
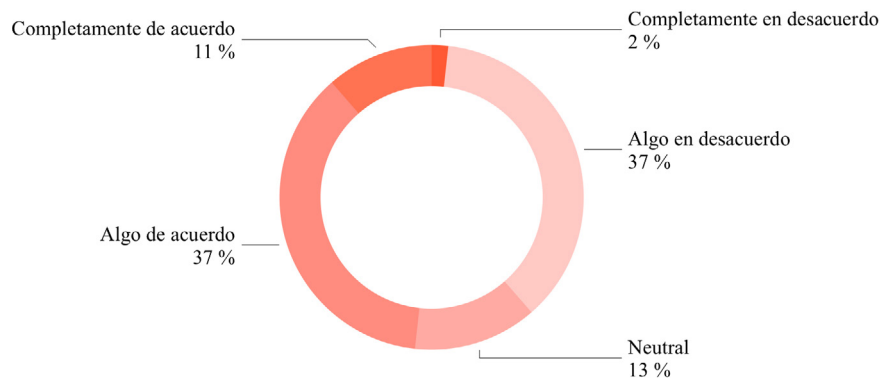
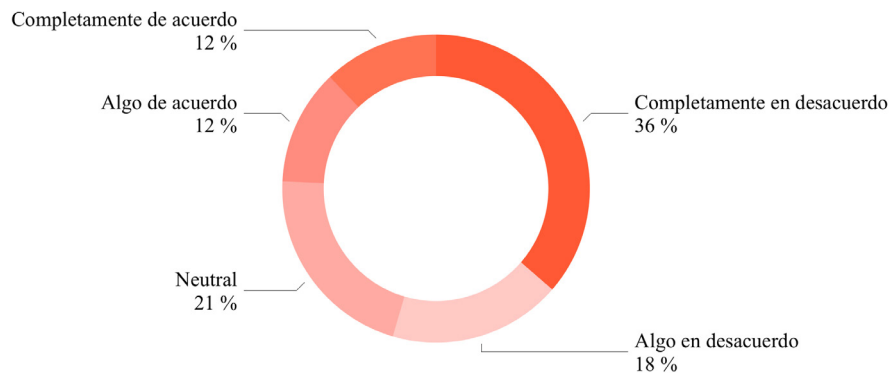


Gráfico 14. El paciente finalmente no entendió lo que se le comunicó



A pesar de que el paciente y el sanitario hablaran el mismo idioma, el 48 % estuvo algo o completamente de acuerdo en que falta de comprensión del contenido que explicaba el sanitario (Gráfico 13).

Gráfico 15. El paciente simulaba no entender



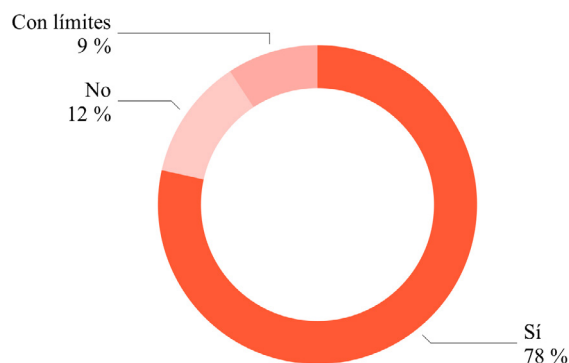
Por otro lado, el 48 % señaló haber experimentado situaciones donde el paciente aparentaba entender, pero no era así (Gráfico 14).

Además, se plantea la posibilidad de que se generen malentendidos debido a que el paciente simule no entender la información proporcionada por el sanitario (Gráfico 15).

Como se puede observar, más de la mitad de los encuestados (55 %) no ven esto como una posibilidad. Por otro lado, un 24 % sí consideran que esto puede llegar a pasar y el 21 % no se posiciona.

Finalmente, los encuestados afirmaron adaptar su lenguaje y la información que quieren transmitir al/ la paciente a su cultura o su concepción sobre la salud y la enfermedad en la medida de lo posible y, como podemos observar en el Gráfico 16, la mayoría (78 %) contemplan la necesidad de adaptarse a culturas diferentes para facilitar la comprensión.

Gráfico 16. Necesidad de adaptarse al paciente



Si bien lo consideran relevante, indican que no siempre disponen del tiempo o recursos suficientes para esto. Por otro lado, un 9 % de los encuestados argumentan que, si bien es necesario adaptarse, los pacientes también deben esforzarse en adaptarse a la cultura española. Finalmente, un 12 % argumenta que no deben adaptarse al paciente extranjero.

4. Propuesta de formación

A la luz de los resultados expuestos, este estudio justifica la necesidad de formación en competencias interculturales de los profesionales sanitarios, pues así lo demandan los profesionales y lo demuestran con sus respuestas. A tal efecto, a continuación se presentan los ejes principales sobre los que versa la formación en interculturalidad, y que se desarrollarán en futuros estudios.

En primer lugar, se ofrecerá una formación básica y teórica en torno a la competencia cultural y sensibilidad intercultural, mediante la que se abordará la importancia de reconocerse a sí mismos, sus sesgos y prejuicios inconscientes, y respetar los valores, creencias y prácticas culturales de los pacientes en el contexto clínico. Se trabajará el concepto de competencia cultural como una herramienta clave para reducir malentendidos, mejorar la calidad asistencial y garantizar un trato equitativo. Asimismo, se capacitará al profesional para identificar posibles malentendidos que pueden surgir incluso cuando se comparte un idioma común, y cómo evitarlos o corregirlos tomando como referencia las culturas más representativas en el centro sanitario en cuestión.

En segundo lugar, se presentarán prácticas para facilitar la interacción con pacientes que no dominan el idioma español, haciendo énfasis en la escucha activa, la comunicación no verbal y las técnicas de verificación de comprensión. De esta manera, se pretende ofrecer un soporte para derribar las barreras comunicativas, su impacto en el diagnóstico y en el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes.

A continuación, se explorarán los recursos lingüísticos y herramientas disponibles que los profesionales pueden utilizar para superar las barreras idiomáticas en la consulta, como el uso adecuado de intérpretes profesionales (presenciales y telefónicos) en lugar de intérpretes *ad hoc* y el apoyo en recursos visuales y materiales multilingües.

Por último, se tratarán temas relacionados con factores externos a la consulta como por ejemplo el trabajo interdisciplinar y la coordinación con otras áreas como trabajo social o el servicio de mediación y traducción e interpretación. Se organizarán encuentros entre las diversas áreas de manera que se aborden herramientas y métodos de trabajo en equipo, así como de evaluación de la atención de la población migrante en el centro mediante protocolos adaptados a estos contextos interculturales.

5. Conclusiones

Tras analizar las respuestas de los encuestados, se llega a las siguientes conclusiones:

La mayoría de los encuestados (71 %) afirma estar cómodo o muy cómodo cuando necesita tratar a un paciente que no habla español. No obstante, los encuestados son conscientes de que este hecho puede afectar a la comunicación con el paciente, ya que el 92 % de las respuestas indican que el hecho de que el paciente sea extranjero influencia la eficiencia de la comunicación de información asistencial.

Si bien el 84 % de los encuestados es consciente de la importancia que tiene considerar la cultura del paciente extranjero en la consulta, el resto de los sanitarios indican que únicamente se generan malentendidos cuando el paciente y sanitario no comparten un idioma común. Esto denota que todavía existe una falta de conocimiento en cuanto al concepto de competencia cultural y la importancia de esta cuando se pretende asistir a la población migrante, ya sea hispanoparlante o no.

Se comprueba que los recursos más utilizados por los sanitarios encuestados son, en primer lugar, solicitar que el paciente extranjero venga acompañado de un familiar o conocido con el que se puedan comunicar (23 %), es decir, requieren la asistencia de intérpretes *ad hoc*. Por otro lado, el mismo porcentaje de encuestados eligen intentar buscar una lengua común con el paciente, como es el caso de inglés o francés, puesto que consideran que la comunicación conseguida es lo suficientemente eficiente. En tercer lugar, destaca el uso de motores de traducción automática gratuitos, como *Google Translate* y *DeepL* para comunicarse con los pacientes (20 %). También es interesante destacar que un 12 % prefieren solicitar el uso de interpretación telefónica, frente al 6 % que solicita un intérprete profesional presencial.

Es relevante destacar la percepción de los sanitarios sobre los recursos que tienen disponibles. Los resultados muestran que parte de ellos consideran que los recursos existentes son insuficientes (22 %). El porcentaje restante argumenta que, aunque son útiles en determinados escenarios, todavía tienen una serie de limitaciones que dificultan la interacción en consulta. Además, un 6 % habla de la traducción automática como una herramienta útil cuando necesitan asistir a un paciente árabe.

Si bien se comprueba que la mayoría de los encuestados son conscientes de las dificultades que suponen los impedimentos lingüísticos y culturales para la comunicación de información asistencial, el 64 % de los encuestados indican que registran ningún malentendido o no les consta. Esta tendencia continúa cuando se les consulta sobre malentendidos porque el paciente no entiende español o ninguno de los idiomas que habla el sanitario, por falta de comprensión de la información proporcionada a pesar de estar utilizando un idioma común o porque parece que el paciente entiende la información, pero no es así. El único caso que los sanitarios no contemplan es que el malentendido se dé debido a que el paciente simula no entender la información.

Tras analizar estos resultados, concluimos que se debe tener en cuenta que las respuestas a estas encuestas pertenecen a profesionales sanitarios. El hecho de que ellos no perciban malentendidos en consulta no quiere decir que no se den. Para tener un entendimiento más completo de la situación actual y la realidad de las consultas sanitarias a pacientes migrantes, se necesitaría también registrar su experiencia en diferentes especialidades y perfiles sanitarios.

Finalmente, al determinar que el 79 % de los encuestados contemplan la relevancia de adaptarse a las necesidades del paciente extranjero para garantizar un proceso comunicativo eficiente, concluimos que, aunque todavía queda mucho trabajo y mejoras por implementar, los equipos sanitarios no se oponen a la evolución del campo y a colaborar con otros perfiles profesionales para garantizar que los derechos de esta parte de la población sean respetados.

Contribución de autoría CREDIT

Autor 1 ha contribuido a: Conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización, supervisión, validación, redacción (borrador original), redacción (revisión y edición), investigación.

Autor 2 ha contribuido a: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, administración del proyecto, recursos, supervisión, validación, redacción (borrador original), redacción (revisión y edición).

Referencias bibliográficas

- Abril Martí, María Isabel y Martin, Anne (2011). La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. En F. J. García Castaño y N. Kressova. (Coords.). *Actas del I Congreso internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1521-1534). Granada: Instituto de Migraciones. ISBN 978-84-921390-3-3.
- Alarcón, Ana María, Astudillo, Paula, Barrios, Sara, y Rivas, Edith (2004). Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipo de salud en la IX región, Chile. *Revista médica de Chile*, 132(9), 1109- 1114. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000900013>
- Arrense Iriondo, María Nieves (2016). Competencia de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad y asistencia sanitaria a las personas migrantes en situación irregular. *Revista Aragonesa de Administración Pública*, (47-48), 210-243. ISSN 1133-4797. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5728765>
- Arrubarrena Aragón, V. M. (2011). La relación médico-paciente. *Cirujano general*, 33(2), S122-S125.
- Artigas-Lelong, Berta, y Bennasar-Veny, Miquel (2009). La salud en el siglo XXI: El reto de los cuidados multiculturales. *Index de enfermería*, 18(1), 42-46. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000100009>
- Bacigalupe, Amaia, Martín, Unai, Font, Raquel, González-Rábago, Yolanda, y Bergantiños, Noemi (2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gaceta Sanitaria*, (30), 47-51. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.10.003>
- Baixaoli Olmos, Lluís (2012). *La interpretació als serveis públics des d'una perspectiva ètica. La deontologia professional i l'aplicació al context penitenciari*. Universitat Jaume I, Tesis doctoral. [Tesis doctoral universidad Jaume I]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/83723#page=1>
- Barrett, Martyn, Byram, Michael, Lázár, Ildikó, Mompoin-Gaillard, Pascale, y Philippou, Stavroula (2013). *Developing intercultural competence through education*. Council of Europe. <https://rm.coe.int/16808ce258>
- Berbyuk, Nataliya, Allwood, Jens, y Edebäck, Charlotte (2005). Being a Non-Swedish Physician in Sweden: A Comparison of the Views on Work Related Communication of Non-Swedish Physicians and Swedish Health Care Personnel. *Intercultural Communication*, 5(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.36923/jicc.v5i1.398>
- Bernales, Margarita, Pedrero, Victor Manuel, Obach, Alexandra, y Pérez, Claudia (2015). Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Revista médica de Chile*, 143 (3), 401-402. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000300018>
- Campos Andrés, O. (2013) "Procedimientos de desterrminologización: traducción y redacción de guías para pacientes". *Panacea@* (14), 48-52. Recuperado de: <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n37-tradyterm-OCamposAndres.pdf>
- Casadevante Mayordomo, María Fernández (2021). Mediación lingüística en el contexto sanitario: aspectos a considerar para un servicio óptimo. *Panacea@: Revista de Medicina, Lenguaje y traducción*, 22(53), 78-85. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/panacea21-53_11_Tribuna_05_FernandezdeCasadevanteMayordomo.pdf

- Chen Guo_Ming y Starosta William (1996). Intercultural communication competence: a synthesis. *Communication Yearbook*, 19, 353-383. <https://doi.org/10.1080/23808985.1996.11678935>
- Chen Guo_Ming y Starosta William (1997). A review of the concept of intercultural awareness. *Human Communication*, 2(1), 1-16. https://www.academia.edu/12748101/A_Review_of_the_Concept_of_Intercultural_Sensitivity
- Chen Guo_Ming y Starosta William (2000). The development and validation of the intercultural sensitivity scale. *Human Communication*, 3(1), 2-14. https://digitalcommons.uri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1035&context=com_facpubs
- Chen Guo_Ming y Starosta William. (1998). A review of the concept of intercultural sensitivity. *Human Communication*, 1(1), 27-54. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED408634.pdf>
- Código de Deontología Médica (2011). *Guía de Ética Médica*. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/828cd1f8-2109-4fe3-acba-1a778abd89b7/codigo_deontologia/10/
- Cortes Generales. (1978). *Constitución Española*. BOE, 311, de 29/12/1978. BOE-A-1978-31229. <https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/1/con>
- Damianova Radeva, Silvia, & Valero-Garcés, Carmen (2025). *Interpretación en el ámbito de la salud mental: visión de los especialistas en salud mental y de los intérpretes sobre las terapias multiculturales*. En Traducción y sostenibilidad cultural II: retos y nuevos escenarios, 350-358. Ediciones Universidad de Salamanca. <https://doi.org/10.14201/OAQ0373349357>
- Faya Ornia, Goretti (2016). La necesidad de servicios de traducción e interpretación en el sector sanitario. La situación en Londres, Dusseldorf y Madrid. *Entreculturas. Revista de Traducción y Comunicación Intercultural*, (7-8), 543-574. <https://doi.org/10.24310/Entreculturasertci.vi7-8.11354>
- Fuentes, F. J. M. (2015). El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España. *Anuario CIDOB de la Inmigración*, 277-300.
- Guanais, Frederico (2017). *Patient empowerment can lead to improvements in health-care quality*. Bulletin of the World Health Organization 95 (7), 489-490. <https://doi.org/10.2471/blt.17.030717>
- Gutiérrez Fernández, Rodrigo (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*, 10(1), 29-38. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2017000100005&script=sci_arttext
- ICOMEM y Salud entre Culturas (2018). *Informe sobre la necesidad de la creación de un servicio de interpretación y mediación intercultural sanitaria en la comunidad de Madrid*. López Vélez, Rogelio, Moyano Llamazares, P., Ochoa Mulas, M., Padilla Ortega, B., y Pérez Molina, J. A. (Ed.). Creative Commons. IEEE International Symposium on Technology and Society, 1-9. <https://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2024/04/05-Informe-sobre-la-necesidad-de-creacion-de-un-servicio-de-interpretacion-ICOMEM.pdf>
- Jefatura del Estado de España. (2009). *Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. Boletín Oficial del Estado, (299), 104986-105014. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2009/12/11/2>
- Jefatura del Estado de España. (2012). *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. Boletín Oficial del Estado, 98, 31278-31312. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>
- Lázaro Gutiérrez, Raquel (2010). *La interpretación en los servicios sanitarios en España. Estudio de la asimetría en las consultas médicas con paciente de habla extranjera y la repercusión de la presencia de un intérprete ocasional* [Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá].
- Leung, Kwok, Ang, Soon y Tan, Mei Ling (2014). Intercultural competence. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 489-519. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091229>
- 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*. Boletín Oficial del Estado 274. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, *sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. Boletín Oficial del Estado 10. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>
- Matsumoto, David (1996). *Culture and Psychology*. Pacific Grove, Brooks/Cole Publishing Company.
- Maynard, D. W. (1991). Interaction and asymmetry in clinical discourse. *American Journal of Sociology*, 97(2), 448-495. <https://doi.org/10.1086/229785>
- Ministerio de Sanidad (2007). *Migración y salud*. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/migracionSalud/home.html>
- Moreno Fuentes, Francisco Javier (2015). El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España. *Anuario CIDOB de la Inmigración*, 2015, 277-300. <https://raco.cat/index.php/AnuarioCIDOBInmigracion/article/view/312799>
- Ortí, Roberto, Sánchez, Enric, y Sales, Dora (2006). Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural. En *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica* (pp. 114-139).
- Paternotte, Emma, van Dulmen, Sandra, Bank, Lindsay, Seeleman, Conny, Scherpbier, Albert, y Scheele, Fedde (2017). Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. *International Journal of Medical Education*, 8, 170-175. <https://doi.org/10.5116/ijme.591b.19f9>

- Pena Díaz, C. and Vitalaru, B. (2022) La comunicación en el ámbito sanitario: interpretando en los servicios públicos en tiempos de pandemia en España. En Bourne, J. et al. (Eds.) *Reflexiones sobre ética profesional de traductores e intérpretes y buenas prácticas: nuevos contextos en la profesión y en la formación*. Granada: Comares.
- Pena Díaz, Carmen (2023). La comunicación intercultural en el sistema público de salud mental en España. *Onomázein*, (NEXIII), 19-38. <https://doi.org/10.7764/onomazein.ne13.02>
- Peña Ruiz, et al. (2024). Guía de atención a personas migrantes: mediación sanitaria intercultural. Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria, Consejería de Sanidad, Castilla-La Mancha. Recuperado de: <https://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2024/10/Guia-de-atencion-a-personas-migrantes-version-final-11-09-2024.pdf>
- Pérez Acuña, Claudia Verónica, y Medina, José Luis(2023). Formación de profesionales de la salud que incorpora la competencia intercultural: una necesidad actual. *Educación Médica Superior*, 37(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412023000400001
- Pérez Estevan, Elena (2023). La voz de los pacientes alófonos: un estudio exploratorio de sus experiencias con intérpretes sanitarios en España. *FITISPos International Journal*, 10, 112-125. ISSN 2341-3778. https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/57130/voz_perez_FITISPos%202023%2c%20n.%2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Perna, Roberto, Moreno Fuentes, Francisco Javier y Hernández Moreno, Jorge (2022). Inmigración, salud y sanidad en España en un contexto de pandemia. *Mediterráneo económico*, (36), 169-187. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8814860>
- Perusset, Macarena (2023). Comunicación intercultural en contextos atravesados por la diversidad cultural. *Lengua y Sociedad*, 22(1), 101-116. <http://dx.doi.org/10.15381/lengsoc.v22i1.23297>
- Plaza del Pino, Fernando Jesús y Soriano Ayala, Encarnación (2009). Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18(3), 190-194. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962009000300011>
- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado 183. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752>
- Red de Intérpretes y Traductores de la Administración Pública (2011). *El Libro Blanco de la traducción y la interpretación institucional. Conocer para reconocer*. <https://www.aptij.es/recursos/libro-blanco-de-la-traduccion-e-interpretacion-institucional-en-espana/>
- Román-López, Pablo, Palanca-Cruz, María del Mar, García-Vergara, Ainhara, Román-López, Francisco J., Rubio-Carrillo, Sergio, y Algarte-López, Alba (2015). Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 204-212. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/2939>
- Ruiz-Azarola, Ainhoa, Escudero Carretero, María, López-Fernández, Luis Andrés, Gil García, Eugenia, March Cerdà, Joan Carles, y López Jaramillo, Daniel (2020). La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, (34), 261-267. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.006>
- Salud entre Culturas. (2019). *Manual de Interpretación y Mediación Intercultural en el ámbito sociosanitario*. https://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2024/05/MANUAL_SIMI.pdf
- Serrano Rodríguez, Carlos Eduardo, Mercado Bernal, Viviana Vianey, y Hernández Hernández, María Elvira (2022). Barreras de Comunicación y su Influencia en la Adherencia al Tratamiento dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII. *Casa abierta al tiempo*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/27324>
- Suárez Muñoz, Jorge (2022). Brecha de uso de la atención sanitaria entre la población autóctona e inmigrante en España. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (56), 1-23. <https://doi.org/10.14422/mig.2022.016>
- Torres-Fernandez, Sindi Lisset, Vega Ramírez, Angélica Soledad, Mogollón Torres, Flor de María, Díaz Manchay, Rosa Jenua y Tejada Muñoz, Sonia (2024). Interculturalidad: un reto en la formación de enfermeros. *Cultura de los Cuidados*, 69. <https://doi.org/10.14198/cuid.26131>
- Trujillos-Yébenes, Lorena; Muñoz-Miquel, Ana (2022). La traducción automática y la posesición en el ámbito médico. *Revista Tradumàtica. Technologies de la Traducció*, 20, 057-076.
- Vilà Baños, Ruth (2010). La competencia comunicativa intercultural en alumnos de Enseñanza Secundaria de Catalunya. *Segundas Lenguas e Inmigración en red*, (3), 88-108.
- Villagrán Castro, K. N., Hernández Rincón, E. H., García Zárate, G., y Jaimes Peñuela, C. L. (2024). La comunicación con población cultural y lingüísticamente diversa desde la Atención Primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 50(4). <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102149>
- Vitalaru, Bianca (2023). *Materiales informativos para pacientes y lenguas de la inmigración: disponibilidad en línea y corpus para traductores e intérpretes*. *Onomazein*, 61, 59-83. <https://onomazein.letras.uc.cl/index.php/onom/article/view/74315>