



Puentes lingüísticos y culturales en el ámbito sanitario: análisis del papel de intérpretes profesionales en contextos de lenguas de menor difusión

Belén Llopis-Pérez

Universidad de Alcalá, España ✉ 

Carmen Merino Cabello

Universidad de Alcalá, España ✉ 

<https://dx.doi.org/10.5209/estr.100750>

Recibido: 4 de febrero de 2025 / Revisado: 9 de febrero de 2026 / Aceptado: 20 de febrero de 2026

Resumen. El presente artículo analiza las barreras lingüísticas e interculturales percibidas por intérpretes profesionales que trabajan en el ámbito sanitario español, con especial atención en el impacto que estos obstáculos tienen sobre la atención de pacientes hablantes de Lenguas de Menor Difusión (LMD), un colectivo frecuentemente vulnerabilizado por la falta de recursos específicos. Desde la perspectiva de la interpretación en los servicios públicos, el estudio examina en qué medida estas barreras condicionan la comunicación clínica y, por ende, la seguridad del paciente y la calidad de la interacción entre el personal sanitario y los pacientes no hispanohablantes.

Para la obtención de datos se ha llevado a cabo un estudio de campo cualitativo basado en una encuesta semiestructurada dirigida a intérpretes sanitarios que recoge información sobre su perfil profesional, formación intercultural y experiencias, con el fin de identificar dificultades recurrentes tanto en el plano lingüístico como en el cultural, así como limitaciones derivadas de la falta de recursos institucionales y de formación especializada. Los resultados evidencian que las barreras interculturales desempeñan un papel central en el encuentro sanitario y afectan de manera particularmente significativa a los hablantes de LMD, debido a factores como la escasez de recursos formativos y la menor disponibilidad de intérpretes especializados.

Palabras clave: Lenguas de menor difusión, intercultural, intérprete, intérprete *ad hoc*, intérpretes no profesionales, atención sanitaria, población migrante.

Linguistic and cultural bridges in healthcare: analysis of the role of professional interpreters in contexts involving languages of lesser diffusion

Abstract. This research paper analyses the linguistic and intercultural barriers perceived by professional interpreters working in the Spanish healthcare sector, with particular attention to the impact of these obstacles on the care provided to speakers of languages of lesser diffusion (LLS), a group that is often vulnerable due to a lack of specific resources. From the perspective of public service interpreting, the study examines the extent to which these barriers have an impact on clinical communication and, therefore, patient safety and the quality of interaction between healthcare staff and non-Spanish-speaking patients.

In order to obtain data, a field study was conducted based on a semi-structured survey addressed to healthcare interpreters, collecting information on their professional profile, intercultural training, and experiences, to identify recurrent difficulties at both the linguistic and cultural levels, as well as limitations stemming from the lack of institutional resources and specialized training. The results show that intercultural barriers play a central role in healthcare encounters and have a particularly significant impact on speakers of LLS, due to factors such as the scarcity of training resources and the limited availability of specialized interpreters.

Keywords. Languages of lesser diffusion, intercultural, interpreter, *ad hoc* interpreter, non-professional interpreters, healthcare, migrant population.

Sumario. 1. Introducción. 2. Objetivos. 3. Lenguas de menor difusión (LMD) en España. 4. La competencia intercultural en la comunicación sanitaria. 5. Situación de la interpretación sanitaria. 6. Estudio de campo. 6.1. Metodología. 6.2. Participantes. 6.3. Instrumento de recogida de datos. 7. Análisis de los resultados. 7.1. Perfil profesional y experiencia. 7.2. Presencia de LMD. 8. Discusión. 9. Conclusiones.

1. Introducción

En los últimos años, España se ha consolidado como uno de los principales países de entrada de población migrante en el arco mediterráneo, junto con Italia y Grecia. Según datos del 2024, más de 55 000 personas llegaron a territorio español, lo que representa un 12,7% más de las que lo hicieron el año anterior en el mismo periodo y 124 personas más de todas las que entraron en 2023 (Alcántara 2024). Cabe destacar que muchos de ellos llegan a España con el objetivo de encontrar oportunidades laborales o huyendo de situaciones adversas que ocurren en sus países de origen. Además, una parte significativa de estas llegadas se produce por vía marítima, a través del Mar Mediterráneo y del Océano Atlántico, en condiciones que comprometen gravemente la seguridad y la salud de las personas migrantes que, en muchos casos, requieren atención sanitaria inmediata a su llegada.

Ante este panorama, el Sistema Nacional de Salud español afronta diversos retos estructurales, entre ellos la escasez de profesionales de determinadas especialidades con alta demanda como oncología, inmunología, geriatría y alergología (Fernández 2024), así como la creciente presión asistencial.

En lo que respecta al ámbito de estudio que nos ocupa, el lingüístico, los servicios de interpretación que se ofrecen en el ámbito sanitario se caracterizan por su heterogeneidad, puesto que cada comunidad autónoma los gestiona de una forma diferente, incluso entre hospitales de una misma provincia (Sanz-Moreno 2018). Ante la ausencia o insuficiencia de servicios profesionales, los usuarios migrantes recurren a ONG o asociaciones para facilitar la comunicación con el personal sanitario o recurren a intérpretes *ad hoc*, es decir, familiares o conocidos que conocen ambas lenguas y que les pueden asistir en este sentido de manera no profesional (Pena Díaz 2023; Baker, Hayes y Fortier 1998; Flores 2000; Jacobs et al. 2001; Angelelli 2004; Ortega Herráez, Abril Martí y Martín 2009).

Estas dificultades se intensifican en los casos en los que los pacientes son hablantes de lenguas de menor difusión (LMD), ya que la disponibilidad de intérpretes profesionales cualificados en estas lenguas es limitada. En el ámbito académico, diversas investigaciones (Buendía et al. 2006; Calvo y Vigier-Moreno 2018; Martín 2006) coinciden en señalar la alta presencia de mediadores o intérpretes no profesionales que asisten a hablantes de LMD en diferentes comunidades autónomas, situación que puede acentuar las desigualdades en el acceso efectivo a la atención sanitaria (Ortiz 2021).

2. Objetivos

El presente estudio parte de la premisa de que el recurso sistemático a intérpretes no profesionales o *ad hoc* en el ámbito sanitario, especialmente en contextos de LMD, revela una carencia estructural en la provisión de servicios de interpretación profesional. Ante este escenario, se plantea la necesidad de dotar a estos mediadores no especializados de una formación básica en aspectos culturales y sanitarios que trascienda la mera transferencia lingüística y contribuya a reducir conflictos y malentendidos interculturales, una iniciativa ya propuesta para todos los ámbitos de los servicios públicos por el proyecto Dialogos Erasmus+ (Pena y Sanz 2025).

El objetivo general que se plantea es analizar las barreras lingüísticas e interculturales percibidas por intérpretes profesionales en el ámbito sanitario español, con el fin de identificar necesidades formativas transferibles a contextos en los que intervienen intérpretes no profesionales.

Para dar respuesta a estas necesidades, se propone un enfoque interdisciplinar que se articula en los siguientes objetivos: (1) Identificar los principales choques culturales y barreras comunicativas que se producen en la interacción entre personal sanitario y pacientes hablantes de LMD. (2) Examinar cómo estas barreras son percibidas y gestionadas por intérpretes profesionales en su práctica cotidiana. (3) Determinar qué competencias interculturales y conocimientos sanitarios resultan fundamentales para garantizar una mediación eficaz. (4) Proponer líneas de formación básica orientadas a intérpretes *ad hoc* que, en ausencia de profesionales, intervienen en la comunicación clínica.

Para la consecución de los objetivos, en primer lugar, se presenta un marco teórico centrado en contextualizar la distribución de hablantes de LMD en el territorio español con el fin de delimitar las necesidades comunicativas existentes. En segundo lugar, se define el concepto de competencia intercultural en la comunicación sanitaria, se determina su importancia y su relación con la situación actual de la interpretación en el ámbito sanitario. A continuación, se presenta la metodología, que consiste en una herramienta empírica basada en una serie de encuestas semiestructuradas dirigidas a intérpretes sanitarios profesionales. Finalmente, se exponen los resultados del estudio de campo derivados de dichas encuestas, que permiten identificar las barreras interculturales percibidas en la práctica asistencial a partir de las que se extraen las competencias interculturales y conocimientos sanitarios que se consideran más relevantes.

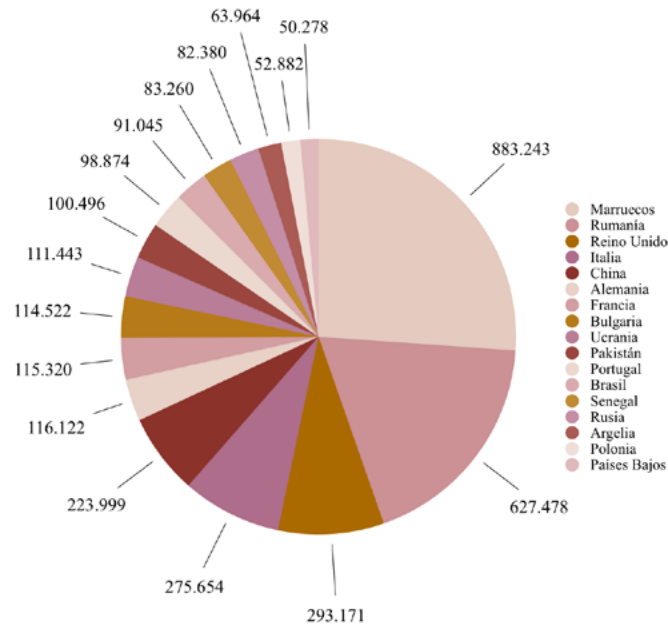
3. Lenguas de menor difusión (LMD) en España

El término “lenguas de menor difusión” (LMD), aunque se emplea de manera recurrente, puede suponer un motivo de debate político, en tanto que puede expresar una idea etnocentrista como ocurre con el concepto “lenguas minoritarias”, que, como señalan Salaets et al. (2016: 18), “se limita a denominar un área de la política lingüística, con un matiz de inferioridad con respecto a un grupo dominante”. Teniendo estas ideas

en cuenta, el presente artículo se basa en la definición ofrecida por Pena y Sanz (2025: 4): “Aquellas lenguas para las cuales resulta más complicado encontrar material escrito, mediación y servicios de interpretación en un área geográfica concreta”.

En España, además de su ya rico bagaje lingüístico —con el catalán, euskera, valenciano y gallego como lenguas cooficiales— la diversidad lingüística se ve, asimismo, enriquecida por la presencia de hablantes provenientes de diversos países, cuya lengua materna varía significativamente. Según los datos disponibles (INE s.f.), dicha variedad asociada a los movimientos migratorios en España incluye a comunidades procedentes de Marruecos, Rumanía, China, Bulgaria, Ucrania o Senegal, entre otras.

Figura 1. Lenguas de menor difusión en España.



Los datos presentados (Figura 1) reflejan una gran cantidad de migrantes de países no hispanohablantes, entre los que destacan los provenientes de Marruecos (883 243), Rumanía (627 478) y el Reino Unido (293 171). Esta información sugiere que las LMD con un mayor número de representantes en España son el árabe, en cualquiera de sus variedades, el amazigh o bereber y el francés relacionado con Marruecos; el rumano, lengua vehicular en Rumanía; y el chino, asimismo en cualquiera de sus variedades. Estas nacionalidades y, por ende, las lenguas vinculadas, ocupan un lugar importante dentro de la pluralidad lingüística en España, seguidas por el búlgaro, ucraniano y lenguas africanas como podrían ser el suajili, hausa, zulú, yoruba y amárico. Por otro lado, comunidades con menor representación, como las de Rusia, Argelia o Polonia, evidencian la inclusión de LMD en España que, si bien no son tan numerosas, enriquecen el panorama cultural y lingüístico del país.

Dicha pluralidad lingüística implica la coexistencia de lenguas que, aunque pueden contar con un elevado número de hablantes, se encuentran infrarrepresentadas en el territorio español y no son conocidas ni habladas por la población española. En consecuencia, el acceso a los servicios públicos se torna desigual debido a la limitada disponibilidad de personas que puedan asistir en el trasvase lingüístico. Además, la disponibilidad de intérpretes en dichas LMD menos conocidas también es limitada ya que, tal y como constatan Pena y Sanz (2025), la concentración de dichas comunidades no garantiza la disponibilidad de intérpretes profesionales cualificados, especialmente en el caso de lenguas con menor presencia institucional o académica en España y, para hacer frente a esta escasez, con frecuencia se aboga por la interpretación *ad hoc*.

Hasta ahora, los sanitarios habían instado a los pacientes a traer a dichos intérpretes “improvisados”, familiares o amigos, a las consultas para facilitar la comunicación (Angelelli 2015) sin verificar su formación simplemente por compartir el idioma del paciente (Vigier-Moreno y Relinque 2023). Generalmente, desde las instituciones que hacen uso de estos intérpretes se espera que tiendan puentes entre idiomas, sin contar con una formación para desempeñar ese papel de forma profesional, ya que en España no existe ningún tipo de requisito profesional para ejercer como tal (Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez 2021).

Sin embargo, diversos estudios en torno a la traducción e interpretación profesional afirman que la correcta labor no solo se centra también del contenido cultural implícito en el acto comunicativo (Valero-Garcés y Wahl-Kleiser 2014), es decir, contar con la competencia intercultural necesaria. Probablemente, un intérprete *ad hoc* comprenda la cultura del paciente migrante a la perfección, pero también ha de estar formado en la cultura del sanitario o de destino, así como en el sistema sanitario y toda la burocracia que lo rodea para poder comunicar la información de manera fiel y efectiva.

La incorporación de una formación integral en aspectos lingüísticos e interculturales destinada a población nativa hablante de LMD permitiría prevenir conflictos y superar determinadas barreras comunicativas en ausencia de un intérprete profesional.

4. La competencia intercultural en la comunicación sanitaria

En el contexto sanitario, la competencia intercultural, entendida como las habilidades eficaces en la interacción entre culturas en contextos diversos (Marpaé 2014), se torna fundamental para superar las barreras comunicativas entre pacientes y sanitarios. En dichos encuentros, el imaginario, las creencias y los valores culturales de cada persona desempeñan un papel crucial, puesto que de estos depende cómo se entiendan cuestiones como el diagnóstico, el tratamiento y, en definitiva, la relación sanitario-paciente.

Diversos estudios (Deardorff 2006; King et al. 2005; Bennett 1993) coinciden en que una persona es (inter)culturalmente competente cuando cuenta con tres componentes: conciencia intercultural, el reconocimiento de los marcos cognitivos propios y ajenos; sensibilidad intercultural, la capacidad de gestionar las respuestas afectivas ante la diferencia; y comportamiento intercultural, la aplicación estratégica de destrezas para una interacción eficaz e igualitaria. Estos tres componentes muestran que no solo basta con poseer una actitud de respeto hacia otras culturas y ser consciente de la diversidad cultural, sino que también es necesario conocer, por ejemplo, valores, prácticas y creencias culturales en torno a la salud para poder contar con un comportamiento interculturalmente competente en el contexto sanitario.

Los sanitarios pueden adquirir esta competencia de dos maneras: mediante formación específica o contando con alguien —un intérprete profesional— que les pueda sensibilizar y que se las pueda explicar (Pena Díaz 2023). Por esta razón, es esencial que se recurra a intérpretes profesionales, ya que es fundamental que estos comprendan las diferencias que influyen en dichos encuentros, como el derecho a la salud en los diferentes países, las percepciones sobre la salud y la enfermedad, así como las prácticas o tratamientos influenciados por la cultura, que varían significativamente según el país de origen del paciente.

5. Situación de la interpretación sanitaria

El presente estudio se centra en la especialidad de la interpretación sanitaria pues, como se ha indicado anteriormente, cuando existen barreras comunicativas entre sanitarios y pacientes alófonos, el profesional más adecuado para solventar dichas dificultades es el intérprete sanitario. Como señala Hale (2010: 35), “estos profesionales se pueden definir como intérpretes médicos o intérpretes sanitarios”, aunque también pueden tomar la denominación más general de traductores e intérpretes en servicios públicos (TISP), que son aquellos que tratan de facilitar el acceso a los servicios públicos, como los sanitarios, educativos, jurídicos, etc. (Pena Díaz 2023).

La interpretación sanitaria es una profesión emergente en el seno de las sociedades interculturales y de servicios (Gauthier Blasi y Lázaro Gutiérrez 2020) y la antemencionada falta de requisitos oficiales en España (Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez 2021) no solo representa un vacío legal, sino también un factor que merma la calidad asistencial y la seguridad del paciente, que a su vez propicia que se recurra a intérpretes *ad hoc*.

En el contexto migratorio actual y la creciente diversidad cultural, el ámbito biosanitario es uno de los que mayor demanda de traducción e interpretación presenta (Ruiz Mezcuza 2012), razón por la que, en los últimos años, se ha intentado mejorar estos servicios en organismos sanitarios. Actualmente, todas las Comunidades Autónomas cuentan con teletraducción gestionada por la empresa Dualia. Además, la ONG Salud entre Culturas ofrece interpretación presencial en hospitales como el Hospital Ramón y Cajal y el Hospital de Guadalajara. En el ámbito académico y profesional, asociaciones como AFIPTISP y másteres de la Universitat Jaume I y la Universidad de Alcalá forman especialistas en traducción e interpretación sanitaria.

La existencia de formación e investigación en torno a este fenómeno da cuenta de que es necesaria una formación específica en traducción e interpretación, así como en conceptos sanitarios, y no únicamente contar con el bagaje lingüístico y cultural de la población migrante. En el contexto en el que nos centramos, la comunicación intercultural entre personas procedentes de culturas distintas no se puede limitar a la transmisión de información, sino que se trata de un proceso construcción de significados (Alsina 2000).

6. Estudio de campo

Una vez delimitado el marco teórico, el presente estudio interdisciplinar se inscribe en un paradigma sociocrítico. En otras palabras, se trata de un estudio exploratorio que persigue en primera instancia la reflexión crítica, así como la transformación social de una determinada cuestión (Loza Ticona et al. 2020). Desde esta perspectiva, los intérpretes profesionales son concebidos como agentes sociales y cocreadores de significado dentro del fenómeno comunicativo objeto de estudio. Por ello, el estudio de campo se presenta como el eje central de la investigación, en el que, a través de un instrumento de recopilación de información, se pretende conocer la realidad de la profesión de los intérpretes sanitarios. En línea con los objetivos del presente artículo, a partir del estudio de campo, se pretende identificar los posibles choques culturales y barreras comunicativas entre el personal sanitario y pacientes migrantes.

6.1. Metodología

Con el objetivo de identificar estas barreras comunicativas y choques culturales en el contexto específico de la sanidad pública en España, el estudio de campo se basa en una encuesta semiestructurada dirigida a intérpretes profesionales con experiencia en el ámbito. Se llevó a cabo un análisis temático, descriptivo y crítico de las perspectivas y experiencias reales de los intérpretes, a partir de las respuestas obtenidas a través de la encuesta.

Este estudio de campo se articuló mediante un diseño mixto que integra técnicas de recogida de datos de carácter cuantitativo y cualitativo, con el fin de obtener información diversa sobre la realidad que se pretende estudiar, las experiencias del intérprete (Creswell y Plano Clark 2011). Este tipo de análisis facilita la generación e interrelación de conceptos de forma gradual, siguiendo ciertas reglas y que se puede combinar con otros métodos de investigación cualitativos (Pietro Courries 2019).

6.2. Participantes

Los criterios de inclusión para la delimitación de la muestra fueron: (1) contar con formación académica en lenguas filologías o traducción e interpretación y (2) que contaran con experiencia profesional como intérpretes en el ámbito sanitario.

Además, la selección de los participantes respondió a criterios de relevancia, adecuación y disposición (Valles 2007), priorizando la participación de intérpretes con conocimiento directo del fenómeno objeto de estudio y predisposición a colaborar en la investigación.

Estos criterios permitieron garantizar que los participantes, 22 en total, dispusieran de una base formativa específica y de una experiencia directa en el contexto objeto de estudio, asegurando así la pertinencia y fiabilidad de las respuestas recabadas.

6.3. Instrumento de recogida de datos

El instrumento de recogida de datos consistió en una encuesta semiestructurada que incluía preguntas orientadas a la recogida de datos cuantitativos y cualitativos. Dicha encuesta fue elaborada y distribuida a través de la plataforma gratuita *Google Forms* y que estuvo disponible durante 30 días. Los apartados se estructuraron de manera gradual: de lo más general –principalmente datos sociodemográficos de los participantes– a lo más específico, con preguntas dirigidas a responder a los objetivos del estudio para indagar en cómo estas barreras son percibidas y gestionadas por intérpretes profesionales en su práctica cotidiana.

Así pues, la encuesta se dividió en cuatro bloques temáticos que se estructuraron de la siguiente manera: (1) formulario de consentimiento informado; (2) datos sociodemográficos de los encuestados; (3) cuestiones relativas a la contratación del servicio; (4) cuestiones relativas a la práctica profesional; y (5) experiencias personales.

Los tres primeros apartados incluyeron preguntas de opción múltiple, no restringidas a una sola elección y un espacio al final de cada opción para añadir información adicional que no estuviera contemplada. El último apartado se compone de tres preguntas de opción múltiple y siete de Escala Likert, destinadas a medir el grado de acuerdo con diversas afirmaciones relacionadas con las barreras lingüísticas y culturales en la consulta sanitaria.

La encuesta se distribuyó mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional y por conveniencia, a través de su difusión en redes sociales y en asociaciones profesionales de traducción e interpretación, como Asetrad o La Xarxa. Dado el carácter abierto del enlace, no fue posible determinar con exactitud el número total de encuestados potenciales alcanzados.

Cabe destacar la limitada representatividad de la muestra, puesto que el procedimiento de muestreo empleado no permite garantizar que los resultados sean extrapolables al conjunto de la población de profesionales del sector, ni en el territorio español, ni a nivel internacional. Asimismo, el carácter voluntario de la participación puede haber dado lugar a un posible sesgo de autoselección, ya que es probable que hayan respondido aquellas personas especialmente interesadas o sensibilizadas con la temática objeto de estudio.

7. Análisis de los resultados

Con tal de analizar los datos cuantitativos extraídos de la encuesta se ha abogado por la estadística descriptiva, es decir, la distribución y análisis de los datos se ha basado en frecuencias y porcentajes. Además, la triangulación de los datos cuantitativos y cualitativos permite reforzar la coherencia interpretativa de los resultados más relevantes para el estudio empírico y que se presentan a continuación.

7.1. Perfil profesional y experiencia

El primer apartado de la encuesta se centra en los datos sociodemográficos sobre el perfil de los encuestados, así como en su experiencia como intérpretes sanitarios. Del total de participantes con experiencia en el ámbito sanitario, 22 intérpretes profesionales, 16 encuestados eran de nacionalidad española; 2 de doble nacionalidad española-polaca y franco-española, respectivamente; y 3 de nacionalidad extranjera neerlandesa, alemana y ucraniana, respectivamente.

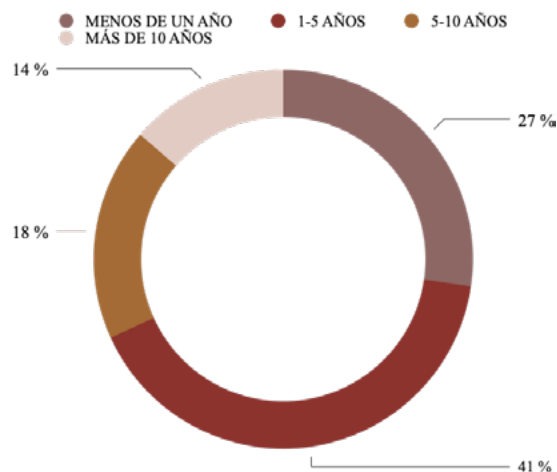
Respecto a la formación, todos los encuestados habían cursado estudios de Traducción e Interpretación y, adicionalmente, algunos afirmaban tener formación en idiomas, filología de lenguas extranjeras e hispánicas y en veterinaria (1 encuestado). Por lo tanto, se puede afirmar que la mayoría de los encuestados eran intérpretes profesionales, puesto que contaban con una formación reglada en el campo objeto de estudio.

En cuanto a la formación ofrecida por el propio centro sanitario, en la mayoría de los casos (50,3 %), en los centros en los que trabajaron no se les ofreció ningún tipo de formación adicional relacionada con cuestiones de inmigración, cultura e interculturalidad, administración, protocolos o especialidades clínicas. El resto de los encuestados sí afirmó haber recibido formación en cuestiones de inmigración (16,7 %), en

cultura e interculturalidad (16,7 %), en derechos sociales (5,6 %), en administración (5,6 %), en técnicas de reproducción asistida y genética (5,6 %), en medicina (5,6 %) y en protocolos o requisitos del cliente final (5,6 %).

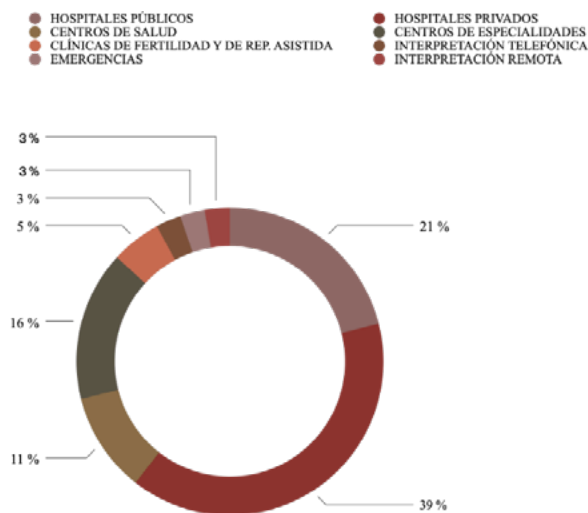
Partiendo de la premisa de que los años de experiencia en interpretación sanitaria pueden influir en el nivel de conocimiento y familiaridad sobre aspectos interculturales e interlingüísticos (Figura 2), los resultados muestran que la mayoría de los encuestados contaban con una experiencia de entre 1 y 5 años (41 %), seguidos del grupo con menos de un año de experiencia (27 %). El 18 % (4 encuestados) se enmarca en el grupo con entre 5 y 10 años de experiencia y el 14 % (3 encuestados) cuentan con más de 10 años de experiencia.

Figura 2. Experiencia en interpretación sanitaria.



Tomando como referencia los resultados relacionados con los entornos de trabajo en los centros sanitarios (Figura 3), se observa que los hospitales privados son los que ofrecen en mayor medida servicios de interpretación a sus pacientes (39 %). Además, el uso de interpretación telefónica cuenta con un porcentaje significativo de respuestas sobre su presencia en el desempeño laboral de los encuestados (21 %). Se aprecia que, si bien existen servicios de interpretación en centros públicos —concretamente en centros de especialidades (16 %) y en urgencias (11 %)—, estos se dan con menor frecuencia.

Figura 3. Entornos de trabajo en los centros sanitarios.



A partir de los datos relativos a las áreas o especialidades médicas en las que se ofrece el servicio de interpretación, se observa que se suele solicitar interpretación en mayor medida en obstetricia y ginecología (19), así como en medicina familiar y comunitaria (16), salud mental (10) y geriátrica (8).

Generalmente, en estas áreas se tratan temas muy sensibles o son el primer punto de encuentro entre el sanitario y paciente. Sin la intervención de un intérprete, la vergüenza o inseguridad propia de estos contextos se puede ver acrecentada por los factores culturales y sobre todo lingüísticos, que especialmente en estos casos tienen un papel principal en la transmisión y la comprensión de la información. Además, cobra especial relevancia la asistencia de un intérprete en el área de medicina y enfermería familiar y comunitaria, puesto

que son los encargados de analizar los determinantes sociales de la salud (Sand et al. 2024). Si no se tienen en cuenta no solo las necesidades lingüísticas, sino también las culturales, los tratamientos y diagnósticos pueden prolongarse en el tiempo y afectar al estado de salud del paciente (Maynard 1991).

En lo referente a la especialidad de pediatría (13), los sanitarios no hablan directamente con los pacientes pediátricos, sino con los padres o tutores, ya que el paciente es menor de edad. Generalmente, las prácticas y concepciones acerca de la crianza, alimentación y salud infantil pueden variar entre culturas diferentes, por lo que es necesaria la figura del intérprete/mediador para que aclare estas diferencias, especialmente cuando se trata de enfermedades infantiles, vacunas o tratamientos complejos.

Por su parte, las consultas del área de salud mental (10) requieren una correcta translación de matices, así como una comprensión profunda de las emociones, pensamientos y contextos culturales, ya que los aspectos psicológicos y psiquiátricos tienen significados que varían según la cultura (Pérez Sales 2004) y sus tratamientos también varían (Brik 2007). En ciertas culturas existen tabúes en cuanto a padecer problemas de salud mental, lo que puede dificultar que el paciente se exprese libremente (Tapia et al. 2015).

Por último, los pacientes de la especialidad de geriatría (8) pertenecen de por sí a un grupo de población vulnerable (Guerrero et al. 2015), más aún cuando existen barreras lingüísticas y culturales, que se pueden ver mermadas si se padecen ciertas discapacidades sensoriales o cognitivas. Además, las concepciones sobre el envejecimiento, la autonomía y los cuidados paliativos pueden variar según la cultura. Por ende, las explicaciones detalladas, la toma de decisiones compartida y la comunicación constante con sus familias es fundamental para una correcta comunicación.

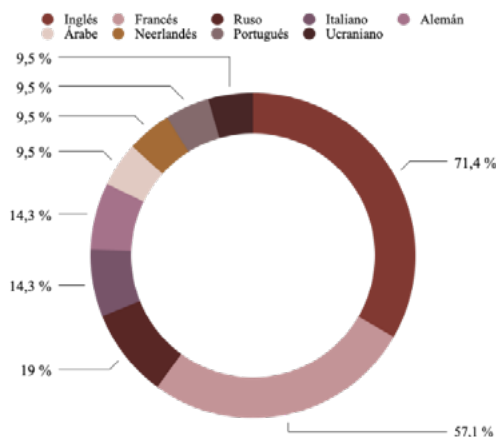
En definitiva, las interacciones en todas estas áreas suelen ser sensibles, multidimensionales y están culturalmente cargadas. Por ello, contar con intérpretes y mediadores profesionales es fundamental para garantizar una comunicación efectiva, respetuosa y comprensiva para ofrecer una atención médica de calidad y en igualdad de condiciones, evitando que se generen diagnósticos erróneos, insatisfacción, falta de atención adecuada e incluso consecuencias graves para la salud de los pacientes (Gibson et al. 2005).

En cuanto al tipo de contrato, la mayoría de los encuestados afirma que prestó servicios de interpretación mediante la contratación en plantilla en hospitales (54,5 %). Otro porcentaje notable del total de encuestados (27,3 %) trabajaba por encargos concretos, por cuenta propia (18 %) o ejerciendo una labor de voluntariado (0,2 %). El hecho de que haya más intérpretes contratados en plantilla se debe a una elevada y frecuente demanda, la mayor eficiencia operativa y la calidad del servicio.

7.2. Presencia de LMD

Tal y como se puede ver en los resultados de la encuesta (Figura 4), las lenguas extranjeras más conocidas y habladas en España como son el inglés (71,4 %) y el francés (57,1 %), coinciden con las más demandadas en la atención sanitaria, según los encuestados. A estas le siguen el ruso (19 %), el italiano (14,3 %) y el árabe (14,3 %) que sí se podrían considerar LMD.

Figura 4. Lenguas más demandadas por los usuarios.



Los resultados de la encuesta, teniendo en cuenta la nacionalidad de los encuestados, muestran que las lenguas más demandadas —el inglés y el francés— sí que estarían cubiertas, mientras que el resto de LMD no se podrían cubrir con las combinaciones con las que trabajan las personas encuestadas.

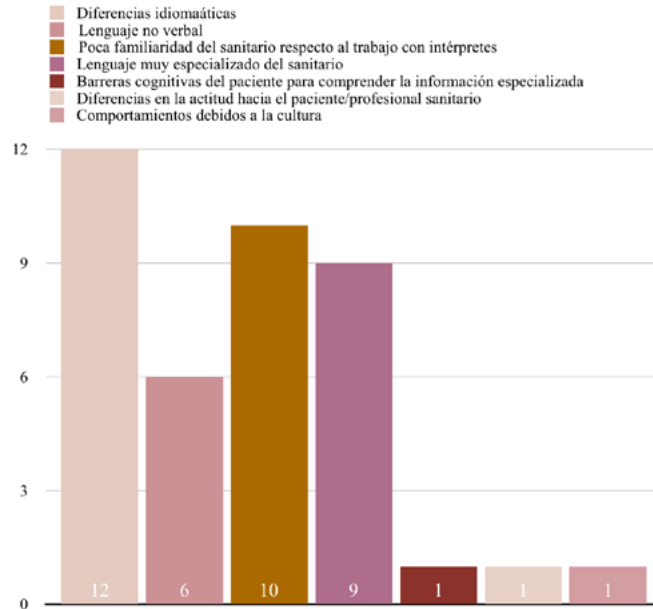
Teniendo en cuenta la realidad de la asistencia cultural y lingüística en el ámbito sanitario expuesta, los encuestados están de acuerdo (totalmente de acuerdo, 36,4 %; de acuerdo 27,3 %) en que los pacientes inmigrantes se encuentran en situación de vulnerabilidad a causa de dichas barreras. No obstante, algunos de los encuestados se muestran neutrales (ni de acuerdo ni en desacuerdo, 18,2 %) o están parcial o totalmente en desacuerdo con esta afirmación (9,1 % y 9,1 %, respectivamente).

Respecto a la relevancia de los factores culturales, los encuestados constatan que el factor cultural es relevante para la comunicación entre los pacientes extranjeros y los sanitarios (totalmente de acuerdo, 72,7 %, y de acuerdo 18,2 %), mientras que un menor número de encuestados se mostraron imparciales (4,5 %) o en desacuerdo (4,5 %).

En cuanto a la relación entre el desconocimiento del lugar de origen del paciente y la dificultad que esto conlleva para el desarrollo de la consulta, se obtuvieron respuestas más dispares que en los anteriores apartados. Aunque el 22,7 % se mostraba totalmente de acuerdo o de acuerdo, un alto porcentaje de los encuestados (45,5 %) declaró no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 4,5 % se mostró en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, a pesar de que la mayoría alegaron más adelante haber experimentado problemas por el desconocimiento de la cultura del paciente.

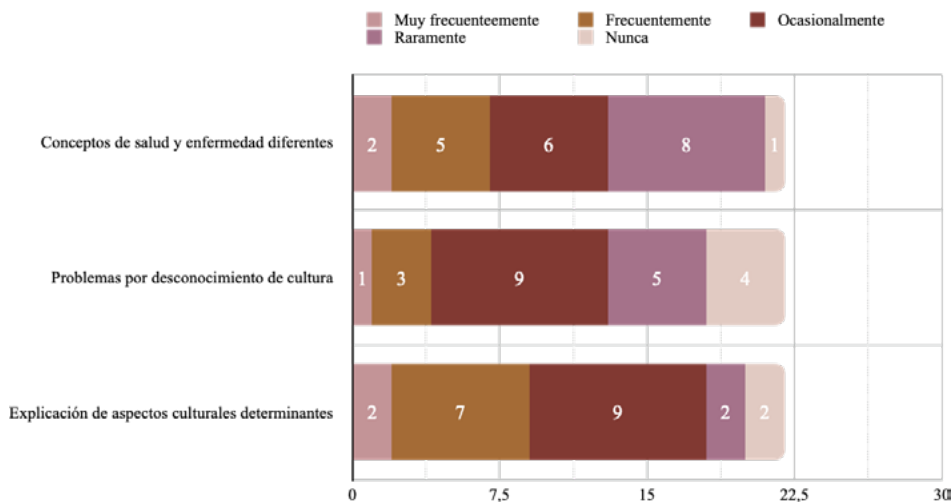
Entre los factores que afectan mayormente a la comunicación (Figura 5), destacan las diferencias idiomáticas (12), la poca familiaridad del sanitario con el trabajo de los intérpretes (10), el lenguaje especializado utilizado por los sanitarios (9) y el lenguaje no verbal empleado por ambas partes.

Figura 5. Factores que afectan a la comunicación.



En cuanto a la percepción de diferencias sobre conceptos como salud y enfermedad (Figura 6), los encuestados afirman que existen ocasionalmente (6) y frecuentemente (5). Del total de intérpretes, solo uno (1) alegó no haberlas percibido nunca.

Figura 6. Diferencias culturales entre y el usuario y el intérprete.

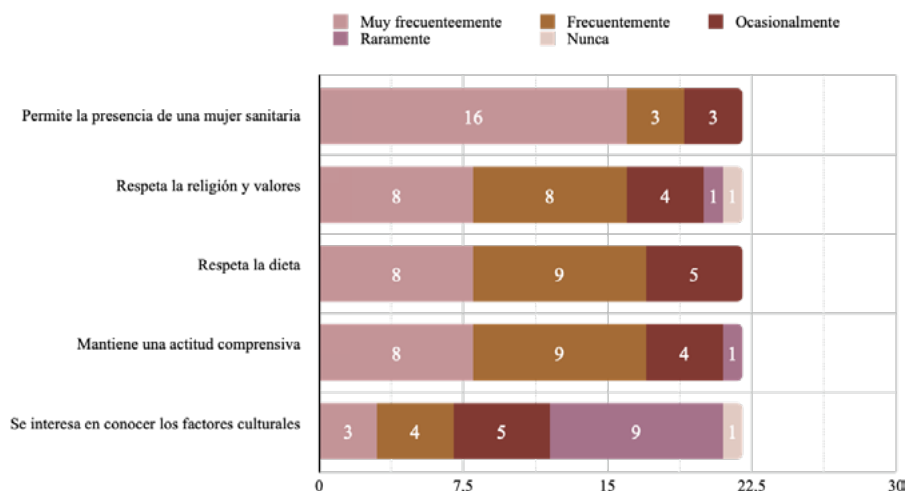


Asimismo, se ha podido constatar que el desconocimiento de la cultura del paciente puede derivar en problemas de comunicación. Un total de 13 encuestados afirma que, en algún momento, con mayor o menor frecuencia, ha experimentado algún problema con el paciente por este motivo, aunque otros 9 encuestados consideran que raramente o nunca (5 y 4, respectivamente) ha vivido un malentendido de este tipo. Ante estos posibles problemas en la comunicación sanitario-paciente, los intérpretes de manera muy frecuente, frecuente y ocasional (2, 7 y 9, respectivamente), han tenido que explicar ciertos conceptos culturales a alguna de las partes.

Ante estas explicaciones, parece ser que la actitud que adoptan los sanitarios es de adaptabilidad en las consultas con población migrante es bastante elevada (Figura 7). Por ejemplo, la mayoría de los intérpretes

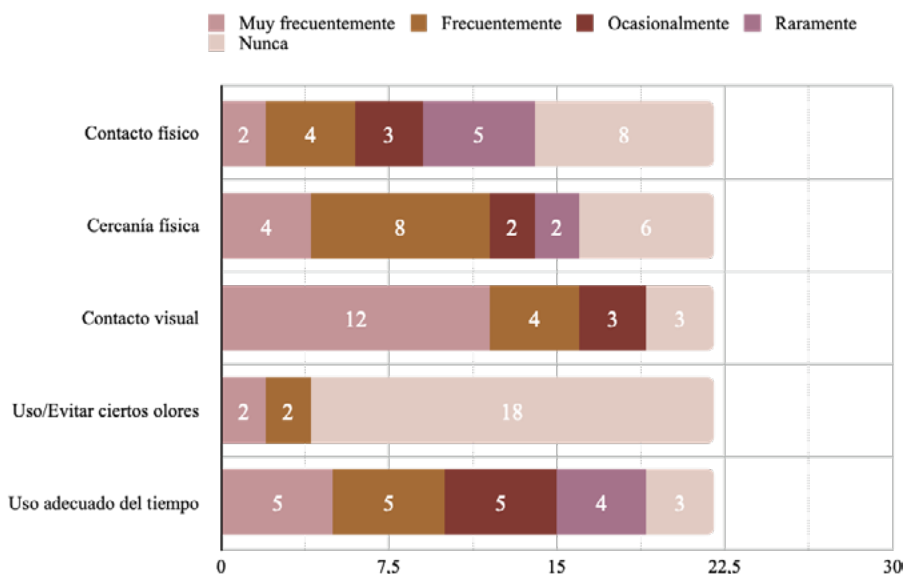
encuestados afirma que es muy frecuente (16), frecuente (3) o que en ocasiones (3) se permita la presencia por parte de una mujer sanitaria en consulta; suelen respetar la religión y los valores culturales de los pacientes (16), aunque se observa que ocasionalmente o nunca no lo han percibido así (4, 1 y 1, respectivamente); respetan en gran medida su dieta y mantienen una actitud comprensiva con los pacientes.

Figura 7. Actitudes del profesional sanitario.



No obstante, según los encuestados los sanitarios no muestran gran interés en conocer los factores culturales de sus pacientes. Solo siete de los encuestados consideran que los sanitarios se interesan por estas cuestiones de manera frecuente o muy frecuente.

Figura 8. Elementos no verbales que influyen en la comunicación.

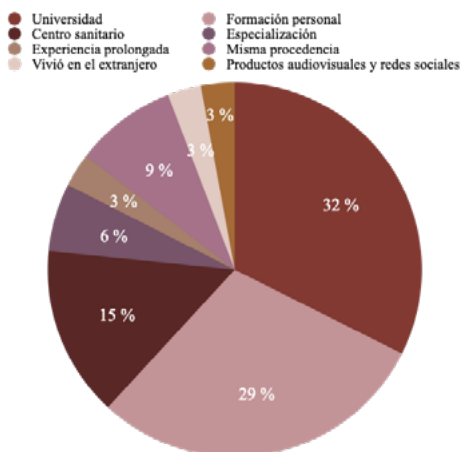


En cuanto a los elementos del lenguaje no verbal que se emplean para lograr un mejor entendimiento con el paciente (Figura 8), destacan por su uso muy frecuente y frecuente el contacto visual (16), la cercanía física (12) y el uso adecuado del tiempo en consulta (10). Sin embargo, el uso/evitar ciertos olores no se considera un elemento no verbal que facilite la comunicación, aunque su uso/no uso en algunas culturas puede tener connotaciones específicas, ya sean positivas o negativas (Schein 1990). Esto indica que los elementos no verbales desempeñan un papel crucial en la comunicación y el entendimiento mutuo.

Todos estos factores tienen un impacto directo no solo sobre la percepción del paciente de la calidad del cuidado y la comodidad durante la consulta, sino también sobre la efectividad de la consulta percibida por el sanitario y la adherencia al tratamiento del paciente (Maynard 1991).

En cuanto a la adquisición del conocimiento intercultural (Figura 9), el hecho de que once de los intérpretes hayan adquirido formación universitaria (32 %) o hayan decidido formarse personalmente (29 %) es indicador de que es necesario ofrecer más formación en competencias interculturales en el ámbito académico puesto que, es clave para que la comunicación sanitario-paciente sea efectiva (Chen 2019).

Figura 9. Adquisición del conocimiento intercultural.

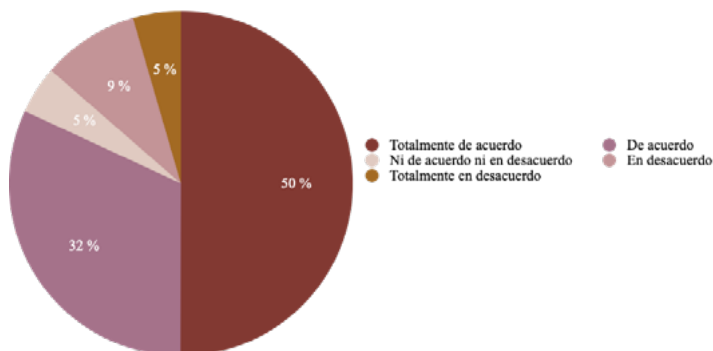


Algunos de ellos alegan que adquirieron estos conocimientos con formación especializada (6%) y que pudieron desarrollarlos gracias a su experiencia laboral (3%), incluso de manera informal como, por ejemplo, consumiendo productos audiovisuales y redes sociales (1). Más desalentador es el dato del aprendizaje en el centro sanitario, tan solo cinco respuestas afirman que la recibieron por este medio

Por último, de los resultados se deduce que el origen del intérprete o de sus familiares e incluso vivir en los países donde se hablan sus lenguas de trabajo sirve de apoyo a la formación intercultural, ya que estos vínculos directos pueden enriquecer los conocimientos culturales de los intérpretes (3).

Una vez los encuestados respondieron a todas las preguntas relacionadas con la cultura de los pacientes inmigrantes más de la mitad (82 %) consideraron que era necesario recibir más formación sobre aspectos interculturales (Figura 10).

Figura 10. Necesidad de formación en aspectos culturales.



8. Discusión

En el análisis se ha podido ver que entre los factores que afectan a la comunicación entre los sanitarios y los pacientes, destaca sobre todo la barrera idiomática. No obstante, la barrera cultural, en un primer momento no se percibió como algo relevante para el 45,5 % de los encuestados y, los resultados sugieren que los sanitarios no acaban de comprender del todo este último factor, el cultural. Aunque, en un primer momento, parecía no influir en la comunicación efectiva, la mayoría de los encuestados alegaron más adelante haber experimentado problemas por el desconocimiento de la cultura del paciente. Asimismo, cuando se examinó cómo los intérpretes profesionales perciben estas barreras y las gestionan en su práctica cotidiana, también especificaron que, con frecuencia, existen diferencias en la forma en que sanitarios y pacientes perciben conceptos como “salud” y “enfermedad” que acaban afectando a la comunicación.

Estos últimos hallazgos muestran que no solo la competencia idiomática es relevante para la comunicación, sino que también la cultura es un factor que puede influir en la comunicación. Además, el análisis de los resultados sugiere que la familiaridad del profesional sanitario con el trabajo de los intérpretes o el lenguaje verbal y no verbal empleado por el sanitario es esencial para garantizar una mejor comunicación.

Por último, y en relación con el último objetivo del estudio —proponer líneas de formación básica orientadas a intérpretes *ad hoc* que, en ausencia de profesionales, intervienen en la comunicación clínica—, aunque todos los encuestados contaban con formación y experiencia en interpretación en el ámbito sanitario, 18 de los 22 intérpretes consideran que la formación, no debería centrarse solamente en el manejo de las lenguas de trabajo, sino que los aspectos interculturales deberían tener un papel más representativo. De hecho, ante la falta de formación intercultural tanto por parte de las universidades como por parte de los hospitales o centros de salud en los que trabajaban, algunos de estos intereses decidieron formarse de

forma autónoma. Esta información da cuenta de la necesidad de recibir una formación interculturalmente adaptada a la realidad, aún más cuando se trata de intérpretes no profesionales.

9. Conclusiones

El presente estudio ha permitido analizar, desde una perspectiva sociocrítica, las experiencias y necesidades que los intérpretes profesionales perciben en su labor en el ámbito sanitario. Los resultados obtenidos confirman la pertinencia del objetivo planteado, al evidenciar la necesidad de incorporar una formación básica para intérpretes en materia de aspectos culturales vinculados al ámbito sanitario.

Las respuestas recogidas revelan, en primer lugar, cierta ambigüedad conceptual en torno a las nociones de “cultura” y “lo cultural”, lo que pone de manifiesto la complejidad de operacionalizar estos conceptos en la práctica profesional. Más allá de la barrera lingüística —reconocida de manera unánime como obstáculo evidente—, los participantes subrayan que el desconocimiento mutuo entre sanitarios y pacientes migrantes respecto a sus respectivos marcos culturales y organizativos constituye un factor determinante en la aparición de malentendidos y tensiones comunicativas. En este sentido, cuando el intérprete no dispone de herramientas formativas que le permitan identificar y gestionar estos elementos culturales, el proceso comunicativo puede verse comprometido.

Si bien la muestra analizada presenta limitaciones en términos de representatividad, el estudio no pretende ofrecer conclusiones generalizables al conjunto del mercado español de la TISP, sino sentar las bases para futuras investigaciones más exhaustivas que contribuyan a corroborar que la presencia de un intérprete profesional que cuente con una formación complementaria en interculturalidad es esencial para que sea posible detectar los choques culturales entre el personal sanitario y hablantes de LMD.

Los resultados de la presente investigación plantean la posibilidad de desarrollar herramientas aplicadas, como guías prácticas destinadas a intérpretes no profesionales o *ad hoc* que puedan desempeñar un papel clave en situaciones donde no se dispone de intérpretes capacitados. Iniciativas como Diálogos Erasmus+ (Pena y Sanz et al. 2025) ponen de relieve la necesidad de diseñar recursos formativos accesibles que permitan afrontar las barreras interculturales en distintos organismos públicos. En el ámbito sanitario, una guía de estas características debería contemplar aspectos como los imaginarios sociales en torno a la salud, las divergencias en las concepciones de enfermedad y tratamiento, así como estrategias para garantizar el acceso equitativo al derecho a la salud. A la luz de la información aportada por los intérpretes encuestados, se evidencia que, en toda formación de traductores e intérpretes, se deben incluir aspectos que complementen la competencia lingüística, como son las diferencias culturales en el contexto sanitario, y que no solo se centren en el migrante, sino también en la cultura de la institución del país de llegada, especialmente importante para intérpretes *ad hoc*.

En definitiva, el estudio contribuye a reforzar la idea de que la calidad de la atención sanitaria en contextos multiculturales depende en gran medida de la profesionalización y formación intercultural de quienes median lingüísticamente en ella. Promover servicios de interpretación eficaces y culturalmente competentes no constituye un elemento accesorio, sino una condición estructural para avanzar hacia sistemas de salud más equitativos, inclusivos y sensibles a la diversidad lingüística y cultural de la población migrante.

Referencias

- Alcántara, María (2024, 2 diciembre). Año récord de llegadas de inmigrantes irregulares a Canarias con 41.425 personas y diciembre aún por delante. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/espana/2024/12/02/674dd03fe85e01248b4969.html>.
- Álvaro Aranda, Cristina y Lázaro Gutiérrez, Raquel (2021). La formación en interpretación sanitaria y su camino hacia la profesionalización: un análisis de itinerarios formativos propuestos desde distintas entidades en España. *Panace@*, 53, 69-77.
- Bennett, Milton (1993). Towards ethno-relativism: A developmental model of intercultural sensitivity. En R. M. Paige (Ed.), *Education for the Intercultural Experience* (pp. 21-71). ME, Intercultural Press.
- Brik, Eduardo (2007, 11 julio). *La Psicoterapia Transcultural: La Interacción con el otro diferente*. Médico psicoterapeuta Eduardo Brik.
- Buendía, Carmen T.; Pérez, María del Carmen F. y Galán, Ana D. (2006). Traducción e interpretación en los servicios públicos: situación en la Comunidad Autónoma Canaria. *Revista española de lingüística aplicada*, 1, 187-204.
- Calvo, Elisa, y Vigier-Moreno, Francisco Javier (2018). La interpretación en los servicios públicos en Andalucía: una década bajo la lupa (2006-2016). En *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 13-29). Comares.
- Chen, Tzu-Yiu (2019). *Un estudio descriptivo sobre la competencia intercultural de los estudiantes sinohablantes en el aula de español I2/Ie*. [Tesis doctoral inédita]. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Deardorff, Darla (Ed.). (2009). *The SAGE handbook of intercultural competence*. Sage Publications.
- Gibson, Dewan y Zhong, Mei (2005). Intercultural communication competence in the healthcare context. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(5), 621-634.
- Guerrero, Nancy, y Yépez-Ch, María Clara (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y salud*, 17(1), 121-131.
- Hale, Sandra B. (2010). *Community Interpreting*. Basingstoke: Palgrave MacMillan. [Citado por la traducción española de Rosa Cobas y Carmen Valero-Garcés. *La interpretación comunitaria. La interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social* (2010). Comares].

- King, Patricia M. y Baxter Magolda, Marcia B. (2005). A developmental model of intercultural maturity. *Journal of College Student Development*, 46(6), 571-592.
- Lázaro Gutiérrez, Raquel y Gauthier Blasi, Laura (2020). Vers la professionnalisation de l'interprétation en milieu de soins de santé. Quel degré (d'in)visibilité pour l'interprète ? *Interpreters' Newsletter*.
- Loza Ticona, Renzi Marilu ; Mamani Condori, José Luis; Mariaca Mamani, Jheand Simionne y Yanqui Santos, Fabiola Elizabeth (2020). Paradigma sociocrítico en investigación. *PsiqueMag*, 9(2), 30-39. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v9i2.2656>
- Martin, Anne (2006). La realidad de la traducción e interpretación en los servicios públicos en Andalucía. *Revista española de lingüística aplicada*, 1, 129-150.
- Maynard, Douglas W. (1991). Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. *The American Journal of Sociology*, 97(2), 448-495.
- Ortiz, María Cristina (2021). La problemática del contacto lingüístico en contextos de salud: Exploración en un hospital del segundo cordón del conurbano bonaerense. *Traslaciones. Revista latinoamericana de Lectura y Escritura*, 8(15), 9-32.
- 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>
- Pena Díaz, Carmen y Sanz de la Rosa, Andrea (2025). Communication in public service interpreting and translating with languages of lesser diffusion: the DIALOGOS project. *The Interpreter and Translator Trainer*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/1750399X.2025.2577534>
- Pérez Sales, Pau (2004). *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. Desclée de Brouwer.
- Salaets, Heidi; Balogh, Katalin y Van Schoor, Dominique (2016). Languages of Lesser Diffusion (LLs) the rationale behind the research project and definitions. En Heidi Salaets, Katalin Balogh y Dominique Van Schoor (Eds.), *TraILLD: Training in Languages of Lesser Diffusion* (pp. 17-29). Lannoo Campus.
- Sand, Jessica; Morgan, Zachary J. y Peterson, Lars E. (2024). Addressing Social Determinants of Health in Family Medicine Practices. *Population Health Management*, 27(1), 26-33. <https://doi.org/10.1089/pop.2023.0014>
- Sanz-Moreno, Raquel (2018). La percepción del personal sanitario sobre la interpretación en hospitales. Estudio de caso. *Panace@*, 47, 67-75.
- Schein, Edgar H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45(2), 109-119. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.2.109>
- Valero-Garcés, Carmen y Wahl-Kleiser, Lissie (2014). Desencuentros culturales en el ámbito de la salud; las voces de los profesionales sanitarios y los pacientes extranjeros. *Panace@*, 15(40), 315-328.
- Vigier-Moreno, Francisco Javier y Relinque Barranca, Mariana (2023). "La mediación interlingüística e intercultural en el ámbito de la protección internacional en Andalucía: Necesidades y soluciones identificadas por las entidades implicadas". En Carmen Valero-Garcés (Ed.), *TISP (Translation and Interpreting in Public Services in Transition / PSIT in Transition)* (pp. 148-157). Universidad de Alcalá. <https://doi.org/10.37536/VISG5657>.