

Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México

MIGUEL FIGUEROA-SAAVEDRA¹

Uno de los grandes retos al que se enfrenta la comunicación interpersonal en la salud pública es el incremento de la diversidad lingüística y cultural de las poblaciones que atiende. Esta revisión busca sensibilizar y apreciar la magnitud del reto que supone atender a una población con gran diversidad etnolingüística autóctona o emigrante por los servicios de salud. El objetivo principal es proporcionar información y valorar los diversos marcos legales, estrategias, recursos y buenas prácticas con que se está afrontando en México, España y Estados Unidos.

PALABRAS CLAVE: comunicación en salud pública, barrera idiomática, comunicación interpersonal, comunicación intercultural.

One of the biggest challenges facing interpersonal communication in public health is the growth of linguistic and cultural diversity of the populations it serves. This review seeks to make sense of and to appreciate the magnitude of the challenge that attends a population with great ethno-linguistic diversity, native or migrant, in health services, with the final objective to furnish information and to appraise the diverse legal aspects, strategies, resources, and good practices with which it is faced in Mexico, Spain, and the United States.

KEY WORDS: public health communication, idiomatic barrier, interpersonal communication, intercultural communication.

¹ Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana Intercultural e Instituto de Salud Pública. Correo electrónico: migfigsaa@yahoo.com.mx

Agradezco a la maestra Josefina Aguirre Martínez la revisión de este artículo y sus sugerencias; y al doctor Francisco Domingo Vázquez Martínez el darme la oportunidad de introducir los aspectos aquí tratados, como parte del currículo de formación de los futuros salubristas del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

INTRODUCCIÓN

La diversidad cultural y lingüística de las sociedades humanas plantea problemas de comunicación que se han resuelto de diferente manera. En el nivel administrativo, las actuaciones y medidas políticas han oscilado entre dos extremos. Por un lado, la supresión del problema con la homogeneización cultural y lingüística de las poblaciones a su cargo; por otro, la creación de mecanismos y herramientas de traducción que faciliten la interacción paritaria y la comunicación comprensiva, sin imponer un modelo homogenizador e inequitativo.

En esto se advierten dos actitudes encontradas. Por un lado, la imposición de una uniformidad “contra lo humano”, que fuerza a muchas comunidades etnolingüísticas a abandonar el uso de sus lenguas bajo directrices “lingüicidas”. Por otro lado, una aceptación de la diversidad humana y la aplicación de políticas de respeto y tolerancia auspiciaron la creación de instancias, medios y recursos para facilitar la comunicación plurilingüe. Obviamente, hay múltiples matices según la situación social, cultural y lingüística de cada país, pero lo cierto es que el primer modelo responde a un proyecto político de Estado-nación que, en la actualidad, al margen de la “corrección política”, no se muestra ni funcional ni pragmático ni, por supuesto, es realista con la evolución y composición de los países en el siglo XXI.

Junto a las condiciones particulares de cada país se suma con la internacionalización y globalización de las relaciones económicas y la comunicación, el incremento de los flujos migratorios en tránsito o en destino, dentro y fuera de las fronteras. Esto aumentó el contacto con comunidades culturales y lingüísticas que se creían distantes en el mapa, pero cuyas fronteras se desdibujan en las relaciones personales cotidianas. Ya no es extraño encontrar en nuestras vidas a alguien que hable un idioma diferente al nuestro, y no nos referimos al idioma de un pueblo vecino, sino a nativohablantes de otros continentes de los que desconocemos hasta el nombre de la lengua en que nos hablan.

Estas experiencias de comunicación intercultural y lingüística plantean problemas y retos a abordar desde ya. La instalación y residencia de grupos plurilingües y multiculturales en una misma sociedad o comunidad supone un esfuerzo de adaptación que va más allá de conocer la lengua

del otro. Este esfuerzo adaptativo supone, ante todo, mantener una actitud de apertura, de escucha, cuyo objetivo es lograr una eficaz comunicación interpersonal, comprensiva y abierta. No es sólo cuestión de cortesía, respeto o tolerancia, es una necesidad básica para el funcionamiento social resolver los problemas de no-comunicación, incomprensión, falta de integración y de participación social. En la estructura social, el sistema de salud es, junto con el educativo y el judicial, uno de los ámbitos sociales más afectados por esta situación en los países de Norteamérica y Europa, que son destino preferente de la migración internacional.

EL PROBLEMA LINGÜÍSTICO Y CULTURAL DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD

Como señala Francisco Domingo Vázquez:

Si la comunicación médico-paciente es un desafío entre médicos y pacientes que comparten contextos culturales y hablan el mismo idioma, mucho más lo es cuando el médico y el paciente provienen de diferentes contextos y no hablan la misma lengua, situación que aunque parezca rara y ocasional no lo es en países multiculturales y plurilingües como México (2007: 22-23).

Este problema se hace patente, primeramente, en la comunicación interpersonal. La atención médica se enfrenta al hecho de que la población a la que se dirige describe características étnicas y lingüísticas diferenciadas. Tanto la diversidad de la población local como inmigrante afectan a aspectos básicos de la atención médica, como la cita con el paciente, el registro de síntomas y la descripción de la dolencia por boca de éste, el conocimiento de su situación personal y familiar, la comunicación de un diagnóstico o el cumplimiento de un tratamiento.

DESENCUENTRO LINGÜÍSTICO Y BARRERAS COMUNICATIVAS

Existen a nivel histórico, lingüístico y etnográfico desencuentros lingüísticos que se producen en situaciones de no comunicación por desconocerse no ya los códigos y estructuras gramaticales empleadas, sino

el mundo referencial que pretende representar y las conexiones lógicas y simbólicas que dan sentido a la expresión verbal y no verbal. El arte de traducir implica conocer y apropiarse de una realidad estructurada, clasificada y configurada de acuerdo con una cosmovisión cultural, y eso no es una tarea fácil, y mucho menos al depender de ello una determinada concepción y actuación ante la salud y la enfermedad.

En un nivel terminológico, surgen muchas dificultades para establecer equivalentes de una lengua a otra o apreciar matices de significado y concepto que en una traducción se pueden perder. Un buen ejemplo es el que se refiere a los órganos y miembros corporales. Bien se sabe que hay lenguas donde en una categoría se integran objetos que en otras merecen categorías diferentes. En punjabí se usa la palabra *mũũh* para referirse tanto a boca como a cara y en náhuatl ocurre lo mismo, pues con *tix* se alude al rostro, a la frente o a los ojos. En catalán, por el contrario, se diferencia entre mano (*mà*) y brazo (*braç*), pero no así en la lengua fula, que para ambos términos se emplea la palabra *junngo*. En mandinga se usa la palabra *jusoo* para nombrar tanto al corazón como al hígado y en náhuatl con *tihte* se nombra genéricamente a las entrañas, la barriga o el vientre y en específico al estómago, etcétera, lo que también se hace extensible a la denominación de dolencias y enfermedades (cfr. Gràcia, 2005).

Si se añade el uso coloquial del lenguaje, que no entra en precisiones técnicas o el empleo de sinónimos sin un claro matiz distintivo, la pretendida unicidad del lenguaje médico como lenguaje científico se enfrenta al sentido multívoco, equívoco y variable del habla cotidiana. En tal caso se deja en manos del personal médico la aclaración de lo que se le está diciendo de acuerdo a un contexto y a una suposición sobre qué se demanda. Aun en la misma lengua, la demanda puede reflejar concepciones culturales diferentes de lo que es el padecimiento. Si podemos sospechar dentro de nuestra comunidad etnolingüística qué quiere dar a entender un usuario al decir que tiene “un dolor de estómago”, “punzadas en la espalda”, “una depre” o “un aire en el ojo”, no podemos asegurarlo tan rotundamente si otro hispanohablante, originario de otra comunidad cultural o ámbito social, nos dice que, tiene un “susto”, un “empacho”, un “mal de ojo”, “mollera caída”, “una mancha en la cristiana” o que ha “perdido la sombra”. Así nos

sumimos en la paradoja de no entender lo que aparente y literalmente está claro.

En este extrañamiento se encierra el hecho de que usar un mismo léxico no supone compartir una misma semántica, cuestión que ocurre cuando los interlocutores usan una terminología especial y registros de habla diferenciados, ya por ser variantes geolectales o sociolectales, o tratarse de poblaciones que han adoptado una lengua sin que supusiera sustituir o reemplazar su cosmovisión cultural, resignificando el léxico de la lengua adoptada, como es el caso de muchas comunidades indígenas o criollas en América y África. Esta polisemia dificulta el análisis clínico y la recepción de indicaciones a través de la información dada.

Se suman además diferencias gramaticales cuando ambos interlocutores emplean lenguas estructuralmente diferentes o la lengua compartida sea deficientemente dominada por el otro interlocutor, produciéndose transferencias lingüísticas en el uso de estructuras morfosintácticas que generan confusión. Así lo hace patente la lingüista Lluïsa Gràcia (Gràcia y Bou, 2006: 63-64) al comentar que cuando el paciente es ucraniano o punjabí, las oraciones interrogativas negativas son respondidas de modo inverso a como se haría en catalán o en español:

Así, a una pregunta como *No t'has pres les pastilles?* [¿No te tomaste las pastillas?], la respuesta afirmativa catalana implica la afirmación de la acción (sí=me he tomado las pastillas), mientras que la negación niega la acción (no=no me he tomado las pastillas). En ucraniano y en punjabí, por ejemplo, los valores de las dos respuestas serían los contrarios: *sí* equivaldría a nuestro *no* (sí=es verdad que no me he tomado las pastillas) y *no* correspondería a nuestro *sí* (no=no es verdad que no me he tomado las pastillas).

Además, el que el usuario no maneje la misma lengua o pertenezca a una misma identidad étnica que el personal que le atiende, puede ser motivo de prejuicios o desatención al ser etiquetado de “paciente difícil”. Así ocurre cuando se piensa que es un usuario que demanda una atención excesiva en esfuerzo y tiempo en comparación con otros usuarios, y porque el personal no percibe una retroalimentación positiva que le confirme si está siendo efectiva su actuación a nivel profesional y emocional (cfr. Ágreda y Yanguas, 2001). A esto se agregan prejuicios

sociales y culturales segregacionistas y discriminatorios que hacen que un interlocutor no acepte el empleo de una determinada lengua en la comunicación en salud, sea como receptor o emisor.

Confusión de sentidos y significados, intraducibilidad, amigos falsos,² prejuicios, falta de empatía, dominio deficiente de una lengua son hechos y circunstancias que dificultan la comunicación verbal, la interrelación e interacción entre el personal de salud y los usuarios. La forma de atajarlos pasa por un mejor conocimiento del contexto cultural y del idioma de la población de responsabilidad. Ante esta situación comunicativa son variados los mecanismos y estrategias de resolución que se han adoptado en diferentes países. En todos ellos se parte de que la administración pública es la que debe esforzarse por eliminar la barrera idiomática, proporcionando recursos tecnológicos, humanos y financieros al personal médico para que logre comunicarse de modo comprensivo con el usuario. La exigencia de que corra a cargo del usuario saltar esa barrera con el aprendizaje del idioma usado por personal de salud, es una posibilidad que contradice en ocasiones el alcance universal de la legislación de los países democráticos que considera la atención sanitaria un derecho que debe ponerse al alcance de todo ciudadano, residente y transeúnte, sin exigirle nada a cambio. De no ser así se plantearía una situación absurda, donde el servicio de salud dejaría de ser un “servicio público”. Sería como si el personal sanitario considerara como paciente sólo a aquella persona que tenga a bien acudir a la consulta, o que sólo estaría enfermo aquel que supiera comunicar claramente su estado morbido, sin asumir la responsabilidad con aquella población que no usa sus servicios o no es capaz de informar de su situación.

Aunque esta no es su intención, es cierto que esta impresión acaba anidando en el usuario que va a ser atendido y no percibe del personal al que se dirige un interés por comprender la demanda que hace, es decir, no detecta cuidado en su intento por comunicar su estado de salud. Estudios empíricos (Bellón 2001: 1) han mostrado que la optimización

² Los amigos falsos, también conocidos como falsos cognados o vocablos heterosemánticos, son palabras idénticas o semejantes entre dos lenguas en su pronunciación y/o escritura, pero que muestran divergencias totales o parciales en cuanto a su significado.

de las habilidades comunicativas redundante en la mejora de la gestión del tiempo de consulta:

De tal modo que los médicos que han desarrollado aspectos tan importantes como la empatía, la exploración de creencias y expectativas de los pacientes, o la participación del paciente en las decisiones, han consumido el mismo tiempo de consulta que los que no lo hacen. Incluso, aunque se consumiera más tiempo de entrevista, se trataría de una inversión de futuro, ya que, como ya hemos comentado, al mejorar la eficiencia [...] y los resultados de salud, los pacientes tendrían menos necesidad de utilizar las consultas.

Al margen de la complejidad de elementos que componen el acto comunicativo interpersonal, la comunicación verbal impone la necesidad, si no de poseer un mismo código lingüístico, al menos de que ambos conozcan aceptablemente el código y el entorno referencial desde el que cada uno articula la información. De no ser así, la interrelación, interacción y retroalimentación es imposible y la situación de no-comunicación se hace presente impidiendo cualquier actuación eficaz. La barrera del lenguaje se establece así de modo crudo, sucediéndose el prejuicio del “no me quiere entender” y del “no sabe lo que quiere” o “no me sabe explicar”. Como aseveran Lluïsa Gràcia y Conxa Bou (2006: 63) para el caso de la migración en Cataluña:

El hecho de que el profesional no pueda comunicarse verbalmente con su paciente [...] provoca inquietud y angustia a los dos interlocutores. Los médicos, el personal de enfermería y los trabajadores sociales que atienden a estas personas en sus visitas a los centros sanitarios o a domicilio se pueden sentir inseguros a la hora de hacer un diagnóstico o cuando intentan explicar al paciente el tratamiento que deben seguir, por no mencionar el problema de elaborar la historia médica durante la primera visita.

Esta situación no afecta sólo a la relación interpersonal, se extiende a la imagen y relación que tiene la institución de salud pública con la comunidad y al acceso a los servicios. El problema lingüístico es también un problema de accesibilidad e información de derechos y servicios. Varios sondeos estadísticos revelan que el descontento por el servicio recibido

surge, en gran parte, de problemas de comunicación entre usuarios y personal de salud (Zoppi y Epstein, 2001). En un sondeo de opinión a ciudadanos inmigrantes en California (NCM y Bendixen, 2003), la atención médica tomó el primer lugar entre los temas de preocupación por encima del acceso al empleo o la educación. Así lo afirmaron 42% de inmigrantes vietnamitas, 41% de chinos y 36% de latinoamericanos (*ibidem*: 4). Esta valoración contrasta con los datos para el resto del país, dada la idiosincrasia de la composición demográfica californiana, al tener 25% de población extranjera. Esto plantea problemas no bien atajados por el sistema de salud estatal. El problema de base es una ausencia de habilidades comunicativas y relacionales que muestra un panorama desolador:

[...] Pacientes incapaces de comunicar de modo adecuado sus síntomas o de entender las instrucciones de los medicamentos prescritos, o niños obligados a ejercer como intérpretes improvisados de sus padres los cuales podrían estar enfrentando situaciones de vida o muerte, son realidades frecuentes. Las repercusiones del fracaso comunicativo son profundas para el cuidado médico y el impacto en la ética médica. Se puede llegar a cirugías innecesarias, inadvertencia de síntomas y la prescripción de sobredosis, además de a aquellas incidencias que sin duda generan un subsistema paralelo de atención médica para quienes tienen un entendimiento limitado del inglés (*idem*) (traducción propia).

De este estudio se extraen seis situaciones que favorecen el mantenimiento de la barrera lingüística y que son extrapolables a otros lugares con características similares: 1) desconocimiento de los derechos que amparan en materia de salud, 2) la dificultad o incapacidad para entender la situación médica cuando no hay quien lo explique en el idioma del paciente, 3) dificultad o incapacidad para entender las instrucciones cuando se da de alta hospitalaria, 4) dificultad o incapacidad para entender las instrucciones de uso de los medicamentos prescritos, 5) sensación de recibir un servicio médico pobre o muy pobre, y 6) tendencia a confiar o priorizar los medios de comunicación en el idioma de la institución de salud como fuente primaria informativa sobre el cuidado médico.

A éstas cabría añadir la ineficacia de las campañas de salud no diseñadas en el idioma de la población extranjera, la dificultad para hacerse

entender y el auxilio de “improvisados” intérpretes no calificados. Este problema afecta directamente a la salud, al impedir la debida atención y acceso a las poblaciones que están a cargo de los servicios de salud, fomentando la renuencia a usarlos, a exigir mejor servicio o directamente rechazarlos y cuestionarlos.

El desarrollo de habilidades comunicativas en el personal de salud, incluyendo la competencia lingüística, es una medida necesaria sea cual sea el marco legal de cada país. Otra opción es disponer de personal calificado, traductores profesionistas, para su desempeño como intérpretes médicos o traductores socioculturales. Se puede alegar diferencialmente que no todos los países tienen una legislación que garantice u obligue a los servicios de salud a proporcionar los medios para atender a los usuarios en su idioma, pero la problemática es tan compartida en el plano internacional, que la realidad impone aplicar estrategias que atajen un problema cada día más patente y grave.

Las medidas para romper las barreras lingüísticas en la comunicación personal-usuario de servicios de salud son variadas por esos mismos condicionantes normativos, sociales y económicos, y responden obviamente al desarrollo de políticas de salud particulares, aunque se rijan bajo principios comunes de derecho internacional. Para conocer algunas buenas prácticas ante este problema global, expondremos a continuación algunos ejemplos de actuaciones más recurrentes ante la cuestión: 1) confeccionar herramientas traductoras para auxilio de la labor médica, y 2) contratar intérpretes profesionales. Cada una de estas actuaciones se contextualiza en dos países con diversidad lingüística y cultural claras, España y Estados Unidos.

LA CREACIÓN DE HERRAMIENTAS LEXICOGRÁFICAS Y TRADUCTIVAS

Un ejemplo en el diseño y aplicación de herramientas de traducción lo encontramos en el caso del sistema sanitario público español. En España, el problema lingüístico que se dibujó en las últimas décadas ha rebasado el marco legal que se diseñó para una situación de pluri-lingüismo muy limitado en comparación con otros países. El articulado legislativo, desde la *Constitución Española* de 1978, contemplaba

proteger y promocionar la diversidad lingüística³ del país, dando un marco legal estatutario para que cada comunidad autónoma normalizara el uso de su propia lengua sin menoscabo de la lengua española. A este respecto, los esfuerzos de la administración se han dirigido a los hablantes de estas lenguas⁴ a fin de posibilitar su empleo en igualdad de condiciones en sus ámbitos locales. En materia sanitaria, en los años ochenta se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en la cual se indica que:

En las comunidades autónomas con lengua oficial propia, en el proceso de selección de personal y de provisión de puesto de trabajo de la administración sanitaria pública, se tendrá en cuenta el conocimiento de ambas lenguas oficiales por parte del citado personal, [...] (cap. VI, art. 84.4, *Del personal*).

Así se favoreció que el personal de la seguridad social se integrara por nativohablantes o hablantes del idioma autonómico como segunda lengua, que demostraran un dominio lingüístico adecuado para servir eficazmente a la ciudadanía hablante de la lengua oficial en la comunidad autónoma.

Los problemas de comunicación lingüística parecen, de esta manera, salvados en tanto que en las comunidades autónomas con idioma propio hubiera un bilingüismo entre la lengua autonómica y el español como

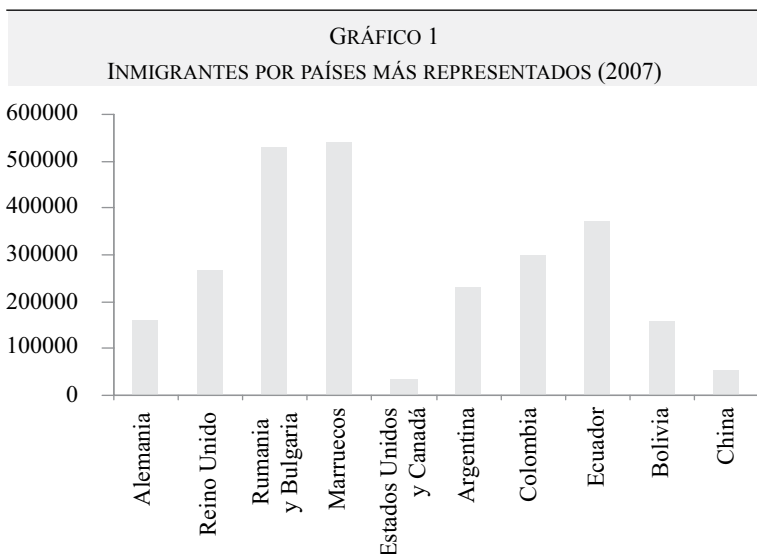
³ En su preámbulo dice: “La nación española, deseando establecer la justicia, la libertad y la seguridad y promover el bien de cuantos la integran, en uso de su soberanía, proclama su voluntad de: [...] Proteger a todos los españoles y pueblos de España en el ejercicio de los derechos humanos, sus culturas y tradiciones, lenguas e instituciones”. Para aplicar este principio, su artículo 3.2 indica que “Las demás lenguas españolas serán también oficiales en las respectivas comunidades autónomas de acuerdo con sus estatutos”. Además su artículo 20.3 establece el respeto a las diversas lenguas de España en el acceso, por parte de los grupos sociales y políticos, a los medios de comunicación social públicos, y su artículo 148.17 defiende el derecho a la enseñanza de la lengua de la Comunidad Autónoma.

⁴ Las principales lenguas autonómicas son catalán, gallego y euskera. Se agregan otras lenguas con menos hablantes y dialectos con reconocimiento de oficialidad en su territorio (aranés, aragonés, asturiano, etcétera).

lengua oficial del Estado, que permitiera usar el español como lengua franca por tales hablantes fuera de su comunidad autónoma.⁵ Sin embargo, desde los años noventa, España se transformó en un destino no transitorio de la migración internacional, lo que incrementó de modo no esperado la población extranjera residente. Esto llevó parejo el aumento de la diversidad lingüística con la llegada de población extranjera, pasándose de un contexto bilingüe de interrelación comunicativa a uno plurilingüe, e introduciéndose de modo notorio el factor cultural. Según la *Encuesta Nacional de Inmigrantes* del 2007, existen 12 nacionalidades con mayor representación en la población residente en España (gráfico 1). La población inmigrante representa casi 10% de la población total del país, concentrada sobre todo en áreas urbanas, lo que crea un abanico multicolor estimable. Las principales nacionalidades (>55,000 personas) son marroquíes, ecuatorianos, colombianos, bolivianos, británicos, alemanes, búlgaros y rumanos, lo que supone la presencia de idiomas de poco uso y conocimiento para la población española, como árabe, bereber, quechua, aimará, alemán, búlgaro y rumano. Aunque se pueda establecer el español e inglés como lengua franca, su conocimiento y manejo fluido no está garantizado por ninguno de los interlocutores.

Esto exigió una readaptación de las instituciones de salud ante las nuevas características demográficas de la población, incluso en regio-

⁵ El uso de intérpretes en juicios se plantea en tanto que se requiera por desconocer la lengua de la comunidad autónoma. Pareciera en esto que no se contempla legalmente el problema derivado del crecimiento de la población monolingüe hablante de las lenguas autonómicas y la posibilidad de radicar en otros espacios fuera de sus territorios de origen, además de la población emigrante nacionalizada que aún conserva el uso de sus lenguas maternas. Hay que remarcar que el aparente favorecimiento del hablante monolingüe de español, al establecerse que “El castellano es la lengua española oficial del Estado. Todos los españoles tienen el deber de conocerla y el derecho a usarla” (*Constitución Española*, art. 3), responde a un contexto social y político que ha cambiado en más de 30 años, y por tanto debería ser reconsiderada en las reformas legislativas para dar cabida a medidas que atiendan a situaciones ya no tan hipotéticas de encuentros interlingüísticos en todo el territorio del Estado español.



Fuente: INE, 2009: Encuesta Nacional de Inmigrantes. Año 2007. (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp319&file=inebase&L=>)

nes donde se había logrado normalizar la diversidad lingüística local, como es el caso de Cataluña. El incremento de población, no previsto, que acude a estos servicios, que habla idiomas no locales y desconocidos en la sociedad receptora, es una situación que se agrava por carecerse de un idioma intermedio (inglés, francés o español) conocido y manejado por alguno de los interlocutores como para poder mantener una conversación en el ámbito sanitario. En este orden de cosas, las medidas que los expertos han propuesto adoptar son: 1) crear un servicio de intérpretes en los centros de salud, 2) solicitar intérpretes externos según se necesiten, 3) disponer de un servicio telefónico de intérpretes, 4) disponer de material informativo redactado en las lenguas de los usuarios, 5) disponer de información sobre las peculiaridades culturales de los usuarios para la formación del personal de salud, y 6) ofrecer cursos de idiomas.

Ante estas posibles líneas de acción se crearon grupos dedicados a la formación, investigación, traducción e interpretación, como el grupo FITISPos de la Universidad de Alcalá de Henares (Valero, 2006b). Este

grupo lleva desde 2002 realizando tales tareas de formación y traducción en centros de salud, pero también creando materiales multilingües, especialmente guías (*Guía multilingüe sobre pediatría*, *Guía multilingüe sobre mujeres embarazadas*, *Guía multilingüe de atención al inmigrante en los servicios sociales*, *Guía multilingüe de atención al menor (0-18 años)* y *Guía multilingüe de primera atención al inmigrante en los servicios sociales*).

Estas acciones pretenden facilitar la comunicación interpersonal, aunque, en general, se ha procedido al uso de medios de comunicación y publicación de folletos informativos traducidos a los principales idiomas, dentro de una tendencia de mejora de la calidad de la comunicación en los servicios públicos de justicia, salud y educación, asesorados por lingüistas y traductores desde un enfoque multidisciplinar y multicultural (Valero, 2006a, 2006b). Los productos generados han consistido en tres tipos de herramientas de traducción: a) vocabularios o glosarios léxicos, b) guías de conversación, y c) traductores informáticos.

Como otro ejemplo de la realización de vocabularios y guías de conversación, tenemos el trabajo del Gabinet d'Assessorament Lingüístic per a la Immigració (GALI) de la Universidad de Gerona. El GALI preparó vocabularios y guías de conversación médica para atender a la población inmigrante. El fin era reducir las dificultades lingüísticas con las que se encuentra el personal de salud en su práctica diaria. Estos materiales se pensaron para atención primaria de adultos y de pediatría, para cuestiones generales de ginecología y temas propios de los trabajadores sociales y de las unidades de atención al usuario. Se elaboraron en diez idiomas, aquellos más hablados por la población inmigrante (árabe, bereber, chino mandarín, soninke, mandinga, fula, wolof, punjabí, ucraniano, tagalo y rumano) (Gràcia y Bou, 2006). El resultado de esta experiencia está por ver, pero destaca el uso de imágenes y expresiones usuales que facilitan identificar y precisar la información significativa.

En cuanto al empleo de traductores informáticos o electrónicos, el caso más sobresaliente es la iniciativa desarrollada en la Comunidad Foral de Navarra. Con apoyo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y la Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Atención Primaria se desarrolló un programa informático (*Universal Doctor Speaker. Medicina de Familia en 9 idiomas*) que contribuye a

salvar la barrera idiomática en la atención a pacientes no hablantes de español. Esta actuación se hace eco del dato de que 58% de los médicos de la atención primaria opina que el mal cumplimiento de los tratamientos por el paciente inmigrante responde a las dificultades para entender el idioma del médico (Cabases, 2007). Dada la pretensión de que esta iniciativa tenga alcance nacional y no meramente autonómico, este programa va a distribuirse entre 18,800 médicos de todo el país, además de contemplarse la posibilidad de instalarlo en la Intranet de la administración autonómica.

El diseño de una herramienta de tales características responde a que en la mayoría de los centros de salud no hay la figura del traductor o mediador cultural, figura más usual en centros de educación social o servicios sociales, y que la atención a este colectivo representa doblar el tiempo de atención, además de generar ansiedad entre el personal sanitario debido a la preocupación por el desarrollo del tratamiento y el diagnóstico.⁶

La creación de esta clase de herramientas supone una estrategia idónea para una situación de plurilingüismo amplio, donde al profesional de la salud le es prácticamente imposible aprender un idioma o memorizar el léxico. La consulta de una guía puede facilitar cierto acercamiento e interrelación con el paciente, aunque plantee el problema de que el personal de salud debe ser adiestrado en su manejo y es necesario especializarse en unos pocos de esos idiomas. Además habría que evaluar cómo sería su uso en la consulta, pues puede demorar mucho el tiempo destinado a la atención al paciente, un elemento del que siempre se escasea en la atención primaria y que se supone pretende resolver.

EL USO DE INTÉRPRETES MÉDICOS

Sin embargo, el medio más adecuado, a falta de la deseada competencia lingüística del personal de salud, es el disponer de intérpretes profesio-

⁶ Entre las ventajas que palián esta situación está poder facilitar por escrito en el idioma del paciente el tratamiento farmacológico, disponer de un repertorio de preguntas y frases usuales en la consulta médica, y que el paciente oiga o lea en su idioma, en pantalla, lo que el médico quiere transmitir mediante un conversor de textos.

nales. Este recurso ha sido adoptado por países también receptores de emigración, pero depende de la concurrencia de dos factores principales: 1) una legislación que regule la selección, formación, contratación de este profesionista en tanto que conozca y maneje a nivel profesional y coloquial todo el acto y acervo lingüístico que implica la atención al paciente, y 2) disponer de un balance de recursos económicos que permitan mantener de modo permanente una plantilla adecuada a una diversidad lingüística reducida, pues tener a uno o dos intérpretes por idioma en cada centro médico o centro hospitalario es un costo muy grande si implica, además, el no disponer de recursos para ampliar el propio personal sanitario.

Estados Unidos es un país cuya tradición migratoria ha dado cabida a esta figura (*clinic interpreter*, *clinic translator* o *medical translator*) en el medio sanitario público. Como ya vimos al mencionar datos sobre California, en esta nación los problemas de atención médica derivados de la diversidad lingüística de la población inmigrante son graves. Van desde la queja sobre la calidad del servicio hasta el no disponer de un seguro médico y desconocer los derechos.⁷ Las estrategias de los usuarios ante la situación del desconocimiento mutuo del idioma iban desde intentar hablar en inglés de un modo deficiente (56%), a emplear a un familiar o amigo con mayor conocimiento del idioma como traductor (19%) o a usar los servicios de un intérprete profesional (9%) (NCM y Bendixen, 2003; Marrero, 2003). Obviamente, sólo ese 9% recibía una atención con mayor garantía de eficacia y calidad.

⁷ La disposición de intérpretes se contempla en la legislación estadounidense como un derecho legal federal garantizado por el Título VI del *Acta de Derechos Civiles* de 1964, que protege a los ciudadanos contra la discriminación por raza, color u origen nacional en cualquier programa financiado con fondos federales. El 11 de agosto de 2000, durante la administración demócrata, se firmó la Orden Ejecutiva 13166 que hizo un llamamiento a las agencias gubernamentales para que planearan medidas y actuaciones para atender a la población con limitaciones en el dominio lingüístico de la lengua inglesa. Obviamente los centros federales de salud o aquellos cuyos programas dependan de fondos federales están obligados a proporcionar un intérprete si es solicitado por el paciente.

La distancia lingüística también afecta de modo desigual a los diferentes colectivos. Mientras los latinoamericanos y vietnamitas padecen menos la problemática por disponer de médicos que hablan sus idiomas, los iraníes, camboyanos y armenios no gozan de esa posibilidad. Igualmente, es más raro que puedan contar con intérpretes autorizados. Existe un esfuerzo por parte de la administración federal en desarrollar una plantilla amplia de intérpretes profesionales, sobre todo si advertimos que en 2000⁸ el 18% de la población de Estados Unidos mayor de 5 años habla otro idioma que no es el inglés y que 8% no lo domina adecuadamente (U.S. Census Bureau, 2000). Esto muestra un cuadro bastante complicado del que sólo atisbamos parte de la complejidad en los datos estadísticos disponibles (tabla 1).

Tan sólo el Programa de Servicios de Intérpretes de la *University of Michigan Health System* contaba, en 2003, con una plantilla de 12 intérpretes y otros 100 contratados eventuales para atender cerca de 1,000 peticiones al mes. Esto representa un esfuerzo significativo por cubrir un amplio rango de idiomas como el chino, el español y el ruso, sobre todo si consideramos que en 2000 la población mayor de 5 años del estado de Michigan, que es hablante de otra lengua que no es inglés, era de 781,381 personas. Esto supone 8.4% de la población total, de las cuales 294,609 personas no hablan inglés muy bien, es decir, 3% de la población total y 37.7% que habla una lengua no inglesa (*idem*).

Parecería que la contratación de intérpretes es una medida bastante adecuada. Sin embargo, aunque estos intérpretes son personas que conocen el idioma a traducir, no responden necesariamente a un perfil profesionalista especializado en la interpretación y traducción. Están lejos de considerarse traductores jurados u oficiales, al dejar su desarrollo de competencia en manos de la capacidad y voluntad del intérprete,

⁸ Lamentamos no disponer de datos más actualizados, pero el próximo estudio censal de la *U.S. Census Bureau* no tiene prevista su culminación y edición hasta el 2010, razón por la cual empleamos datos de su estudio estadístico *America Speaks* del 2000. Reconocemos en ello una dificultad para establecer comparaciones entre los casos comentados, pero nos permite ver la relevancia y magnitud de la problemática en cada caso particular, objetivo de esta revisión.

TABLA 1

Raza y/u origen	Hablantes sólo de inglés (%)	Hablantes de otra lengua que no es inglés (%)	Hablantes que no hablan inglés “muy bien” (%)
Blancos	67.0	8.6	3.6
Blancos, no hispanos ni latinos	65.7	4.2	1.3
Negros o afroamericanos	11.2	0.8	0.3
Indios americanos o nativos de Alaska	0.6	0.2	0.1
Asiáticos	0.8	2.9	1.4
Nativos de Hawai y otras islas del Pacífico	0.1	0.1	0.0
Otras razas	0.9	4.3	2.3
Dos o más razas	1.5	0.9	0.4
Hispanos o latinos (de cualquier raza)	2.6	9.5	4.9
Total	82.1	17.9	8.1

Fuente: U.S. Census Bureau, *Census 2000* (www.census.gov)

al igual que su conocimiento médico. Igualmente, puede haber carencias respecto a la traducción intercultural y la comprensión del contexto social y cultural del paciente. Esta falta de acreditación y oficialidad repercute en aspectos legales al estar en juego la confidencialidad de la relación médico-paciente, aunque se prefiera que por esto el intérprete no sea un familiar y se estime el conocimiento lingüístico desde criterios pragmáticos (Kaplan, 2003). En todo caso, disponer de intérpretes profesionales –a falta de que el personal médico maneje el idioma del paciente– se reconoce como un mecanismo que reduce la inequidad en el servicio de salud al superarse la barrera idiomática y mejorar la calidad en la atención sanitaria en cuanto a trato y comunicación (Jacobs *et al.*, 2001; Karliner *et al.*, 2007).

DIVERSIDAD ETNOLINGÜÍSTICA LOCAL Y MIGRATORIA:
UN RETO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD DE MÉXICO
EN EL SIGLO XXI

Se podría considerar que otros países con mayor diversidad etnolingüística y con un sistema de salud pública consolidado y remontable al menos en su forma institucional presente hasta la década de 1940, lograron desarrollar otros medios eficaces ante una problemática siempre presente. Este sería el caso de México, país norteamericano con mayor diversidad etnolingüística autóctona y actualmente país meta de flujos migratorios transitorios o definitivos, sobre todo de refugiados indígenas.

En este caso, el gran reto no lo impone tanto la inmigración como las minorías étnicas existentes en el país. Mientras que en Estados Unidos sólo la población indígena, continental e insular, supone 1% de la población (U.S. Census Bureau, 2000) del cual 30.2% no habla correctamente el inglés. En México, esa población representa, en 2005, prácticamente 7%, el cual mantiene un patrimonio lingüístico de 63 idiomas, de los que destacan por número de hablantes: náhuatl, maya, mixteco, zapoteco, tzeltal, tzotzil, otomí, totonaca y mazateco (tabla 2). De este 7% el porcentaje de molingüismo es de 12%,⁹ cuya concentración a nivel regional es significativa en los estados de Chiapas, Yucatán, Oaxaca, Campeche, Quintana Roo, Guerrero, Puebla, Veracruz y San Luis Potosí.

A principios de la década de 1990 se sentaron las bases para la reforma legislativa del tratamiento y uso de los idiomas indígenas. La defensa institucional de los derechos lingüísticos y culturales cobraron impulso mediante la actuación de algunos organismos nacionales como la Comisión Nacional de Justicia para los Pueblos Indígenas de México, del Instituto Nacional Indigenista, y el marco legal abierto por acuerdos internacionales como el *Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribus en Países Independientes* de la OIT, en 1989, y la *Declaración Universal de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*, en 1991 (Pellicer, 1997: 282-286).

⁹ Datos extraídos del INEGI. *II Censo de Población y Vivienda 2005*. Población de 5 y más años.

TABLA 2
PRINCIPALES LENGUAS INDÍGENAS DE MÉXICO
POR NÚMERO DE HABLANTES MAYORES DE 5 AÑOS

Lenguas indígenas	Total	Hombres	Mujeres
Náhuatl	1,376,026	672,745	703,281
Maya	759,000	388,505	370,495
Lenguas mixtecas	423,216	199,850	223,366
Lenguas zapotecas	410,901	196,713	214,188
Tzeltal	371,730	185,666	186,064
Tzotzil	329,937	162,886	167,051
Otomí	239,850	115,034	124,816
Totonaca	230,930	113,041	117,889
Mazateco	206,559	99,708	106,851

Fuente: INEGI. *II Censo de Población y Vivienda 2005*. México, 2005.

Este reconocimiento y amparo legal dio un gran paso, a nivel federal, con la reforma del artículo 2º de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, el 14 de agosto de 2001, sobre el reconocimiento de derechos indígenas, y la aprobación de la *Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas* (DOF del 13 de marzo de 2003), y la rúbrica legislativa a un reconocimiento que tuvo en el ámbito académico un espacio inicial para revalorizar y revitalizar los idiomas indígenas a nivel educativo y profesional. Se pueden citar otras medidas legislativas recientes¹⁰ que han creado un marco legal favora-

¹⁰ Destaca el *Decreto de Creación de la Coordinación General de Educación Intercultural Bilingüe de la SEP* (DOF del 22 de enero de 2002) y el *Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión, en Materia de Concesiones, Permisos y Contenido de las Transmisiones de Radio y Televisión* (DOF del 10 de octubre de 2002), que amparan reformas y medidas para el fomento y difusión de las lenguas indígenas en el campo de la enseñanza y la comunicación masiva. En todo caso, son los artículos 9 y 12 de la *Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas* (DOF del 13 de marzo de 2003), los que dejan de manifiesto el compromiso que en esta materia se quiere adoptar desde la administración pública, inspirado en el marco

ble y reflejan una nueva sensibilidad y reconocimiento a la multiculturalidad y plurilingüismo de México.

Esta ley garantiza el uso de los medios de comunicación masiva (art. 6), su empleo en trámites o asuntos de carácter público de gestión, servicios e información pública (art. 7), y la no discriminación a causa de la lengua que se hable (art. 8). En el resto de articulados se consideran específicamente todas las medidas, actuaciones y derechos que asisten a los hablantes de lenguas indígenas, originarios y migrantes, en lo que afecta a la enseñanza pública y a la procuración y administración de justicia. Se contempla especialmente la provisión de “intérpretes y defensores que tengan conocimiento de su lengua indígena y cultura” (art. 10). Sin embargo, aunque se pueda considerar incluido en el art. 7 y el art. 9 el tema de los servicios de salud,¹¹ no se considera expresamente todo el tema de los intérpretes, máxime cuando los cambios legislativos han generado un marco comparable al del *Acta de Derechos Civiles* de 1964 de Estados Unidos.

El alcance de las medidas legislativas y administrativas es considerable, sobre todo en el acceso al sistema de justicia y penitenciario, garantizándose la disponibilidad de intérpretes, traductores y defensores que conozcan el idioma y cultura del ciudadano, y la traducción de los textos legales y el himno nacional a los idiomas indígenas (CDI, 2007: 46-47, 56), aunque su desarrollo esté siendo lento y desigual en la República Mexicana. En todo caso, las instituciones tienen el deber de dar a conocer sus derechos, leyes y reglamentos, programas, obras y servicios a la población indígena usando traducciones y medios masivos de comunicación, y desarrollar políticas de capacitación de aquellos funcionarios públicos que acometan asuntos destinados a la población indígena o realicen atención al público en el idioma y cultura de los pueblos y comunidades en su zona de influencia (*ibidem*: 67).

general de la *Declaración Universal de Derechos Lingüísticos*, firmada en Barcelona en junio de 1996.

11 “ARTÍCULO 9. Es derecho de todo mexicano comunicarse en la lengua de la que sea hablante, sin restricciones en el ámbito público o privado, en forma oral o escrita, en todas sus actividades sociales, económicas, políticas, culturales, religiosas y cualesquiera otras.”

No obstante, esta reglamentación y estas medidas no se están asumiendo plenamente por el sistema de salud. La Secretaría de Salud, de acuerdo con la *Constitución*, sólo asegura el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, y desarrolla programas de nutrición para la población indígena, en especial la infantil. Esto implica fortalecer la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural con recursos humanos, materiales y financieros. Este reconocimiento de la particularidad étnica, paradójicamente, confirma la falta de una regulación en materia lingüística semejante a la que está afectando a otras instancias de la administración pública y, por ende, considerar debidamente el problema comunicativo que afecta a la atención de salud de las comunidades indígenas.

La única medida que adopta el sistema de salud público mexicano es que en las comunidades indígenas donde se ubique una unidad médica se contrate como auxiliar a personal cualificado originario de la zona, que sea preferentemente nativohablante bilingüe o se acuda al auxilio de familiares como intérpretes (Coronado, 1999: 53-54). De este modo se pretende garantizar la permanencia de personal de salud en el área y que desempeñe labores de traducción lingüística y cultural entre médico y usuarios. El hecho es que no sabemos, dado el carácter subordinado que suele adquirir el papel de los auxiliares de clínica, si considerar a este personal como intérpretes médicos o personal sanitario con dominio del idioma hablado por la población atendida.

Este procedimiento, en sí, no constituye parte de una política, sino que más bien es una buena práctica recurrente para resolver un problema constante. Sólo algún Estado¹² ha incluido la cuestión idiomática

¹² El estado de Tlaxcala, en abril de 2006, promulgó la *Ley de protección, fomento y desarrollo a la cultura indígena para el estado de Tlaxcala*, en cuyo capítulo III, *De la Salud*, se ratifican como derechos el “Recibir información, protección, conservación, mejoramiento y restauración para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud”, y “Beneficiarse de información por los medios y mecanismos idóneos y en sus lenguas indígenas, para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud”.

en los derechos sociales, aunque sin que suponga obligar o recomendar que el personal de salud conozca el idioma local o simplemente cuente con recursos humanos para salvar la barrera idiomática. Las experiencias no han logrado formalizarse en un cuerpo de intérpretes médicos profesionales¹³ y dependen mucho de que alguna persona de las comunidades esté capacitada como personal sanitario. El caso contrario, que personal foráneo a la comunidad esté formado o familiarizado con la lengua local y pueda considerarse competente como intérprete de idiomas y traductor cultural, es una situación más anómala aun si cabe. De ahí que las dificultades surjan recurrentemente y de modo acentuado. Baste como ejemplo el episodio que nos relata Natalie Fieleke (2007) sobre su experiencia en Yucatán, donde tuvo que actuar de improvisada intérprete:

El segundo día, montamos el consultorio en otro pueblo y metí la pata por lo menos una vez más. Bastantes personas tenían sarna, lo que les describí crudamente como “bichos debajo de la piel”. Mi marido, estudiante de medicina, me explicó que el tratamiento normal para la sarna es lavar en agua caliente ropa, toallas y sábanas. Después de que se lavan las sábanas, todos los habitantes de cada casa se deben aplicar desde el cuello hasta la punta de los pies una crema medicinal antes de ir a dormir. Cumpliendo con mi deber, expliqué el tratamiento a los pacientes, pero, mientras manejábamos entre cabañas de techo de paja camino a otro pueblo, me percaté de mi error. Obviamente, no había tenido en cuenta el entorno de los pacientes cuando les expliqué el tratamiento –debería haberles aconsejado esterilizar sus hamacas en vez de sus sábanas.

La dificultad de comprender y elegir adecuadamente equivalentes léxicos se debe a un insuficiente conocimiento del idioma y del contexto cultural, social y ambiental de la población de responsabilidad.

¹³ Actualmente se están diseñando proyectos de capacitación de intérpretes médicos a partir de las experiencias, ya en marcha, de capacitación de intérpretes jurídicos; en este caso, a cargo del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), con la intención de cubrir los espacios más amplios posibles en la relación comunicativa entre la administración y la ciudadanía.

Con ello, la generación de información significativa, de una verdadera interacción y modificación de comportamientos para lograr un estilo de vida saludable, etcétera, se ve frustrada o impedida.

CONCLUSIONES

En el mundo actual, la diversidad lingüística de las poblaciones no responde sólo a las características locales de la población de cada país, sino que el flujo migratorio internacional dibuja un panorama multicultural y plurilingüístico globalizado. Esta situación impone, en el caso del sistema de salud, la adopción de medidas que faciliten la comunicación lingüística e intercultural para una mejor cobertura social y aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Las medidas, experiencias y estudios sobre comunicación interpersonal en los centros de salud muestran que el desconocimiento del entorno etnolingüístico del usuario dificulta o impide una adecuada atención sanitaria y además empeora la calidad del servicio de salud. Se favorecen situaciones de error en el diagnóstico, mala comprensión del tratamiento, rechazo del personal de salud a dar atención al paciente y rechazo del paciente a ser atendido por dichos servicios, todo ello derivado de una situación de no-comunicación que promueve la inequidad y el desamparo legal de la población de responsabilidad y del derechohabiente.

Si bien en toda esta problemática la solución ideal pasa por la capacitación lingüística del personal de salud, la dificultad de llevar a cabo tal objetivo es notable. El coste de dinero y tiempo para elaborar y aplicar un programa de capacitación en idiomas extranjeros se acrecienta ante la diversidad de los idiomas que habría que atender. Esta circunstancia plantea dificultades pedagógicas, sobre todo de aprendizaje para el personal médico y para dotarse de capacitadores. La solución alternativa parece ser disponer de traductores o intérpretes que ayuden al personal a comunicarse.

No obstante, contratar intérpretes profesionales plantea problemas respecto a su capacitación en materia clínica y médica, pero también sobre su posible efecto interruptor para la comunicación entre médico-paciente (Jacobs *et al.*, 2001), afectando a la confidencialidad e intimidad de su relación. Además siempre hay un riesgo de pérdida de

información o sesgo que puede producirse en la mediación si no hay una buena preparación y sintonía médico-intérprete-paciente.

En ese caso, otras herramientas auxiliares para el personal de salud, como folletos traducidos, guías de conversación en lengua extranjera o traductores electrónicos o informáticos son una medida más económica que salva en parte el desconocimiento lingüístico, aunque también exijan una formación en su uso y, obviamente, de conocimientos culturales e idiomáticos. En todos los casos se advierte que sin un marco normativo que reconozca los derechos lingüísticos de los usuarios de los servicios de salud, y sin recursos humanos, económicos y materiales, cualquier medida de mejora de la calidad de la atención y comunicación en salud no tiene efecto ni alcance, y ni siquiera se considera su necesidad por parte de las autoridades sanitarias y administrativas. Igualmente, es importante introducir el profesionalismo, evitando la improvisación, las experiencias esporádicas y/o espontáneas y el uso de traductores no capacitados o materiales no bien confeccionados.

Sea un intérprete o personal clínico habilitado, el conocimiento cultural e idiomático por las características etnolingüísticas de la población requiere de una alta cualificación, pues la comunicación que se plantea es netamente informativa y explicativa y en ocasiones las estructuras morfosintácticas y la semántica plantean dificultades de traducción y comprensión. Cualquiera que sea el recurso, su adecuado aprovechamiento garantiza fluidez y transparencia en la comunicación que facilita una mejor atención, tanto para comprender la situación de morbilidad de los usuarios, como su contexto social, cultural y personal, que afecta a sus padecimientos y estilos de vida.

Esta necesidad de desarrollar medidas y estrategias que resuelvan las barreras idiomáticas se hace más perentoria en México, tanto por la diversidad etnolingüística con que cuenta el país, como por la tendencia a soportar una población migratoria que cada vez pasa más tiempo en el territorio mexicano en su camino hacia Estados Unidos y Canadá. La experiencia de otros países como España o Estados Unidos, con legislaciones que también reconocen los derechos lingüísticos de las poblaciones residentes y con sistemas públicos de salud que han implementado medidas y políticas sanitarias para superar las barreras idio-

máticas, podría servir como modelos de buenas prácticas con las que diseñar una política activa de comunicación en salud ante un problema nacional siempre presente y patente.

Bibliografía

- ÁGREGA, J. y E. Yanguas. (2001). El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 24 (supl. 2), 65-72. Consultado en mayo de 2008. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple2a.html>.>
- BELLÓN, J. A. (2001). Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 24 (supl. 2) 7-14. Consultado en abril de 2008. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple2a.html>.>
- CABASES, L. (2007, 9 octubre 2007). Un programa informático facilitará la consulta sanitaria de los inmigrantes. *Diario de Noticias*. Consultado en abril de 2008. Disponible en: <http://www.diariodenoticias.com/ediciones/2007/02/14/sociedad/navarra/d14nav9.815145.php>>
- CDI (2007). *La vigencia de los derechos indígenas en México. Análisis de las repercusiones jurídicas de la reforma constitucional federal sobre derechos y cultura indígena en la estructura del Estado* (Libro electrónico). México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Dirección General de Estrategia y Planeación Derechos Indígenas.
- CORONADO Suzán, G. (1999). *Porque hablar dos idiomas... es como saber más. Sistemas comunicativos bilingües ante el México plural*. México, DF: CIESAS y CONACyT.
- DÍAZ Martínez, F. (2006). Algunos aspectos de organización conversacional en consultas de logopedia. En *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica* (pp. 17-30). València: Universitat de València.
- FIELEKE, N. (trad. M. Cabrera). (2007). La importancia de un buen intérprete. *¡Adelante!*. Consultado en mayo de 2008. Disponible en: <http://x.adelantesi.com/news/story.php?ID=462>>
- GRÀCIA Solé, Ll. (2005). La diversitat lingüística a Catalunya: un repte

- per a la sanitat pública. En VV. AA., *Les llengües a Catalunya*, (pp. 111-129). Barcelona: Universitat de Barcelona-Octaedro.
- y C. Bou Mías. (2006). Lenguas, inmigración y comunicación en los centros de salud. En *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica* (pp. 60-82). València: Universitat de València.
- JACOBS, E. A., D. S. Lauderdale, D. Meltzer, J. M. Shorey, W. Levinson, R. A. Thisted (2001). Impact of Interpreter Services on Delivery of Health Care to Limited-English-proficient Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 16 (7), 468-474.
- KAPLAN, A. (2003, 3 de septiembre). “U” hospital expands foreign language interpretation staff, *The Michigan Daily*.
- KARLINER, L. S., E. A. Jacobs, A. H. Chen, S. Mutha (2007). Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Services Research*, 42 (2), 727-754.
- NCM y Bendixen & Associates (2003). *Bridging Language Barriers in Health Care: Public Opinion Survey of California Immigrants from Latin America, Asia and the Middle East. Executive summary*. Consultado en abril de 2008. Disponible en: http://www.ncmonline.com/media/pdf/tce_summary.pdf>
- ORTÍ, R.; D. Sales y E. Sánchez (2006). (Grupo CRIT). Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural. *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica* (pp. 114-139). València: Universitat de València.
- PELLICER, D. (1997). Derechos lingüísticos y educación plural en México. En Garza Cuarón, Beatriz (coord.), *Políticas lingüísticas en México* (pp. 273-289). México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México-La Jornada.
- MARRERO, P. (2003, 17 de julio). La barrera de la lengua hace peligrar la salud. *La Opinión*.
- U.S. CENSUS Bureau (2000). *America Speaks: A Demographic Profile of Foreign-Language Speakers for the United States*. Consultado en julio de 2008. Disponible en: <http://www.census.gov/population/www/socdemo/hh-fam/AmSpks.html>.
- VALERO Garcés, C. (2006a). Grupo Formación e Investigación en

- Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (FITIS-POS). *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica* (pp. 167-178). València: Universitat de València.
- (2006b). Por una comunicación de calidad en entornos médicos con población inmigrante. En *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica* (pp. 179-196). València: Universitat de València.
- VÁZQUEZ Martínez, F. D. (2007). Los encuentros entre la salud y la comunicación. *Altepepaktli. Salud de la Comunidad*, vol. 3, núm. 5, 21-28.
- ZOPPI, K. y R. M. Epstein (2001). ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 24 (supl. 2), 23-33.