

Original

Barreras lingüísticas y consecuencias asistenciales y económicas potencialmente evitables en población migrante: estudio exploratorio

Carmen Pena-Díaz^{a,*} e Iria Carmona^b^a Facultad de Filosofía y Letras, Grupo de Investigación FITISPos, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España^b Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de agosto de 2026

Aceptado el 15 de agosto de 2026

Palabras clave:

Discordancia lingüística

Migrantes

Interpretación médica

Seguridad del paciente

Equidad en salud

España

RESUMEN

Objetivo: Explorar cómo los problemas de comunicación en consultas en las que se produce discordancia lingüística pueden afectar a la transmisión de información clínica y asociarse a consecuencias asistenciales y económicas potencialmente evitables.

Método: Estudio cualitativo exploratorio de consultas mediadas. De un corpus de 68 videograbaciones se transcribieron intencionalmente 25 interacciones consideradas habituales e informativamente relevantes. Tras excluir registros no codificables y versiones duplicadas, se analizaron 14 interacciones únicas. Se identificaron las que contenían un problema de comunicación clínicamente relevante y una consecuencia asistencial plausible, y se seleccionaron casos de contraste informativos. La comprobación lingüística contó con personal investigador competente en cada lengua.

Resultados: Cuatro interacciones cumplieron el criterio de problema de comunicación clínicamente relevante: error de lateralidad y ambigüedad terminológica, transmisión parcial del riesgo-beneficio vacunal, dudas ante términos técnicos y temporalidad de un procedimiento, y transmisión atenuada del dolor. Tres interacciones de contraste mostraron, de forma preliminar, prácticas que coincidieron con la prevención o la reparación de problemas de transmisión.

Conclusiones: Las interacciones describen mecanismos plausibles por los que una mediación intercultural o interpretación inadecuadas pueden comprometer la comprensión, la seguridad y la eficiencia asistencial. El diseño no permite estimar efectos causales ni costes. Se requieren estudios prospectivos que relacionen la mediación con utilización, desenlaces y recursos.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Language barriers and potentially avoidable healthcare and economic consequences in migrant populations: an exploratory study

ABSTRACT

Keywords:

Language discordance

Migrants

Medical interpreting

Patient safety

Health equity

Spain

Objective: To explore how communication problems in language-discordant clinical encounters may affect the transmission of clinical information and be associated with potentially avoidable healthcare and economic consequences.

Method: Exploratory qualitative study of mediated consultations. From a corpus of 68 video-recorded consultations, 25 interactions considered typical and information-rich had been purposively transcribed. After excluding non-codable records and duplicate versions, 14 unique interactions were analysed. Interactions containing a clinically relevant communication problem and a plausible healthcare consequence were identified, and informative contrast cases were selected. Linguistic checking involved research staff competent in each language.

Results: Four interactions met the criterion for a clinically relevant communication problem: a laterality error and terminological ambiguity, partial transmission of vaccination risk-benefit information, uncertainty about technical terms and procedure timing, and attenuated transmission of pain. Three contrast interactions preliminarily showed practices that coincided with prevention or repair of transmission problems.

Conclusions: The interactions describe plausible mechanisms through which inadequate intercultural mediation or interpreting may compromise understanding, safety and healthcare efficiency. The design does not allow causal effects or costs to be estimated. Prospective studies linking mediation to healthcare use, outcomes and resource use are required.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: carmen.pena@uah.es (C. Pena-Díaz).

Introducción

La evidencia disponible en España no respalda que la población migrante genere, por sí misma, un mayor gasto sanitario agregado. Un informe reciente del Ministerio de Sanidad describe una menor prevalencia de la mayoría de las enfermedades de mayor impacto asistencial en la población nacida fuera de España, y estudios previos ya habían observado una menor frecuentación y un menor coste hospitalario por persona asegurada en población migrante^{1,2}.

Una cuestión distinta es la calidad de los episodios en los que la comunicación clínica está limitada por el idioma. Las barreras lingüísticas pueden alterar la anamnesis, el consentimiento, la adherencia y la continuidad asistencial. Una revisión sistemática sobre el acceso al sistema sanitario español identifica la comunicación, la desinformación y los obstáculos administrativos entre las barreras más frecuentes que encuentra la población migrante³. Dos revisiones internacionales encontraron que el uso de intérpretes profesionales, frente a la ausencia de interpretación o el recurso a intérpretes *ad hoc*, se asocia a una atención de mayor calidad, menos errores de comunicación con consecuencias clínicas y mayor satisfacción^{4,5}. Un estudio exploratorio con solicitantes de asilo observó diferencias de utilización y costes relacionadas con las barreras lingüísticas, aunque su diseño no permitía establecer causalidad⁶.

La mediación lingüística no consiste únicamente en sustituir palabras entre lenguas. La expresión del dolor y la incertidumbre, la explicitación de dudas, las expectativas sobre los roles profesionales, la participación en las decisiones y la gestión de los turnos pueden condicionar el entendimiento. Analizar estos componentes pragmáticos y socioculturales permite desplazar el foco desde el origen de la persona atendida hacia la calidad del proceso comunicativo, sin atribuir automáticamente toda diferencia observada a la cultura o al idioma.

Desde una perspectiva de economía de la salud, la cuestión relevante no es solo atribuir un mayor o menor gasto a la población migrante, sino estudiar si los problemas de comunicación en situaciones de discordancia lingüística modifican la utilización de recursos y generan costes de oportunidad: repetición de contactos o pruebas, interrupción de circuitos, retrasos o prolongación evitable de la atención. Una valoración económica rigurosa exige observar esos desenlaces y compararlos con una alternativa definida; los escenarios hipotéticos, por sí solos, no permiten estimar costes atribuibles.

El objetivo de este estudio fue explorar los problemas de comunicación asociados a consecuencias asistenciales plausibles en un conjunto de consultas mediadas en situación de discordancia lingüística, identificar prácticas que coincidieron con la prevención o la reparación de problemas de transmisión, y discutir sus posibles implicaciones para la utilización de recursos. Por el tamaño y la selección del material, no es posible estimar prevalencias, efectos causales, costes ni resultados extrapolables al Sistema Nacional de Salud.

Método

Diseño y contexto

Estudio cualitativo exploratorio de interacciones clínicas mediadas. Se definió la discordancia lingüística como la ausencia de una lengua compartida con dominio suficiente para la comunicación directa entre el personal sanitario y el paciente. La fuente fue un corpus de videgrabaciones, transcripciones, traducciones y notas de observación de consultas realizadas en un hospital universitario público en pacientes con dominio limitado del español, profesionales sanitarios y personas que mediaban lingüísticamente. La

mediación incluyó intérpretes profesionales o en formación, familiares y herramientas de teletraducción. Los datos se recogieron entre enero y junio de 2025. El estudio se realizó en el Hospital Universitario La Paz (Madrid), en el marco del proyecto INTERCOM-SALUD.

Formación del corpus y selección del material

El corpus total disponible estuvo constituido por 68 videgrabaciones. Se grabaron las consultas cuando las personas participantes otorgaron consentimiento y el personal facultativo solicitó el servicio de mediación. La captación no fue homogénea durante el periodo de estudio; al inicio, el servicio era todavía poco conocido y se solicitaba con menor frecuencia, y conforme avanzaron las semanas aumentaron las peticiones y se incorporaron consultas de diferentes servicios médicos.

En el momento del análisis se habían transcrito 25 interacciones, seleccionadas mediante un muestreo intencional por reflejar situaciones habituales e informativamente relevantes de las consultas mediadas. No constituyen una muestra probabilística ni permiten estimar la frecuencia de los fenómenos en las 68 grabaciones. De los 25 registros transcritos, siete no pudieron codificarse: seis por errores graves en el reconocimiento automático de voz que impedirían reconstruir de forma fiable la interacción y uno por ausencia de contenido clínico. Los 18 archivos restantes correspondían a 14 interacciones únicas, porque cuatro eran versiones adicionales (grabación y traducción, o transcripción con y sin anotaciones) de cuatro interacciones diferentes.

Verificación lingüística y análisis

Las autoras poseen competencia en inglés y francés; para árabe, chino, rumano, ruso y ucraniano, la elaboración o la comprobación de las transcripciones y la traducciones contó con personal investigador competente en la lengua correspondiente. La revisión se apoyó en la comparación entre grabación, transcripción, traducción y notas de observación disponibles. Cuando una duda afectaba al significado en la lengua de origen, se contrastaba con dicho personal.

Una investigadora realizó la primera codificación analítica y una segunda investigadora revisó por completo las interacciones seleccionadas. Esta última examinó la correspondencia entre las intervenciones y las transcripciones y traducciones previamente comprobadas, atendiendo a omisiones, ambigüedades, errores terminológicos, gestión de turnos, expresión de dolor o incertidumbre y alternativas de formulación que pudieran favorecer la comprensión. Las discrepancias se resolvieron por consenso y, cuando afectaban a una lengua no dominada por las autoras, con apoyo del personal competente en ella.

En las consultas con discordancia lingüística, se definió como problema de comunicación clínicamente relevante toda transmisión incorrecta, incompleta, ambigua o no verificada de información clínica acompañada de una consecuencia asistencial plausible. Cuatro de las 14 interacciones únicas cumplieron ambos requisitos; otras dificultades menores no se incluyeron en esta categoría. Para cada una se extrajeron el ámbito asistencial, el idioma, el tipo de mediación, la conducta que sustentaba el problema y la posible consecuencia. De las diez interacciones que no cumplieron el criterio, se seleccionaron intencionalmente tres como casos de contraste por ser las más informativas para observar procesos de aclaración, reformulación o reparación; las siete restantes no aportaban mecanismos sustancialmente distintos y no se presentaron en detalle. La única interacción analizable en rumano no mostró un problema de comunicación clínicamente relevante ni un mecanismo de contraste diferente de los descritos.

Tabla 1
Interacciones seleccionadas para la presentación detallada (n = 7)

Interacción	Ámbito, idioma	Mediación	Hallazgo comunicativo	Consecuencia plausible o contraste
1	Reumatología, chino	Intérprete de entidad social	Lateralidad no corregida; ambigüedad de «PCR»	Posible repetición o interrupción del circuito
2	Hospitalización, chino	Intérprete en formación	Dudas sobre términos clínicos y temporalidad	Riesgo no verificado de demora o reingreso
3	Pediatría, ucraniano	Intérprete profesional; traducción a vista de la profesional	Mensaje parcial o contradictorio sobre riesgo-beneficio	Decisión vacunal en paciente de alto riesgo
4	Oncología, ruso	Intérprete profesional	Dolor y dudas transmitidos parcialmente	Posible comprensión o manejo insuficientes
5, contraste	Urología, árabe	Intérprete profesional preparada	Reformulación eficaz; sin problema clínicamente relevante	Problema de transmisión no observado
6, contraste	Ginecología, inglés	Intérprete profesional bilingüe	Error terminológico reparado	Reparación durante la interacción
7, contraste	Cirugía plástica, inglés	Intérprete profesional	Decisión compartida transmitida con precisión	Problema relevante no observado

Datos anonimizados. Las consecuencias son plausibles y no implican que llegaran a producirse ni que fueran atribuibles causalmente a la comunicación.

La comparación cualitativa se utilizó para reconocer prácticas comunicativas que, en esos casos concretos, coincidieron con la prevención o la reparación de problemas de transmisión. No se les atribuyó una capacidad protectora general, no se asignaron frecuencias poblacionales a los patrones y no se cuantificó la probabilidad de las consecuencias descritas.

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo de conformidad con la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y Experimentación Animal de la Universidad de Alcalá (CEIP/2023/6/116; 30 de octubre de 2023) y por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario La Paz (PI-6199; código interno 2024.386; Acta n.º 11/2024; 30 de mayo de 2024). Todas las personas participantes, pacientes y profesionales sanitarios, otorgaron consentimiento informado por escrito para la grabación y el uso de los datos con fines de investigación. Los documentos de consentimiento se custodian conforme a la normativa aplicable. Las grabaciones, las transcripciones y los datos derivados se trataron de manera confidencial, y la información incluida en el artículo fue anonimizada.

Resultados

Caracterización de las interacciones

Cuatro de las 14 interacciones analizables cumplieron el criterio de problema de comunicación clínicamente relevante y tres se presentaron como contraste (tabla 1). Los mecanismos no fueron homogéneos: incluyeron información anatómica incorrecta que no llegó a repararse, ambigüedad terminológica no resuelta, comprensión o contradicción del mensaje sobre riesgos y beneficios, incertidumbre ante términos técnicos y temporalidad de un procedimiento, y transmisión atenuada del dolor y de dudas no formuladas. En las tres interacciones de contraste se observaron, de forma preliminar, preparación terminológica, reformulación en lenguaje llano o verificación activa del mensaje, que coincidieron con la prevención o la reparación de un problema de transmisión.

En la interacción 1, durante una consulta de seguimiento de reumatología, se mantuvo sin corregir un error de lateralidad sobre la localización del dolor y apareció una confusión entre la proteína C reactiva y la reacción en cadena de la polimerasa, que la persona intérprete no distinguió. La consulta concluyó con derivación al servicio de digestivo, solicitud de resonancia magnética y nueva analítica. El cambio reciente de domicilio y la ausencia de tarjeta

sanitaria añadían riesgo de discontinuidad, pero no se dispuso de seguimiento para comprobarlo.

En la interacción 2, correspondiente a una hospitalización prolongada, una intérprete en formación mostró dudas ante términos clínicos y ante la relación temporal entre un procedimiento invasivo y la fecha prevista de alta. El facultativo vinculó la decisión sobre el alta con la necesidad de evitar un reingreso, pero el registro no permite determinar si la mediación influyó en la duración efectiva de la estancia. Por ello, no se atribuyeron días adicionales ni costes a este problema de comunicación.

En la interacción 3, la madre de un adolescente inmunodeprimido y receptor de trasplante rechazó una segunda dosis de vacuna antineumocócica tras asociarla temporalmente con una complicación previa. La profesional sanitaria recurrió a una traducción a vista improvisada de literatura científica en inglés para explicar el balance riesgo-beneficio, con dificultades ante la terminología. La interpretación posterior, realizada bajo presión de tiempo, resumió el mensaje de una forma potencialmente contradictoria respecto al riesgo que se pretendía comunicar.

En la interacción 4, correspondiente a una consulta de oncología, la reiteración y la carga emocional con que la paciente refería su dolor durante la exploración no se trasladaron completamente al profesional. Al finalizar, la paciente comunicó a la investigadora presente dudas sobre alimentación que no había formulado durante la consulta.

Discusión

Los hallazgos describen mecanismos plausibles, no relaciones causales demostradas; una mediación deficiente puede introducir información incorrecta, incompleta o no verificada, y con ello comprometer la comprensión, la continuidad y determinadas decisiones clínicas. Esta interpretación es coherente con la literatura sobre barreras lingüísticas e interpretación sanitaria³⁻⁶. El estudio aporta detalle contextual sobre cómo se desarrolló la comunicación en interacciones reales y diferencia lo observado de sus posibles consecuencias.

La comparación con tres interacciones sin problemas de comunicación clínicamente relevantes permitió observar prácticas de preparación terminológica, reformulación y verificación activa que coincidieron con la detección o la reparación de problemas de transmisión. Dado el reducido número, y por la selección intencional de los casos, se trata de observaciones cualitativas preliminares y no puede afirmarse que estas prácticas tengan una capacidad protec-

tora demostrada; sin embargo, sí ofrecen hipótesis operativas que deberían evaluarse en diseños prospectivos.

La mediación también puede facilitar la explicitación de necesidades, expectativas y formas de expresar el dolor, la incertidumbre o el desacuerdo. Estos componentes pueden estar influidos por trayectorias personales y marcos socioculturales, pero el diseño no permite atribuir cada diferencia exclusivamente a la cultura o al idioma. Del mismo modo, no puede estimarse cuántos errores se habrían producido en ausencia de mediación.

Desde la perspectiva de la economía y la gestión sanitarias, los errores de comunicación podrían modificar tanto la cantidad como la combinación de recursos utilizados: repetición de consultas o pruebas, reinicio o interrupción de circuitos, retrasos y estancias potencialmente evitables. Además del gasto directo, estos procesos generan costes de oportunidad al ocupar capacidad asistencial que podría destinarse a otras necesidades. En este estudio, tales desenlaces no fueron observados mediante seguimiento ni pudieron atribuirse causalmente a la mediación; por ello, no se presentan estimaciones monetarias.

Una evaluación económica futura debería adoptar una perspectiva explícita, del sistema sanitario y, cuando sea posible, también de pacientes y familias, y registrar el coste de provisión de las distintas modalidades de mediación, los contactos posteriores, las pruebas, la duración de la estancia, los eventos adversos y el tiempo soportado por pacientes y acompañantes. Según la madurez de la evidencia, podría plantearse inicialmente un análisis de consecuencias de costes y, a continuación, una evaluación de coste-efectividad de la interpretación profesional. Este marco preserva el componente económico sin atribuir valor monetario a consecuencias no observadas.

La presencia de una mediadora intercultural o una intérprete no garantiza por sí sola una comunicación segura. Importan su competencia y preparación, la posibilidad de aclarar términos técnicos, la gestión de los turnos y la conducta comunicativa del personal sanitario. En lugar de limitar su uso a determinadas consultas, los resultados apoyan garantizar especialmente la disponibilidad de mediación o interpretación profesional cualificada en las decisiones de mayor complejidad o riesgo, además de establecer criterios claros para detectar necesidades lingüísticas y verificar activamente la comprensión.

Entre las fortalezas del estudio destacan el uso de interacciones reales, la revisión apoyada en personal competente en las lenguas analizadas y la descripción contextual de mecanismos comunicativos. No obstante, las limitaciones son sustanciales. Solo se transcribieron 25 de las 68 grabaciones, seleccionadas intencionalmente por su interés y tipicidad, lo que puede sobrerrepresentar situaciones comunicativamente informativas. La disponibilidad de grabaciones dependió del consentimiento, de la solicitud del personal facultativo y del conocimiento progresivo del servicio, por lo que hubo selección previa y variación temporal en la captación. Siete registros transcritos no pudieron analizarse y la muestra final fue pequeña y heterogénea en cuanto a idiomas, servicios y modalidades de mediación. La comprobación lingüística se apoyó en personal competente y en los materiales disponibles, pero no constituyó una traducción certificada independiente y uniforme para todas las interacciones. Tampoco hubo seguimiento de los desenlaces reales. Estas restricciones limitan la transferibilidad y excluyen cualquier estimación de frecuencia, efecto causal, coste o gasto agregado.

En conjunto, las interacciones muestran cómo la calidad de la mediación lingüística puede afectar simultáneamente a la comprensión, la seguridad clínica, la equidad y la eficiencia en el uso de recursos. La prioridad es evaluar de manera prospectiva estos mecanismos; mientras tanto, la práctica clínica puede reforzar la detección de necesidades lingüísticas, la cualificación de quienes interpretan y la verificación de la comprensión en las decisiones de mayor riesgo.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Las grabaciones clínicas que sustentan este estudio no pueden depositarse públicamente por razones de confidencialidad. El esquema de extracción y codificación podrá facilitarse a quien lo solicite de forma razonada al equipo responsable del proyecto, sujeto a la autorización ética e institucional correspondiente.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Las barreras lingüísticas pueden dificultar la transmisión de información, la comprensión y la continuidad asistencial. La interpretación y la mediación intercultural profesionales se asocian a una comunicación clínica de mayor calidad.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

A partir de consultas videograbadas en las que tiene lugar discordancia lingüística, el estudio describe problemas de comunicación concretos y prácticas que coincidieron, de forma preliminar, con su prevención o reparación. Además, vincula estos mecanismos con posibles consecuencias sobre la utilización de recursos.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados?

Conviene reforzar la detección de necesidades lingüísticas, la cualificación de quienes interpretan y realizan tareas de mediación interlingüística e intercultural, y la verificación activa de la comprensión. Se necesitan estudios prospectivos que permitan realizar análisis de consecuencias de costes y evaluar el coste-efectividad de la interpretación profesional.

Editor responsable del artículo

Salvador Peiró.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

C. Pena Díaz: conceptualización, dirección y administración del proyecto, adquisición de financiación, supervisión metodológica, acceso al corpus, revisión interlingüística y comunicativa, segunda revisión y validación de la codificación, y revisión crítica del manuscrito. I. Carmona: conceptualización de la dimensión económica, curación del corpus, primera codificación y análisis de las interacciones, interpretación de las implicaciones para la utilización de recursos y diseño del marco propuesto para futuras evaluaciones económicas, y redacción del borrador original. Ambas autoras interpretaron conjuntamente los hallazgos, resolvieron por consenso las discrepancias, aprobaron la versión final y asumen la responsabilidad pública de su contenido.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a pacientes, profesionales sanitarios, intérpretes y personas mediadoras que hicieron posible la recogida del corpus, así como al personal investigador con competencia en las lenguas analizadas que participó en la elaboración o la comprobación de las transcripciones y las traducciones.

Financiación

Este trabajo se enmarca en el proyecto INTERCOMSALUD, «La competencia intercultural en la comunicación interlingüística sanitaria femenina» (PID2022-137506OB-I00), Proyecto de Investigación Científico-Técnica y de su Transferencia del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023, financiado por la Agencia Estatal de Investigación (Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Se utilizó una herramienta de asistencia lingüística (Claude, Anthropic) para apoyar la revisión de estilo, la verificación de la

extensión y la adecuación de la estructura a las normas de la revista. Las autoras verificaron el contenido, las referencias, el análisis y las conclusiones, y asumen íntegramente la responsabilidad sobre la versión presentada.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estado de salud y uso del sistema sanitario por la población migrante en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026.
2. Hernando Arizaleta L, Palomar Rodríguez J, Márquez Cid M, et al. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gac Sanit*. 2009;23:208–15.
3. Fagundo-Rivera J, García-Lozano MS, Portero-Prados FJ, et al. Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2025;35:407–22, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf042>.
4. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2005;62:255–99.
5. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, et al. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. 2007;42:727–54.
6. Bischoff A, Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:248, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-248>.