

La competencia intercultural en los grados universitarios de medicina en España

Intercultural competence in undergraduate medicine in Spain

CRISTINA ÁLVARO ARANDA
cristina.alvaroa@uah.es
Universidad de Alcalá

Fecha de recepción: 09/08/2024
Fecha de aceptación: 19/05/2025

Resumen: En contextos cada vez más diversos lingüística y culturalmente, la competencia intercultural del personal médico y la participación de intérpretes sanitarios o mediadores interculturales son elementos básicos para garantizar una atención de calidad. Este estudio examina 214 guías docentes de 50 grados en medicina en España mediante una *desk research* y el uso de palabras clave, con el objetivo de determinar si la competencia intercultural está integrada en el currículum, en qué tipo de asignaturas se aborda, qué contenidos específicos se estudian y si se incluyen referencias al trabajo con intérpretes o mediadores. Los resultados muestran que, aunque en las guías docentes se reconoce la importancia de esta competencia, su implementación es desigual y se aborda de manera secundaria dentro de otros módulos, centrándose en el trasfondo cultural del usuario para aplicar la medicina centrada en el paciente y evitar la discriminación. A pesar de la necesidad de incluir pautas para trabajar con enlaces comunicativos, solo una asignatura menciona a los mediadores como profesionales con quienes los médicos interactúan. A la vista de estas tendencias, se sugieren propuestas formativas interdisciplinarias para estudiantes de medicina e interpretación, enfatizando la concienciación temprana para formar médicos interculturalmente competentes en su labor profesional.

Palabras clave: Formación, Currículo de medicina, Guías docentes, Interpretación sanitaria

Abstract: In increasingly linguistically and culturally diverse contexts, intercultural competence among medical professionals and the involvement of healthcare interpreters or intercultural mediators are essential to ensure quality care. This study examines 214 syllabi from 50 medical degree programmes in Spain through desk research and keyword analysis to determine whether intercultural competence is integrated into the curriculum, which types of subjects address it, what specific content is covered, and

whether they include references to working with interpreters or intercultural mediators. The results show that, although the importance of intercultural competence is acknowledged in the syllabi, its implementation is uneven and typically addressed secondarily within other modules, focusing on the patient's cultural background to apply patient-centered medicine and avoid discrimination. Despite the need to include guidelines for working with professionals acting as communicative links, only one subject mentions mediators as professionals with whom physicians interact. Considering these trends, interdisciplinary training proposals are suggested for medical and interpreting students, emphasising early awareness to develop intercultural competent physicians in their professional practice.

Keywords: Training, Medical curriculum, Course syllabi, Healthcare interpreting

INTRODUCCIÓN

¿Tomar medicina durante tanto tiempo? ¿Para qué? No, el Profeta quiere que yo me cure en casa tomando dátiles y miel (Paciente subsahariano musulmán)¹.

Desde la sala de consulta al quirófano, pasando por la ambulancia, la recepción de un hospital o el box de enfermería, el éxito de cualquier interacción médica reside en la comunicación efectiva entre sus participantes. Hoy en día, los sistemas sanitarios deben dar respuesta a las necesidades comunicativas de pacientes cada vez más diversos, fruto del multilingüismo y multiculturalismo que traen consigo los flujos migratorios. Por ello, cuando los usuarios no comparten el idioma o la cultura del personal que les atiende, es imprescindible derribar estas barreras para garantizar una asistencia de calidad. Los pasillos de cualquier centro sanitario son testigos de numerosas estrategias: desde gestos, materiales multilingües o palabras en un idioma vehicular, pasando por traductores automáticos hasta llegar a la intervención por parte de familiares del usuario, trabajadores bilingües del centro sanitario o intérpretes con distintos niveles de formación y experiencia (Álvaro Aranda, 2025).

Al observar el fragmento con el que se inicia este artículo, podremos percatarnos de que la comunicación va más allá del código lingüístico. En esta interacción, el médico y el paciente cuentan con el apoyo de un intérprete formado para comunicarse y, aun así, existen discrepancias sobre cómo tratar la enfermedad del usuario. ¿Por qué el doctor quiere atajar el problema con medicación y el paciente prefiere limitarse a comer dátiles y miel para recuperarse? La respuesta está en que no comparten una misma cultura, es

¹ Originalmente en francés, este es un fragmento extraído de una consulta real interpretada.

decir, interactúan, experimentan el mundo e interpretan la realidad según sus creencias, costumbres y pensamientos aprendidos (Robins et al., 1998), que, en este caso, difieren.

En un escenario demográfico tan heterogéneo como el actual es imperativo evitar imponer categorías socioculturales ajenas o prácticas etnocentristas, al no poder garantizarse su aceptación por parte de otras personas (Veliz-Rojas y Bianchetti Saavedra, 2021). En este sentido, contar con intérpretes sanitarios profesionales resulta imprescindible para facilitar una comunicación efectiva, pero no es suficiente. Los médicos también deben desarrollar su competencia intercultural (CI)² para adaptarse a la diversidad y, así, aplicar las habilidades propias de la medicina centrada en el paciente ante los usuarios inmigrantes, a los que deben reconocer como seres únicos en todas sus dimensiones (Macipe Costa y Gimeno Feliú, 2011).

Siguiendo la definición clásica de Cross et al. (1989), entenderemos la CI como un conjunto de comportamientos, actitudes, estructuras y políticas que se implementan en una organización o comunidad profesional para garantizar prácticas efectivas en contextos interculturales. Estos encuentros exigen que los proveedores reciban formación para prestar sus servicios tomando en consideración las diferencias culturales (Vella et al., 2022) y, además de (re)conocer distintas formas de atender sanitariamente, también sepan conversar interculturalmente (Raga Gimeno, 2022) y trabajar con intérpretes sanitarios para sortear la ausencia de un idioma común (Griswold et al., 2021).

Al igual que en otras profesiones, la adquisición de una competencia formal se inicia durante la etapa universitaria (Evetts, 2003). Pese al creciente número de propuestas formativas, algunos autores señalan que el desarrollo de la CI en las facultades de medicina suele ser un elemento secundario al que apenas se dedica tiempo o se trata de un modo heterogéneo, inconsistente y superficial dentro de otros módulos, en ocasiones debido a la falta de orientación pedagógica por parte de las propias entidades educativas (Beach et al., 2005; Kripalani et al., 2006; Nair y Adetayo, 2019; Lekas et al., 2020; Liu et al., 2022; Raga Gimeno, 2022; Robaina Castillo, 2022; Álvarez-Cruces y Otondo-Briceño, 2023; Antón-Solanas et al., 2021). A esto debe sumarse la ausencia de un consenso sobre qué elementos constituyen dicha

² La expresión *cultural competence* se emplea con frecuencia para referirse a la «competencia intercultural» (Ahmed, 2015), terminología que adoptamos en este trabajo para enfatizar el contacto entre culturas. También se observan otras alternativas, como seguridad, sensibilidad o humildad cultural. Pese a que existen diferencias en función de su enfoque que no pueden abordarse por razones de espacio (consúltese Liu et al., 2021), todas ellas promueven que el personal sanitario desarrolle comportamientos flexibles y actitudes respetuosas con la cultura del paciente, para así facilitar unos cuidados que respeten sus necesidades culturales, individuales y psicosociales.

competencia (Liu et al., 2021). Por ello, existen percepciones muy diversas respecto a qué contenidos deben cubrirse, cómo deben enseñarse y evaluarse, o cuánto deben durar los programas formativos (Chippis et al., 2008; Lie et al., 2011; Jongen et al., 2018; Deliz et al., 2019; Brottman et al., 2020).

Para analizar el estado de la cuestión en España, el objetivo de este trabajo es explorar la enseñanza de la CI en los centros universitarios que ofertan la carrera de medicina a nivel de grado. Con este fin, se utiliza una metodología de *desk research* (Largan y Morris, 2019) para analizar la información disponible *online* en las guías docentes de las asignaturas, mediante una búsqueda de palabras clave que surge de la revisión bibliográfica. Este proceso se desarrolla para responder estas preguntas: 1) ¿Se integra la CI en las guías docentes de los grados en medicina españoles?; 2) ¿Qué tipo de asignaturas abordan la CI?; 3) ¿Qué dimensiones de la CI se estudian en estas asignaturas?; 4) ¿Se incluyen referencias a cómo trabajar con un intérprete sanitario o mediador intercultural?

Los resultados pueden tomarse como una casilla inicial para observar en qué punto se encuentra la oferta formativa española en los programas de medicina. Con ello, se persigue identificar las necesidades formativas pendientes y proponer vías de mejora acordes, así como algunas estrategias para desarrollarlas.

1. SOBRE EL CONCEPTO DE LA CI EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA

La CI es fundamental para reducir situaciones de desigualdad en la atención sanitaria y mejorar la calidad asistencial, ya que dota a los sistemas de salud y a sus profesionales de las capacidades necesarias para responder ante diversas creencias, expectativas, patrones y condicionantes que influyen en la salud de los pacientes (Antón-Solanas et al., 2021). Evaluar el nivel de CI del personal médico exige considerar el carácter dinámico de la interculturalidad y la inmigración, muy presentes desde hace décadas en los sistemas sanitarios y cada vez más pertinentes en los planes formativos (Bautista Espinel et al., 2022).

Al examinar cómo se enseña la CI en los planes de medicina, Betancourt (2003) identifica tres aproximaciones interrelacionadas basadas en los *conocimientos*, las *actitudes* y las *habilidades* del personal sanitario. Según esta propuesta, los programas basados en los *conocimientos* adoptan una visión multicultural para examinar creencias, valores y patrones de comportamiento socioculturales de determinados grupos (Betancourt, 2003). Esta aproximación exige cautela para evitar estereotipos reduccionistas, pues la cultura es heterogénea y cada individuo la asimila de forma distinta (Grupo

CRIT, 2009; Cabieses et al., 2021). Por otro lado, los programas centrados en las *actitudes* promueven la sensibilidad cultural del proveedor sanitario, al que se invita a reflexionar sobre los constructos de empatía, curiosidad, respeto, prejuicio, racismo, clasismo o sexismo. Estos aspectos son todavía más relevantes ante la diversidad cultural. Finalmente, los programas que inciden en el desarrollo de *habilidades* parten de una perspectiva intercultural y comunicativa que permita a los médicos deducir cómo cada paciente entiende y conceptualiza su enfermedad. Frente a enfoques más generalistas, se prioriza la adaptación comunicativa y la participación del paciente para tomar decisiones. Estas propuestas también incluyen saber trabajar con intérpretes sanitarios (Kripalani et al., 2006).

Desde esta perspectiva, la formación debería adoptar un triple enfoque: concienciar sobre los marcos de referencia culturales propios, aproximarse a los esquemas conceptuales del *otro* y negociar ambas dimensiones (Cohen-Emerique, 2013). Estos componentes se relacionan con los dominios afectivo, cognitivo y comportamental (Liu et al., 2021). En consonancia con esta visión, la bibliografía especializada recoge distintos constructos, modelos, escalas e instrumentos para la CI, en muchas ocasiones provenientes del ámbito de la enfermería (véase Cross et al., 1989; Purnell, 2005; Leininger, 2002; Campinha-Bacote, 1991, 2018). Todos ellos coinciden en que la CI es a la vez proceso y resultado, pues las personas e instituciones deben progresar hasta poder funcionar en un contexto multi- e intercultural (Martínez et al., 2006). Esto supone considerar factores que pueden dificultar la asistencia a pacientes inmigrantes, donde además de la barrera del idioma entran en juego elementos culturales: concepciones de salud, enfermedad o curación; relación con el médico, salud mental y de la mujer, prácticas religiosas, rituales funerarios, alimentación, comunicación de malas noticias y papel de los familiares, expresión del dolor, uso del lenguaje no verbal, registro, cantidad y sinceridad de la información, entre otros (Grupo CRIT, 2009).

Sin embargo, una CI sólida no se limita a reconocer las diferencias culturales, sino que exige el desarrollo de habilidades que permitan integrar estas variables en una interacción (Martínez et al., 2006). En definitiva, es fundamental que los conocimientos adquiridos puedan materializarse en una comunicación clínica efectiva que permita al personal sanitario «hablar, dialogar y actuar apropiadamente en contexto» (Veliz-Rojas y Bianchetti Saavedra, 2021, p. 307). Así, el médico debe entender el marco referencial del usuario y ser capaz de comunicar y negociar sus decisiones desde una perspectiva culturalmente informada (Anand y Lahiri, 2009). En este sentido, la concienciación sobre divergencias culturales debe traducirse en un uso adecuado del lenguaje (Lucena Jiménez y Salvador Jiménez, 2024), que esté

orientado a los objetivos de la comunicación clínica: establecer una relación terapéutica, obtener información, negociar un tratamiento y considerar el perfil individual del usuario, entre otros (Teal y Street, 2008).

Desde este enfoque es imprescindible subrayar la competencia comunicativa intercultural (CCI), concebida como una habilidad que permite desplegar comportamientos y patrones comunicativos adecuados entre individuos con distintas culturas de origen (Chen y Starosta, 1998). La CCI supone poder ir más allá del sistema lingüístico-cultural propio para entrar en uno ajeno en el que saber comunicarse de forma clara y respetuosa (Fantini y Tirmizi, 2006). La CCI implica la integración articulada de los conocimientos, las habilidades y actitudes interculturales aprendidos (Lucena Jiménez y Salvador Jiménez, 2024). Es más que un «saber qué», entendido este como un conocimiento concreto de los patrones comunicativos de cada cultura, para transitar hacia un «saber cómo» reflexivo, que permita conocer, coordinar y ajustar los patrones y las emociones del acto de conversar según las posturas (culturales) de los interlocutores y todo lo que rodea la situación comunicativa (Raga Gimeno, 2022).

La CCI se ha desarrollado ampliamente desde la enseñanza de lenguas extranjeras, donde, señala Borghetti (2013), no puede restringirse al dominio lingüístico de la lengua. Aquí destacan los cinco saberes (*savoirs*) de los hablantes interculturales de Byram (1997), que integran conocimientos, actitudes y habilidades para interpretar, relacionar y negociar entre distintos marcos culturales. Estas dimensiones son muy pertinentes en contextos donde la comprensión entre interlocutores va más allá de la transferencia lingüística y exige sensibilidad, respeto y apertura (inter)cultural. Por su parte, Kramsch (1993) plantea la existencia metafórica del «tercer lugar», espacio simbólico que el hablante ocupa entre su cultura de origen y la cultura meta. Esta llamada a separarse y negociar la predisposición etnocéntrica es central en otros trabajos recientes (consúltese Raigón Rodríguez, 2020 o Rodríguez Arancón, 2023) y ha dado lugar a varias propuestas de medición y evaluación de la CCI (véase la escala de recursos interculturales de González Plasencia publicada en 2019, donde destacan estrategias como la gestión de la interacción y la comunicación o la interpretación de otras realidades, actitudes como el respeto y la empatía, y conocimientos relacionados con la identidad y la cultura comunicativa).

Ahora bien, la CCI en contextos sanitarios presenta peculiaridades que la distancian del ámbito de la enseñanza de lenguas. Mientras que en este último se forman hablantes capaces de comunicarse en la lengua de sus interlocutores desde un prisma cultural apropiado, en el entorno sanitario la diversidad lingüística hace inviable que el personal médico domine todos los idiomas y sistemas de referencia cultural de sus pacientes. Por tanto, la CCI

no puede limitarse a la habilidad del profesional para comunicarse con los usuarios directamente, sino que también debe incluir el desarrollo de competencias para saber cuándo y cómo trabajar con intérpretes sanitarios (Weech-Maldonado et al., 2012). Este aspecto, eje del siguiente apartado, constituye un componente esencial para alcanzar una comunicación efectiva en contextos sanitarios multilingüísticos y multiculturales.

2. SOBRE LA INTERPRETACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

La interpretación sanitaria surge como una rama de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP) que, mediante la comunicación efectiva, promueve un acceso igualitario a la atención y asegura que tanto los usuarios como los proveedores ejercen sus derechos y cumplen con sus obligaciones (Vitalaru, 2025). Al situarse en la intersección entre la medicina, el lenguaje y la cultura (Hsieh, 2015), la interpretación sanitaria ocupa una posición privilegiada para analizar las interacciones producidas en entornos clínicos entre pacientes y personal médico que no comparten idioma o cultura.

En el caso específico de España, la interpretación sanitaria se enfrenta a un panorama complejo debido a su falta de profesionalización y regulación. La inexistencia de mecanismos homogéneos para controlar el acceso al sector profesional se refleja en prácticas fragmentadas, donde las intervenciones *ad hoc* continúan siendo frecuentes. Esto es pertinente en el caso de las lenguas de menor difusión (LMD), para las que, pese a su elevada demanda, existen pocos recursos de interpretación o mediación intercultural a nivel profesional (Vitalaru, 2025). A esta situación se suma la falta de un código deontológico vinculante para que todos los practicantes cumplan con unos principios éticos básicos (Álvaro Aranda, 2025) o el desconocimiento por parte de los proveedores sobre los riesgos inherentes a prescindir de la actuación de un intérprete profesional (Nevado Llopis, 2015).

Otro indicio de la escasa profesionalización de la actividad es la falta de consenso sobre el papel del intérprete. Aunque existe acuerdo en que su labor básica es trasladar mensajes, todavía no se ha establecido el papel (o papeles) que puede adoptar en el proceso (Lázaro Gutiérrez, 2014). Numerosos autores señalan que, además de interpretar, los intérpretes muestran comportamientos más participativos, como explicar diferencias culturales o simplificar el discurso (Angelelli, 2019). Relacionado con esta falta de consenso, en España podemos encontrar la actuación de intérpretes sanitarios y mediadores interculturales por igual (SEC, 2019), actividades que en este territorio presentan lindes difusas y justifican propuestas unificadoras en un único perfil profesional (Grupo CRIT, 2014).

Pese a estos desafíos, en los últimos años se registran algunos avances significativos para la profesionalización de la actividad en España. Entre estos,

destaca el incremento de la formación disponible en el seno de entidades como universidades y ONG (Álvaro Aranda, 2025), así como la financiación de proyectos que ofrecen servicios de interpretación sanitaria en hospitales, donde destaca Intercomsalud (Merino Cabello y Antequera Manzano, 2025), y la organización de jornadas de concienciación para mejorar la comunicación intercultural con pacientes inmigrantes (SEC, 2024). Tímidamente surgen ejemplos de propuestas formativas interdisciplinares³, como la que describen Ortega-Herráez et al. (2022) para que estudiantes de enfermería y Tel aborden de forma conjunta la comunicación con usuarios alófonos, o la de Sanz-Moreno (2017), que se aproxima a los dilemas éticos en el aula de interpretación con la participación de personal médico.

3. METODOLOGÍA

Entendida como una técnica que permite recabar información de diversas fuentes publicadas para ofrecer datos sobre un tema de estudio (Bassot, 2022), este trabajo se nutre de una *desk research* (Largan y Morris, 2019) para revisar los planes a nivel de grado de las facultades de medicina en España, con vistas a examinar cómo se integra la enseñanza de la CI en las guías docentes de las asignaturas. Se organiza en las siguientes fases:

1) En junio de 2024, se localizan las universidades que ofertan el grado de medicina en España y se consultan sus páginas web.

2) Durante los meses de julio y agosto de 2024, se descargan las guías docentes más actualizadas disponibles en línea⁴. Basándonos en la revisión previa de estudios, como criterios de inclusión se escogen asignaturas con una vertiente comunicativa, ética o deontológica, legal, antropológica, intercultural o social. Esto implica obviar asignaturas centradas en especialidades médicas específicas (por ejemplo, cardiología), con excepción del área de medicina tropical, por su conexión intrínseca con la salud de viajeros e inmigrantes.

3) Descargadas estas guías, se desarrollan ecuaciones de búsqueda mediante palabras clave que se deducen de la revisión bibliográfica teórica y los objetivos de investigación: «migra», «extranjero», «cultura», «traductor», «intérprete» y «mediador». Se opta por «cultura» y «migra» como términos generales de búsqueda, ya que conducen a otras palabras relacionadas:

³ El panorama internacional recoge otras propuestas interdisciplinares que no pueden abordarse por motivos de espacio. A modo de ejemplo, consúltase Krystallidou *et al.* (2018).

⁴ Todas las guías docentes consultadas se corresponden con el curso académico 2024/2025, exceptuando las de la Universidad Internacional de Cataluña, la Universidad Camilo José Cela y la Universidad de Deusto, que a fecha de 2 de agosto de 2024 muestran las del año 2023/2024 como versión más reciente.

intercultural, interculturalidad, cultural, migrante, inmigrante, inmigración, entre otras.

4) Los datos recabados se ordenan en una plantilla de Excel para facilitar su sistematización, organización, análisis e interpretación de acuerdo con las preguntas de investigación.

4. ANÁLISIS

Siguiendo los objetivos de la investigación y los criterios metodológicos descritos, se examinan los grados de medicina de 50 universidades españolas, siendo 13 privadas (26 %) y 37 públicas (74 %). La tabla 1 recoge información en este sentido:

Universidades privadas	Universidades públicas
Universidad Alfonso X el Sabio, Universidad CEU Cardenal Herrera, Universidad de Navarra, Universidad CEU San Pablo, Universidad Católica San Antonio, Universidad Francisco de Vitoria, Universidad Fernando Pessoa- Canarias, Universidad Nebrija, Universidad Europea de Madrid, Universidad Internacional de Cataluña, Universidad Camilo José Cela, Universidad de Deusto, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir	Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Alcalá, Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Barcelona, Universidad de Cádiz, Universidad de Cantabria, Universidad de Castilla La Mancha, Universidad de Córdoba, Universidad de Extremadura, Universidad de Granada, Universidad de La Laguna, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Oviedo, Universidad de Salamanca, Universidad de Sevilla, Universidad del País Vasco, Universidad Rey Juan Carlos, Universidad de Vic, Universidad de Santiago de Compostela, Universidad Rovira i Virgili, Universidad de Zaragoza, Universidad de Girona, Universidad Miguel Hernández, Universitat Jaume I, Universidad de Lleida, Universidad de Málaga, Universidad de Murcia, Universidad de Valencia, Universidad de Valladolid, Universidad de las Islas Baleares, Universidad de Almería, Universidad de Jaén, Universidad de Alicante, Universidad Pública de Navarra, Universidad de Huelva, Universidad Pompeu Fabra

Tabla 1. Universidades consultadas

Fuente. Elaboración propia

En total, los criterios de inclusión permiten analizar las guías docentes correspondientes a 214 asignaturas. En cuanto a la distribución temporal, y teniendo en cuenta que el grado de medicina en España tiene 6 años de duración, 55 asignaturas se sitúan en primero (25,7 %), 57 en segundo (26,64 %), 19 en tercero (8,88 %), 20 en cuarto (9,35 %), 20 en quinto (9,35 %), 8 en sexto (3,74 %) y 28 (13,08 %) están disponibles a lo largo de varios cursos, fundamentalmente como optativas. Para 7 asignaturas no se dispone de información (3,27 %).

4.1. ¿Se integra la CI en las guías docentes de los grados en medicina españoles?

La CI forma parte de los objetivos (6,53 %), resultados de aprendizaje (19,32 %) o las competencias que deben desarrollar los estudiantes (43,08 %), ya sean básicas, transversales, generales o específicas. También aparece, directa o indirectamente, como parte de la descripción de la asignatura (8,36 %), los requisitos previos (0,26 %), los contenidos teóricos (17,75 %) y las actividades formativas, en forma de tareas prácticas o seminarios (4,7 %). Aunque en la mayoría de los casos la CI se aborda de forma tangencial junto a otros bloques de contenido, de algunas asignaturas se deduce un especial énfasis en la CI:

Salud, enfermedad y cultura, optativa de segundo curso impartida en la Universidad de Valencia que busca «proporcionar al estudiante una visión contextualizada de la salud y la enfermedad que la medicina concibe actualmente no sólo como fenómenos biológicos, sino también social y culturalmente determinados» (Guía docente consultada a 18 de julio de 2024, p. 1). Entre sus actividades prácticas, destaca un seminario que examina cómo la comunicación médico-paciente varía según la sociedad y cultura (Guía docente consultada a 18 de julio de 2024, p. 1).

Cultura, salud y enfermedad, asignatura optativa de cuarto curso impartida en la Universidad Miguel Hernández en la que se abordan los elementos culturales relacionados con la salud pública, la salud mental y la inmigración, para resaltar el papel fundamental que juega la cultura en la comprensión de la salud y la enfermedad, la relación médico-enfermo, los estilos de vida de la población o los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades (Guía docente consultada a 18 de julio de 2024).

Historia de la medicina, bases culturales y éticas de la salud y la enfermedad, asignatura básica de primer curso impartida en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria que contribuye al perfil profesional de los estudiantes al aportar «instrumentos de análisis y reflexión, además nexos de unión entre medicina, cultura y sociedad» y «una perspectiva global, equilibrada y razonada de cuantas circunstancias intervienen en la salud y la

enfermedad de los seres humanos; circunstancias inseparables de lo que genéricamente denominamos cultura» (Guía docente consultada a 18 de julio de 2024, p. 2).

Medicina tropical, asignatura optativa de cuarto curso que se implantará en el año académico 2025/2026 en la Universidad de Almería. Aborda el fenómeno de la migración de forma directa en sus contenidos, de lo que se deduce un especial énfasis en la CI de los futuros médicos. Por ejemplo, se estudia el componente cultural de la inmigración, el derecho de asilo, la protección sociosanitaria del inmigrante o su integración en España mediante relaciones interculturales en el mercado de trabajo, la vivienda, la salud o la escuela. Además, es de interés el diseño práctico de un proceso sanitario para una comunidad específica de inmigrantes (Guía docente consultada a 27 de julio de 2024).

4.2. ¿Qué tipo de asignaturas abordan la CI?

En relación con la tipología de las asignaturas de la muestra, la CI se aborda desde 101 asignaturas obligatorias (47,2 %), 73 optativas (34,11 %) y 40 básicas/troncales (18,69 %). Se diferencian varias líneas temáticas según sus enfoques, como recoge la Tabla 2:

Línea general y representación	Ejemplos
Humanidades aplicadas a la medicina (60 asignaturas, 28,04 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Historia de la medicina</i> (Universidad Alfonso X el Sabio) • <i>Sociología médica</i> (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria) • <i>Antropología</i> (Universidad de Navarra) • <i>Introducción al humanismo e historia de la medicina</i> (Universidad de Zaragoza)
Ética y deontología ⁵ (35 asignaturas, 16,36 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bioética clínica</i> (Universidad Autónoma de Madrid) • <i>Ética y deontología médicas</i> (Universidad de Salamanca)
Comunicación o relación médico-paciente (18 asignaturas, 8,41 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relación médico-paciente</i> (Universidad Autónoma de Barcelona) • <i>Técnicas de comunicación en medicina clínica</i> (Universidad de Alcalá) • <i>Medicina social y habilidades de comunicación</i> (Universidad de Vic)

⁵ Aunque la ética y la deontología puedan englobarse en la rama de humanidades, se presentan separadas por su representatividad en la muestra, ya sea como categoría aislada o uno de los componentes de las materias con enfoque mixto.

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Comunicación asistencial</i> (Universidad de Córdoba)
Habilidades en otro idioma (14 asignaturas, 6,54 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Inglés científico aplicado a la medicina</i> (Universidad Francisco de Vitoria) • <i>Inglés para ciencias de la salud</i> (Universidad de Extremadura) • <i>Alemán iniciación</i> (Universidad de Navarra)
Gestión sanitaria (10 asignaturas, 4,67 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Economía de la salud y gestión sanitaria</i> (Universidad de La Laguna) • <i>Introducción a la gestión de pacientes</i> (Universidad Complutense de Madrid)
Aspectos culturales ⁶ (16 asignaturas, 7,48 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>El hombre enfermo. Aspectos históricos y socioculturales</i> (Universidad Complutense de Madrid) • <i>Integración. Abordaje biológico, psicológico, social y cultural</i> (Universidad de Vic) • <i>Cultura, salud y enfermedad</i> (Universidad Miguel Hernández)
Medicina tropical y del viajero (7 asignaturas, 3,27 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diagnóstico microbiológico de las infecciones del viajero y del inmigrante</i> (Universidad de Granada) • <i>Medicina tropical y salud internacional</i> (Universidad Autónoma de Madrid) • <i>Enfermedades infecciosas y medicina tropical</i> (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)
Equipos multidisciplinares (3 asignaturas, 1,4 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Simulación interprofesional en ciencias de la salud</i> (Universidad de Barcelona) • <i>Equipos multidisciplinares para la seguridad y la calidad del paciente</i> (Universidad de Vic)
Habilidades personales duras o blandas (12 asignaturas, 5,61 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aprendizaje mediante la simulación de las habilidades básicas clínicas técnicas y no técnicas</i> (Universidad de Barcelona) • <i>Liderazgo y profesionalismo</i> (Universidad de Vic)
Enfoque mixto (19 asignaturas, 8,88 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bases de comunicación y ética</i> (Universidad Rovira i Virgili) • <i>Historia de la medicina y bioética</i> (Universidad de Extremadura) • <i>Comunicación asistencial y bioética</i> (Universidad de Castilla La Mancha)

⁶ De las guías docentes se infiere que estas asignaturas presentan muy distintos grados de profundización en el concepto de cultura.

Cooperación internacional (6 asignaturas, 2,8 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicina sin fronteras. Cirugía en cooperación internacional</i> (Universidad Complutense de Madrid) • <i>Cooperación sanitaria internacional</i> (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)
Otros (14 asignaturas, 6,54 %)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Promoción de la salud</i> (Universidad de Sevilla) • <i>El sistema sanitario actual</i> (Universidad de Vic)

Tabla 2. Temática de las asignaturas examinadas

Fuente. Elaboración propia basada en las guías docentes consultadas

4.3. ¿Qué dimensiones de la CI se estudian en estas asignaturas?

Al analizar los contenidos de las guías docentes pueden establecerse seis categorías que, a su vez, se corresponden con los temas cubiertos en la revisión bibliográfica. Es importante destacar que algunas asignaturas cubren más de una categoría de las señaladas a continuación:

En primer lugar, reconocimiento de la interculturalidad como parte de las sociedades actuales para comprender la diversidad de pacientes ante los que los futuros médicos deben dar respuesta, así como en papel que estos profesionales juegan en este escenario (22,47 %). Veamos algunos ejemplos:

Participar activamente en la integración multicultural que favorezca el pleno desarrollo humano, la convivencia y la justicia social (*Historia de la medicina, bases culturales y éticas de la salud y la enfermedad*, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, consultada a 21 de julio de 2024)

Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad (*Introducción a la medicina: información y documentación médica*, Universidad Rey Juan Carlos, consultada a 21 de julio de 2024)

Práctica de la medicina en una sociedad multicultural (*Bioética y profesionalismo*, Universidad Jaume I, consultada a 22 de julio de 2024)

El aprendizaje y la pluralidad de las culturas (*Antropología*, Universidad Internacional de Cataluña, consultada a 2 de agosto de 2024)

[...] capacitar al alumno para integrarse en un mundo cada vez más globalizado, donde el encuentro entre las diversas culturas y religiones parece ineludible (*Oriente y Occidente en sus grandes tradiciones religiosas*, Universidad de Deusto, consultada a 2 de agosto de 2024)

Tabla 3. Presencia de la interculturalidad

Fuente. Elaboración propia

En segundo lugar, énfasis en el papel de la cultura a la que pertenece el usuario en su forma de interpretar la realidad y ver el mundo, que los médicos

deben tener en cuenta para poder aplicar los principios de la medicina centrada en el paciente y evitar la discriminación (46,91 %). Esto también implica la capacidad de adaptar las prácticas médicas según las características del usuario. Los siguientes fragmentos son ilustrativos:

Comprender la persona humana como un ser multidimensional, en el cual la interrelación de diversos factores incluidos los biológicos, psicológicos, culturales, económicos y sociales condicionan los estados de salud y enfermedad y sus manifestaciones (<i>Fundamentos de la práctica médica</i> , Universidad de Sevilla, consultada a 21 de julio de 2024)
Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura (<i>Bioética</i> , Universidad Alfonso X el Sabio, consultada a 21 de julio de 2024)
Realizar una historia clínica adecuada en el inmigrante atendiendo a sus características culturales (<i>Enfermedades infecciosas y medicina tropical</i> , Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, consultada a 21 de julio de 2024)
Valorar los datos del nivel educativo, cultural y socioeconómico del paciente para adecuar las pautas médicas (<i>Bases de comunicación y ética</i> , Universidad Rovira i Virgili, consultada a 21 de julio de 2024)
Conocer el entorno vital de la persona enferma y la interacción de la educación y la cultura en los cuidados médicos (<i>Bioética y medicina legal</i> , Universidad Europea de Madrid, consultada a 2 de agosto de 2024)
[...] promover una cultura de respeto a los valores del paciente y sus preferencias, una cultura ética que garantice un mejor uso de los recursos basados en la medicina basada en evidencias, evitando discriminación de cualquier tipo (<i>Medicina, sociedad y personas IV: bioética y derecho</i> , Universidad Pompeu Fabra, consultada a 2 de agosto de 2024)

Tabla 4. Referencias al perfil cultural del usuario

Fuente. Elaboración propia

En tercer lugar, toma de conciencia sobre la propia pertenencia cultural y sus sesgos relacionados, para así evitar imponer prácticas etnocentristas que colisionan con la visión del paciente y pueden perjudicar su adherencia al tratamiento o cuidado de su salud (3,09 %). Por ejemplo:

Through second language learning, the learner is encouraged to expand his or her own horizons by raising questions about and exploring other cultures, which, besides facilitating communication in an increasingly globalized world, allows the learner to get to know other languages and other cultures making the person more aware of his or her own language and culture, that is, of one's self (<i>Inglés científico aplicado a la medicina</i> , Universidad Francisco de Vitoria, consultada a 21 de julio de 2024, énfasis propio)

Respetar las convicciones religiosas, ideológicas y culturales del paciente, salvo en el caso de que entre en conflicto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y **evitar que las suyas propias condicionen la capacidad de decisión de [sic] aquél** (*Bioética y comunicación*, Universidad Autónoma de Barcelona, consultada a 21 de julio de 2024)

Tabla 5. Reflexiones sobre el perfil cultural propio
Fuente. Elaboración propia

En cuarto lugar, adquisición de conocimientos sobre otras culturas a nivel general y, a nivel específico, sobre sus construcciones sanitarias en torno al binomio salud-enfermedad, sus formas de entender el cuerpo, los tratamientos disponibles, los profesionales implicados en su cuidado, la forma de entender la muerte o transmitir malas noticias, la gestión del dolor, la sexualidad, la comunicación con el médico, la relación médico-paciente, el papel de la religión, entre otros (17,7 %). A modo ilustrativo:

Conocimiento de otras culturas y costumbres (*Comunicación en medicina*, Universidad de Málaga, consultada a 21 de julio de 2024)

Lenguaje no verbal: Nociones básicas. Utilidad. Limitaciones. Diferencias culturales (*Propedéutica clínica y comunicación asistencial*, Universidad de Valladolid, consultada a 22 de julio de 2024)

Se analizará la construcción social de la categoría «persona enferma» estudiando sus diferentes condicionantes, desde los biológicos hasta los más propiamente culturales, como la condición social, la economía o las creencias (*El hombre enfermo. Aspectos históricos y socioculturales*, Universidad Complutense de Madrid, consultada a 21 de julio de 2024)

La salud y la enfermedad a lo largo de la Historia: diversas formas de entender el cuerpo según las culturas y las sociedades (*Humanidades médicas: historia de la medicina y antropología médica*, Universidad de Alcalá, consultada a 21 de julio de 2024)

Tema 6. Estilos de vida y Conductas de Salud. Dimensiones Socioculturales en las prácticas relativas a la Salud (*Introducción a la ciencia médica*, Universidad Pública de Navarra, consultada a 27 de julio de 2024)

La modulación cultural y personal del morir: actitudes ante la muerte (*Antropología*, Universidad Internacional de Cataluña, consultada a 2 de agosto de 2024)

La relación médico paciente: una aproximación sociocultural (*Comunicación en la práctica clínica*, Universidad Internacional de Cataluña, consultada a 2 de agosto de 2024)

Tabla 6. Adquisición de conocimientos de otras culturas
Fuente. Elaboración propia

En quinto lugar, aproximación a otras prácticas alternativas coexistentes con la cultura médica occidental, que deben tenerse en cuenta y no obviarse o juzgarse, como recogen estos ejemplos (5,34 %):

[...] entender que la medicina científica (o medicina occidental moderna o biomedicina) no es la única manera que existe, ni son tampoco únicos los conceptos de salud y enfermedad; hay que evitar apriorismos y prejuicios a la hora de comprender la vigencia de un pluralismo médico que supone la vigencia de las culturas a las que se asocian, aunque a menudo se las ha considerado anacrónicas o poco desarrolladas (*Historia de la medicina*, Universidad de Lleida, consultada a 21 de julio de 2024)

Evaluar los riesgos y posibilidades derivados de la coexistencia de tradiciones sanitarias procedentes de diferentes culturas (*Medicina alternativa y complementaria*, Universidad de Salamanca, consultada a 21 de julio de 2024)

Curanderismo y subculturas médicas (*Historia de la medicina*, Universidad de La Laguna, consultada a 21 de julio de 2024)

Conocer la existencia y principios de las medicinas alternativas (*Historia de la medicina y documentación*, Universidad de Castilla La Mancha, consultada a 21 de julio de 2024)

Influencia cultural y geográfica en la medicina tradicional y alternativa (*Historia de la medicina y documentación*, Universidad de Huelva, consultada a 27 de julio de 2024)

Magia simpática, nùmenes, dioses, arte y cultura (*Historia de la medicina*, Universidad Camilo José Cela, consultada a 2 de agosto de 2024)

Tabla 6. Reconocimiento de prácticos culturales alternativos

Fuente. Elaboración propia

En sexto y último lugar, aproximación a los pacientes inmigrantes como grupo poblacional vulnerable, cuya atención sanitaria lleva asociada dificultades específicas, como la comunicación, las percepciones culturales o los problemas de salud más comunes (4,49 %). Para ilustrar:

Dificultades comunicativas con el paciente inmigrante (*Técnicas de comunicación en medicina clínica*, Universidad de Alcalá, consultada a 21 de julio de 2024, énfasis propio)

Refugiados (*Medicina sin fronteras. Cirugía en cooperación internacional*, Universidad Complutense de Madrid, consultada a 21 de julio de 2024)
Migración y medicina. Migración, globalización y salud. Características de la inmigración en España. Características de los distintos grupos de inmigrantes en España en relación con la salud y la enfermedad. Comunicarse con el paciente inmigrante. Recomendaciones para los profesionales sanitarios en lo

que se refiere a la población inmigrante (*Salud, enfermedad y cultura*, Universidad de Valencia, consultada a 21 de julio de 2024)

Entrevistas especiales. La entrevista difícil: problemas de comunicación físicos/sensoriales, idioma o cultura [...] (*Laboratorio de entrevista clínica y habilidades de comunicación*, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, consultada a 3 de agosto de 2024)

Tabla 7. Alusiones a grupos de pacientes inmigrantes

Fuente. Elaboración propia

4.4. ¿Se incluyen referencias a cómo trabajar con un intérprete sanitario o mediador intercultural?

Solo una de las guías docentes recoge propuestas sobre el trabajo con intérpretes sanitarios o mediadores interculturales. Esto se hace como parte de las tareas que, bajo supervisión del tutor, los estudiantes deben realizar en su bloque de actividades de colaboración interprofesional:

interactuar con los diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeros), así como con otros profesionales que trabajan en los centros (administrativo, secretariado, profesionales de la dirección, atención al usuario, **mediadores culturales**, fisioterapeutas, fisioterapeutas, etc.) (*Introducción a la asistencia II: enfermedad*, Universidad Pompeu Fabra, consultada a 2 de agosto de 2024, énfasis y traducción propia)

En tres asignaturas (1,4 %) se mencionan las escuelas de traducción a lo largo de la historia de forma muy anecdótica (por ejemplo, en la asignatura básica *Historia de la medicina y documentación médica* del primer curso del grado en medicina de la Universidad de Murcia o en la asignatura obligatoria *Historia de la medicina* del cuarto curso en la Universidad de Navarra). No obstante, en otras cinco asignaturas (2,34 %) el énfasis se sitúa en que los alumnos adquieran las competencias necesarias para poder traducir textos especializados ellos mismos, sin recurrir a un proveedor de servicios lingüísticos. Este es el caso de las asignaturas centradas en el aprendizaje de idiomas, impartidas desde los Departamentos de Filologías, Traducción o Interpretación de diversas universidades. A continuación, se recogen algunos ejemplos:

Primeramente, *Inglés científico*, asignatura obligatoria en la Universidad de Salamanca que, dependiendo del plan, se imparte en el tercer o cuarto curso, y tiene entre sus objetivos que los alumnos sepan traducir textos médicos redactados en inglés (Guía docente consultada a 19 de julio de 2024).

A continuación, *Inglés médico*, optativa de segundo curso impartida en la Universidad de Oviedo, menciona que la bibliografía sobre medicina está en su mayor parte disponible en inglés, por lo que entre sus contenidos incluye abordar cuestiones traductológicas (Guía docente consultada a 19 de julio de 2024).

Finalmente, *Inglés médico*, asignatura optativa del primer curso en el grado de medicina de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, plantea entre sus tareas que los alumnos desarrollen traducciones directas e inversas para descubrir diferencias bioculturales (Guía docente consultada a 19 de julio de 2024).

Todavía más llamativo es el caso de *Inglés para medicina*, optativa que la Universidad de La Laguna oferta para sus alumnos de segundo y tercer curso. La guía docente incluye un apartado sobre los perfiles profesionales relacionados con los resultados de aprendizaje a los que pueden aspirar los estudiantes. En esta sección no solo se recogen las figuras del médico, otras profesiones relacionadas con la ciencia y la salud, o la docencia e investigación, sino que también se mencionan la traducción e interpretación, la mediación cultural, el asesoramiento lingüístico, la terminología, la edición o la lingüística forense. A continuación, se muestran algunos párrafos a modo ilustrativo (Guía docente consultada a 19 de julio de 2024, p. 16):

- ASESORAMIENTO LINGÜÍSTICO. En contextos, empresas e instituciones relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud (corrección lingüística y de estilo).
- MEDIACIÓN CULTURAL. Para instituciones sanitarias, departamentos de exteriores, de importación y exportación, laboratorios farmacéuticos, empresas del sector turístico, centros de estudios con presencia de estudiantes inmigrantes, organizaciones no gubernamentales, administraciones públicas y otras entidades públicas y servicios asistenciales (mediación lingüística y cultural entre profesionales y usuarios/as).
- TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN (dominio de la lengua instrumental).
- DINAMIZACIÓN LINGÜÍSTICA Y ESPECIALIZACIÓN EN PLANIFICACIÓN LINGÜÍSTICA. Promoción del aprendizaje de lenguas para extranjeros/as.

5. DISCUSIÓN

Siguiendo una metodología de *desk research* (Largan y Morris, 2019; Bassot, 2022), se han consultado 214 guías docentes pertenecientes a 50 grados en medicina en España mediante una búsqueda de palabras clave

relacionadas con la CI. Teniendo en cuenta que el grado tiene seis años de duración, puede deducirse que el énfasis se sitúa en estadios iniciales, pues el 52,34 % de las asignaturas se imparten en los dos primeros cursos. Por lo general, se trata de materias que estudia todo el alumnado, al tener carácter básico, troncal u obligatorio (65,89 %). En su mayor parte, el desarrollo de la CI forma parte de los resultados de aprendizaje y las competencias sobre las que se trabaja, ya sean básicas, generales, transversales o específicas (62,89 %).

Según los resultados, la CI se aborda de modo superficial o secundario dentro de otros módulos, corroborándose los resultados de estudios anteriores (por ejemplo, Robaina Castillo, 2022; Álvarez-Cruces y Otondo-Briceño, 2023). Suele examinarse como una pequeña parte de asignaturas diversas, donde destacan la vertiente humanística (28,04 %), ética (16,36 %), relacional-comunicativa (8,41 %), cultural (7,48 %) o ligada al aprendizaje de otros idiomas (6,54 %). De estas cifras se deduce que las guías docentes promueven la práctica de la medicina como un deber moral, donde, como ser humano, todo paciente requiere una asistencia empática y personalizada que tenga en cuenta su perfil psicosocial y trasfondo cultural.

Se detectan algunas excepciones a la tendencia anterior, donde la CI cobra protagonismo. Este es el caso de las asignaturas *Salud, enfermedad y cultura* y *Cultura, salud y enfermedad*, optativas de la Universidad de Valencia y la Universidad Miguel Hernández, respectivamente. En ambos casos se incide sobre el papel de la cultura del paciente para conceptualizar la enfermedad, la salud o su modo de interactuar y comunicarse con los profesionales sanitarios. De particular relevancia es la asignatura optativa *Medicina tropical*, de futura implantación en la Universidad de Almería en 2025/2026, ya que aborda los factores culturales que acompañan la inmigración y los derechos de sociosanitarios de estos pacientes en España.

Centrándonos en la propuesta de Betancourt (2003), podemos establecer que las categorías de adquirir nociones sobre otras culturas, prácticas alternativas y pacientes inmigrantes se sitúan en los programas centrados en los *conocimientos*, mientras que reconocer la interculturalidad y los sesgos culturales propios casan con los planes centrados en las *actitudes* y, finalmente, subrayar el papel de la cultura a la que pertenece el usuario al prestarle asistencia va en línea con los programas que promueven las *habilidades*. Esto quiere decir que las asignaturas inciden en las habilidades de los profesionales sanitarios (46,91 %), con un menor énfasis en sus actitudes (25,56 %) y conocimientos multi- e interculturales (27,53 %). Sin embargo, los datos disponibles no permiten aprehender si se prioriza el «saber qué» en detrimento de un «saber cómo» integrar todos estos elementos mediante una comunicación intercultural efectiva (Raga Gimeno, 2022).

Ante la ausencia de un idioma compartido que suele caracterizar estos encuentros, como parte de las habilidades médicas cobra especial importancia saber trabajar con un intérprete sanitario o mediador intercultural (Kripalani et al., 2006; Weech-Maldonado et al., 2012). Pese a la representatividad de esta categoría en la muestra (46,91 %), solo hay una asignatura que menciona los mediadores como otros profesionales con los que los médicos interactúan en las instituciones sanitarias: *Introducción a la asistencia II: enfermedad*, materia obligatoria del segundo curso en la Universidad Pompeu Fabra. Pese a esto, no consta que se expliquen pautas de trabajo conjunto, por lo que es imperativo promover acciones formativas interdisciplinares.

La falta de formación específica en el trabajo conjunto con intérpretes sanitarios no solo limita las competencias (comunicativas) interculturales de los médicos, sino que también perjudica el trabajo de los propios intérpretes. La eficacia de la interpretación sanitaria se relaciona con el conocimiento y la familiaridad del personal sanitario con el papel y las funciones del intérprete, así como su capacidad y disposición para establecer dinámicas colaborativas interdisciplinares (Álvaro Aranda, 2025). Si este conocimiento no existe o no está bien afianzado, pueden perpetuarse prácticas *ad hoc* o, de intervenir un intérprete, pueden producirse situaciones que comprometan su código ético, se realicen peticiones más allá de sus funciones o se les considere instrumentos pasivos para que el personal médico complete su agenda unilateralmente (Hsieh y Kramer, 2012). Ello implica obviar que ambas figuras son complementarias y pueden desarrollar funciones clínicas, terapéuticas y metalingüísticas colaborativas y no excluyentes para prestar una atención intercultural eficaz (Álvaro Aranda et al., 2021).

Obviar la figura de traductores, mediadores e intérpretes en las guías docentes revela el desconocimiento y la falta de concienciación sobre su labor entre el personal médico. Si la traducción se menciona, se hace de forma muy anecdótica como un hecho histórico (1,4 %), mientras que la interpretación y la mediación se presentan como actividades y perfiles profesionales que los propios médicos pueden desarrollar tras perfeccionar su dominio de otras lenguas (2,34 %). Irremediablemente, esto perjudica la profesionalización del intérprete, ya que estas visiones restan importancia al carácter especializado de la interpretación y su necesidad de formarse en el campo. Si no se reconoce un perfil profesional como el único que puede suplir una necesidad social o prestar un servicio específico, no podrá alcanzarse el estatus profesional (Monzó Nebot, 2009). Por este motivo, deben efectuarse labores de concienciación y difusión de estos perfiles profesionales entre el colectivo médico desde las facultades de traducción e interpretación de las propias universidades, sus estudiantes y profesorado.

Mencionábamos anteriormente el aumento de la formación disponible

en interpretación sanitaria, pero esto parece limitarse a los programas de Tel. A la luz de los resultados es necesario avanzar hacia una formación médica más acorde con las necesidades del panorama sanitario actual. Una estrategia curricular sería crear asignaturas interdisciplinarias impartidas entre las facultades de medicina y Tel. Podrían realizarse estudios de caso clínicos y *roleplays* entre estudiantes de ambos perfiles donde se pusieran en práctica pautas colaborativas ante dificultades concretas, como la falta de adherencia al tratamiento en pacientes por motivos culturales. Alternativamente, pueden organizarse talleres o jornadas interprofesionales con estudiantado de ambas disciplinas, para así ofrecer un punto de diálogo e intercambio de opiniones, expectativas y necesidades. Por otro lado, es imperativo incorporar módulos breves o unidades didácticas sobre el trabajo con un intérprete sanitario en asignaturas ya existentes en los grados, sobre todo en aquellas relacionadas con la comunicación clínica o la bioética. Estas sesiones pueden suponer una primera toma de contacto con la interpretación sanitaria para concienciar a los futuros médicos sobre la necesidad de un enfoque interdisciplinar para su ejercicio profesional en un entorno multilingüístico y multicultural. En líneas generales, las formaciones deberían guiarse por el siguiente esquema, que beneficiaría tanto a estudiantes de medicina como de Tel (Gráfico 1):



Gráfico 1. Cómo formar en CI

Fuente. Elaboración propia

A partir de los resultados obtenidos, el siguiente paso lógico consiste en transitar desde el enfoque exploratorio del presente artículo hacia uno de carácter más experimental. En este sentido, es esencial diseñar y pilotar una intervención formativa específica desarrollada colaborativamente por expertos de medicina, interpretación sanitaria y comunicación intercultural. Para evaluar

su eficacia se sugiere adoptar un diseño *pretest-posttest* (Pajo, 2022) mediante cuestionarios para medir la competencia (comunicativa) intercultural de estudiantes de medicina y de traducción e interpretación antes y después de la intervención. Esto permitiría incorporar mejoras al currículo de ambos campos y, de resultar exitosa, podría ampliarse a otros niveles de formación y a perfiles profesionales de la salud que también requieren el desarrollo de competencias interculturales sólidas, como el personal de enfermería.

6. CONCLUSIONES

Para poder desarrollar instituciones sanitarias que den respuesta a las necesidades de pacientes inmigrantes debe impulsarse la CI como habilidad para poder desenvolverse en la interculturalidad. Esto implica el conocimiento de referentes culturales propios y ajenos, con la transmisión de mensajes que resulten apropiados para los usuarios, y el trabajo con intérpretes para romper las barreras comunicativas en todos sus niveles. La CI aparece en las guías docentes de distintas asignaturas, pero queda un largo camino por recorrer hasta que se alce como una materia por derecho propio, en lugar de formar una pequeña parte de otros contenidos a los que se da más importancia en el currículum. Solo así se podrá dotar a los futuros médicos de las actitudes, habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con pacientes que quizá entiendan su enfermedad de otro modo, pero comparten la preocupación por la salud que caracteriza a los seres humanos.

Es imprescindible desarrollar nuevas propuestas o incluir módulos en las ya existentes donde se aborde el trabajo interdisciplinar y colaborativo con intérpretes o mediadores interculturales, idealmente junto a las facultades de traducción e interpretación de las universidades donde se ofertan los grados en medicina. Esto puede beneficiar a ambos perfiles y facilitar la colaboración entre ramas del saber que están destinadas a encontrarse. Si no se explica la labor del mediador o intérprete durante la formación universitaria de los futuros médicos, no podemos esperar encontrar profesionales concienciados en su práctica profesional ni impulsar entidades sanitarias interculturalmente competentes. Tampoco podrán avanzar los intérpretes sanitarios en su tan necesaria profesionalización, pues es imperativo que el personal médico les reconozca como aliados y vea utilidad en trabajar de forma conjunta para prestar una asistencia eficaz. Solo así pueden abrirse las puertas a nuevas posibilidades para garantizar un cuidado más inclusivo que cubra, y no desplace, a los usuarios de otras culturas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmed, R. (2015). Intercultural competence in healthcare. En J. M. Bennett (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Intercultural Competence* (pp. 487-490). SAGE Publications.

- Álvarez-Cruces, D. y Otondo-Briceño, M. (2023). Concreción de competencias transversales para lograr competencia intercultural en estudiantes de ciencias de la salud. *Educación Médica Superior*, 37(2), 1-17.
- Álvaro Aranda, C. et al. (2021). Towards a collaborative structure of interpreter-mediated medical consultations: complementing functions between healthcare interpreters and providers. *Social Science & Medicine*, 269, 113529. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113529>
- Álvaro Aranda, C. (2025). La interpretación sanitaria en una sociedad de profesiones. Comares.
- Anand, R. y Lahiri, I. (2009). Intercultural competence in health care. Developing skills for interculturally competent care. En D. K. Deardorff (Ed.), *The SAGE handbook of intercultural competence* (pp. 387-402). SAGE Publications.
- Angelelli, C. V. (2019). *Healthcare interpreting explained*. Routledge.
- Antón-Solanas, I.; Huércanos-Esparza, I.; Hamam-Alcober, N.; Vanceulebroeck, V.; Dehaes, S.; Kalkan, I.; Kömürcü, N.; Coelho, M.; Coelho, T.; Casa-Nova, A.; Cordeiro, R.; Ramón-Arbués, E.; Moreno-González, S. y Tambo-Lizalde, E. (2021). Nursing lecturers' perception and experience of teaching cultural competence: A European qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1-20. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031357>
- Bassot, B. (2022). *Doing qualitative desk-based research. A practical guide to writing an excellent dissertation*. Policy Press.
- Bautista Espinel, G.O.; Velandia Galvis, M.L.; Ortega Cadena, N.; Amanda Chaves, C.; Ureña Molina, M.P. y Gonzales Escobar, D.S. (2022). Adaptación cultural y validación del instrumento EMCC-14, de competencia cultural en profesionales de salud colombianos. *Index de Enfermería*, 31(2), 120-124.
- Beach, M.C.; Price, E.; Gary, T.L.; Robinson, K.; Gozu, A.; Palacio, A.; Smarth, C.; Jenckes, M.; Feuerstein, C.; Bass, E.; Powe, N. y Cooper, L. (2005). Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43(4), 356-373. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000156861.58905.96>

- Betancourt, J. R. (2003). Cross-cultural medical education: Conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Academic Medicine*, 78(6). <https://doi.org/10.1097/00001888-200306000-00004>
- Borghetti, C. (2013). Integrating intercultural and communicative objectives in the foreign language class. A proposal for the integration of two models. *Language Learning Journal*, 41(3), 254-267. <https://doi.org/10.1080/09571736.2013.836344>
- Brottman, M.R.; Char, D.M.; Hattori, R.A.; Heeb, R. y Taff, S.D. (2020). Toward cultural competency in health care: A scoping review of the diversity and inclusion education literature. *Academic Medicine*, 95(5), 803-813. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002995>
- Byram, M. (1997). Teaching and assessing intercultural communicative competence. *Multilingual Matters*.
- Cabieses, B; Obach, A. y Urrutia, C. (2021). Conceptos esenciales sobre interculturalidad en salud pertinentes para poblaciones migrantes, refugiadas y en movilidad humana. En B. Cabieses, A. Obach y C. Urrutia (Eds.), *Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 21-49). Universidad del Desarrollo
- Campinha-Bacote, J. (1991, 2018). The process of cultural competemility. <https://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>
- Chen, G. M. y Starosta, W. J. (1998). *Foundations of intercultural communication*. Ally and Bacon.
- Chipps, J.A.; Simpson, B. y Brysiewicz, P. (2008). The effectiveness of cultural-competence training for health professionals in community-based rehabilitation: A systematic review of literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(2), 84-94. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2008.00117.x>
- Cohen-Emerique, M. (2013). Por un enfoque intercultural en la intervención social. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, 11-38.
- Cross, T.; Bazron, B.; Dennis, K. e Isaacs, M. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Georgetown University Child Development Center.

- Deliz J.R.; Fears, F.F.; Jones, K.E.; Tobat, J.; Char, D. y Ross, W.R. (2019). Cultural competency interventions during medical school: A scoping review and narrative synthesis. *Journal of General Internal Medicine*, 35(2), 568-577. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05417-5>
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world. *International Sociology*, 18(2), 395-415. <https://doi.org/10.1177%2F0268580903018002005>
- Fantini, A. y Tirmizi, A. (2006). Exploring and Assessing Intercultural Competence. World Learning Publications. Paper 1.
- González Plasencia, Y. (2019). Comunicación intercultural en la enseñanza de lenguas extranjeras. Peter Lang.
- Griswold, K.S., Kim, I., McGuigan, D., Shogan, M., Zinnerstrom, K., Lie, D. y Ohtake, P.J. (2021). Interpreted encounters for interprofessional training in cultural competency. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 24. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100435>
- Grupo CRIT. (2009). Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la mediación intercultural. Editorial Octaedro.
- Grupo CRIT. (2014). La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario. Comares.
- Hsieh, E. (2015). Healthcare interpreting. En F. Pochhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 177-182). Routledge.
- Hsieh, E. y Kramer, E. (2012). Medical interpreters as tools: Dangers and challenges in the utilitarian approach to interpreters' roles and functions. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 158-162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.001>
- Jongen, C.; McCalman, J. y Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5>
- Kramersch, C. (1993). Context and culture in language teaching. Oxford University Press.
- Kripalani, S.; Bussey-Jones, J.; G. Katz, M. y Genao, I. (2006). A prescription for cultural competence in medical education. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 1116-1120. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00557.x>

- Krystallidou, D., Van De Walle, C., Deveugele, M., Dougali, E., Mertens, F., Truwant, A., Van Praet, E. y Pype, P. (2018). Training “doctor-minded” interpreters and “interpreter-minded” doctors: The benefits of collaborative practice in interpreter training. *Interpreting*, 20(1), 126-144. <https://doi.org/10.1075/intp.00005.kry>
- Largan, C. y Morris, T. (2019). *Qualitative secondary research. A step-by-step guide*. SAGE Publications.
- Lázaro Gutiérrez, R. (2014). Use and abuse of an interpreter. En C. Valero Garcés, B. Vitalaru y E. Mojica López (Eds.), (Re)considerando ética e ideología en situaciones de conflicto=(Re)visiting ethics and ideology in situations of conflict (pp. 214-221). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 183-192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Lekas, H.M.; Pahl, K. y Fuller, L.C. (2020). Rethinking cultural competence: Shifting to cultural humility. *Health Services Insights*, 13, 1-4. <https://doi.org/10.1177/1178632920970580>
- Lie, D. A.; Lee-Rey, E.; Gomez, A.; Bereknay, S.; y Braddock, C. H. (2011). Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 317-325. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1529-0>
- Liu, J.; Gill, E. y Li, S. (2021). Revisiting cultural competence. *The Clinical Teacher*, 18, 191-197. <https://doi.org/10.1111/tct.13269>
- Liu, J.; Miles, K. y Li, S. (2022). Cultural competence education for undergraduate medical students: An ethnographic study. *Frontiers in Education*, 7, 1-18. <https://doi.org/10.3389/educ.2022.980633>
- Lucena Jiménez, I. y Salvador Jiménez, B. G. (2024). La Competencia Comunicativa Intercultural en la enseñanza de lenguas extranjeras. Una revisión. *Mendive, Revista de Educación*, 22(2), e3621.
- Macipe Costa, R. M. y Gimeno Feliu, L. A. (2011). Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 13(50), 299-319.
- Martínez, M. F., Martínez, J. y Calzado, V. (2006). La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 331-350.

- Merino Cabello, C. y Antequera Manzano, S. (2025). Intercomsalud: mejorando la comunicación intercultural en la atención sanitaria a mujeres migrantes. En M. Osuna Rodríguez, M. I. Amor Almedina, I. Dios, A. J. Tinedo Rodríguez, F. J. Poyato López, F. Santiago Morales (Eds.), *Actas del VI Congreso Internacional de Educación Intercultural y de Género: Construyendo Espacios de Paz: Educación para la no violencia*, p. 54.
- Monzó Nebot, E. (2009). Legal and translational occupations in Spain: Regulation and specialization in jurisdictional struggles. En R. Sela-Sheffy y M. Shlesinger (Eds.), *Profession, identity and status: Translators and interpreters as an occupational group* (pp. 135-154). John Benjamins Publishing Company.
- Nair, L. y Adetayo, O. A. (2019). Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 7(5). <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002219>
- Nevado Llopis, A. (2015). La influencia de los profesionales sanitarios en el reconocimiento y el desarrollo de la interpretación médica, *MonTI. Monografías de Traducción e Interpretación*, 2, 185-216. <http://dx.doi.org/10.6035/MonTI.2015.ne2.7>
- Ortega Herráez, J.M.; Foulquié Rubio, A.I.; Abril Martí, M.I.; Fernández Pérez, M.M.; Pérez Estevan, E.; Garví Cañizares, S.; Brown, E.; Castillo Ortiz, P.J.; Iliescu Gheorghiu, C. y Sánchez Ferre, S. (2022). La prestación de servicios sanitarios a pacientes alófonos a través de intérprete: análisis de la evolución de percepciones profesionales a partir de una intervención educativa multidisciplinar. En R. Satorre Cuerda (Coord.), M.A. Menargues Marcilla, R. Díez Ros y N. Pellín Buades, N. (Eds.), *Memorias del programa de redes de investigación en docencia universitaria. Convocatoria 2021-2022* (pp. 149-171). Universidad de Alicante.
- Pajo, B. (2022). *Introduction to research methods. A hands-on approach*. SAGE Publications.
- Purnell, L. (2005). The Purnell model for cultural competence. *The Journal of Multicultural Nursing and Health*, 11(2), 7-15.
- Raga Gimeno, F. (2022). La competencia cultural como enacción. *Pragmalingüística*, 30, 355-374. <https://doi.org/10.25267/Pragmalinguistica.2022.i30.16>
- Raigón Rodríguez, A. (2020). *La competencia intercultural en el aula de lengua extranjera*. Comares.

- Robaina Castillo, J. I. (2022). Cultural competence in medical and health education: An approach to the topic. *Seminars in Medical Writing and Education*, 1(13), 1-6. <https://doi.org/10.56294/mw202213>
- Robins, L. S.; Fantone, J. C.; Hermann, J.; Alexander, G.L. y Zweifler, A. J. (1998). Culture, communication, and the informal curriculum. Improving cultural awareness and sensitivity training in medical school. *Academic Medicine* 73(10), S31-34.
- Rodríguez Arancón, P. (2023). How to develop and evaluate intercultural competence in a blended learning environment. Editorial Sindéresis.
- Sanz Moreno, R. (2017). Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula. *Panace@*, 18(46), 114-122. <https://www.tremedica.org/>
- SEC. (2019). Manual de interpretación y mediación intercultural en el ámbito sociosanitario. Salud Entre Culturas. <https://www.saludentreculturas.es/mediacion-e-interpretacion/>
- Teal, C. R. y Street, R. L. (2008). Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. *Social Science & Medicine*, 68(3), 533-543. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.015>
- Veliz-Rojas, L. y Bianchetti-Saavedra, A. (2021). Situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte, Chile. *Calidad en la Educación*, 54, 303-338. <http://dx.doi.org/10.31619/caledu.n54.955>
- Vella, E., M. White, V. y Livingston, P. (2022). Does cultural competence training for health professionals impact culturally and linguistically diverse patient outcomes? A systematic review of the literature. *Nurse Education Today*, 118. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105500>.
- Vitalaru, B. (2025). Traducción e interpretación en los servicios públicos y recursos formativos para lenguas de menor difusión: tendiendo puentes entre investigación y formación. *Transfer*, 20(1), 1-24. <https://doi.org/10.1344/transfer.v20i1.46936>
- Weech-Maldonado, R., Dreachslin, J.L., Brown, J., Pradhan, R., Rubin, K.L., Schiller, C. y Hays R.D. (2012). Cultural competency assessment tool for hospitals: evaluating hospitals' adherence to the culturally and linguistically appropriate services standards. *Health Care Manage Rev.*, 37(1), 54-66. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31822e2a4f>