



**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**

**Facultad de Traducción e Interpretación**

**GRADO EN TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**SERVICIO DE INTERPRETACIÓN Y MEDIACIÓN  
CULTURAL (SIMI): UNA PROPUESTA PARA EL CENTRO  
DE SALUD DE ALMANJÁYAR-CARTUJA EN GRANADA**

Presentado por:

**D<sup>a</sup>. Carmen Gómez Chica**

Tutor:

**Prof. D<sup>a</sup>. María Dolores Olvera Lobo y D<sup>a</sup>. María Jiménez Castro**

Curso académico 2024/2025

## **RESUMEN**

Este Trabajo de Fin de Grado (TFG) propone una evaluación detallada del Servicio de Interpretación y Mediación Cultural (SIMI) en el Centro de Salud de Almanjáyar-Cartuja, en la ciudad de Granada. El proyecto tiene como objetivo analizar el servicio de interpretación y mediación, identificar su impacto en la atención sanitaria y proponer mejoras que favorezcan una mayor inclusión y accesibilidad para pacientes de diferentes contextos culturales y lingüísticos. A través de un análisis cuantitativo de los datos sobre pacientes atendidos y servicios proporcionados, así como un cuestionario dirigido a los profesionales del centro, este estudio busca evaluar el grado de satisfacción y la efectividad del servicio. Finalmente, se presentan propuestas de mejora basadas en los resultados obtenidos, con el fin de optimizar el SIMI como una herramienta clave para la inclusión en los servicios de salud.

Palabras clave: mediación cultural, interpretación, servicios públicos de salud, persona migrante, barreras lingüísticas y culturales

## ÍNDICE

1. Introducción.....	6
2. Marco teórico.....	7
2.1. Barreras en el acceso a la salud.....	7
2.2. La ausencia de intérpretes en los servicios públicos.....	8
2.3. El papel de la interpretación y la mediación cultural.....	9
3. Objetivos.....	11
4. Metodología.....	12
5. Resultados.....	16
6. Discusión y propuestas de mejora.....	27
7. Conclusiones.....	31
8. Bibliografía.....	33

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Datos de las intervenciones que precisaron el SIMI.

Tabla 2. Encuesta a los profesionales sanitarios.

Tabla 3. Datos y número de las intervenciones que precisaron el SIMI.

Gráfico 1. Áreas de atención sanitaria.

Gráfico 2. Combinaciones lingüísticas.

Gráfico 3. Tipo de mediación empleado.

Gráfico 4. Modalidades de interpretación.

Gráfico 5. Ocupación del personal sanitario encuestado.

Gráfico 6. Frecuencia de atención a pacientes con barreras idiomáticas.

Gráfico 7. Dificultades encontradas con pacientes migrantes.

Gráfico 8. Soluciones a las que se recurren cuando no hay servicios de interpretación.

## 1. Introducción

En las últimas décadas, los movimientos migratorios han moldeado y diversificado las sociedades modernas. España no ha sido la excepción; desde su adhesión a la Unión Europea, ha pasado de ser un país emisor de personas migrantes a convertirse en receptor (Merino, 2014). Son muchas las razones que impulsan a las personas a migrar, siendo las más comunes la búsqueda de mejores condiciones laborales y una mayor calidad de vida. Sin embargo, la decisión de migrar es un proceso complejo que va más allá de estas motivaciones, ya que está estrechamente relacionada con las expectativas personales, económicas y de seguridad que cada individuo proyecta hacia el futuro (Gutiérrez et al., 2020). Según datos del Instituto Nacional de Estadística correspondientes al primer trimestre de 2024, las nacionalidades más representadas entre las personas que emigraron a España fueron la colombiana, con 39200 llegadas al país, seguida de la marroquí, con 26000, y la venezolana, con 22600.

Estos flujos migratorios han convertido a España en una sociedad multilingüe y multicultural para la que las infraestructuras públicas de salud no estaban inicialmente preparadas (Abril Martí & Martín, 2011). Las barreras lingüísticas, culturales y administrativas, sumadas a la escasez de recursos y la falta de voluntad política para financiar iniciativas que reduzcan estas brechas, limitan significativamente la capacidad del sistema sanitario para atender de forma adecuada a una población cada vez más diversa (Chamizo de la Rubia, 2023). Además, la falta de experiencia previa y la rigidez de las estructuras sociales e institucionales han dificultado que los Estados receptores respondan apropiadamente a las demandas de comunicación y adaptación cultural que plantea esta nueva realidad migratoria (Vaccarelli, 2024).

En este contexto, es imprescindible proporcionar a las personas migrantes herramientas que faciliten la comunicación para que puedan expresar sus pensamientos, necesidades y preocupaciones, y hacerlos comprensibles para la comunidad de acogida (Vaccarelli, 2024). Aquí es donde entra en juego la figura clave del intérprete y mediador intercultural, quien actúa como puente entre pacientes migrantes y profesionales sanitarios. Su labor no solo facilita la comunicación, sino que contribuye a generar un espacio de confianza y comprensión mutua, elementos clave para garantizar una atención sanitaria inclusiva y de calidad a todos los usuarios (Jiménez-Castro et al., 2025; Qureshi et al., 2009). Como sostiene Alcaraz (2014: 8), la incorporación de la mediación intercultural es «una muestra de sensibilidad cultural por parte del sistema sanitario del país de acogida para prestar una atención de calidad».

En el presente trabajo, analizaremos el caso de la ciudad de Granada, en concreto en el barrio de Almanjáyar-Cartuja, donde se ha implementado un Servicio de Interpretación y Mediación Cultural (SIMI) en el centro de salud de la zona. Este barrio, conocido por ser una zona social y económicamente marginada, cuenta con una gran cantidad de población migrante. En las últimas décadas, ha acogido a numerosas familias de orígenes étnicos y culturales diversos, incluyendo personas del norte de África (principalmente de Marruecos), de África Centro-Oriental (como Senegal, Mali y

Guinea), así como miembros de la comunidad gitana, históricamente asentada en esta zona de la ciudad (Sánchez-González, 2009). La diversidad lingüística en este contexto es destacable, ya que muchas personas hablan lenguas de menor difusión (LLDs) como el árabe en sus diversas variantes, así como lenguas africanas tales como el wolof, el soninké y el bambara. Ante esta realidad, la necesidad de servicios de interpretación y mediación cultural en este centro de salud era evidente, ya que permite una atención más inclusiva y efectiva para una población tan heterogénea.

## 2. Marco teórico

En el siguiente apartado se detallarán las principales barreras que dificultan el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria en España, las estrategias comúnmente empleadas para superarlas y el papel fundamental que desempeñan la interpretación y la mediación intercultural en este contexto.

### 2.1. Barreras en el acceso a la salud

Entre los obstáculos que las personas migrantes encuentran en el acceso sanitario, podemos destacar las barreras lingüísticas, culturales y administrativas, que se describen a continuación.

La principal barrera es la lingüística. La falta de un idioma común entre el personal médico y los pacientes tiene graves repercusiones que van más allá de la comunicación básica. Por un lado, la dificultad para comunicarse impide que el personal médico entienda con claridad los síntomas y antecedentes del paciente, lo que puede dar lugar a diagnósticos erróneos o inexactos (Larrauri, 2013). Por otro lado, los pacientes que no comprenden las explicaciones médicas pueden malinterpretar la naturaleza de su enfermedad, las indicaciones sobre el tratamiento o su duración (Abril Martí & Martín, 2011). Esta situación tiene un impacto negativo en la calidad de la atención recibida y da lugar a peores resultados en salud para las personas migrantes (Ruiz Hernández, 2023). Además, la falta de comunicación genera entre las personas migrantes un sentimiento de exclusión y de desconfianza hacia el sistema sanitario, aumentando su grado de insatisfacción y, en muchos casos, los lleva a evitar acudir a consulta (Abril Martí & Martín, 2011). Esta barrera se acentúa aún más en el caso de hablantes de LLD, como el wolof, el bambara o el darija, ya que para estos idiomas no existe una formación reglada comparable a la disponible para lenguas mayoritarias como el inglés, el francés, el español o el alemán (Valero-Garcés, 2002).

Además de las barreras lingüísticas, las diferencias culturales representan un desafío en la atención sanitaria. Las creencias y percepciones sobre la salud y la enfermedad están profundamente influenciadas por la cultura (Napier et al., 2014). En muchas culturas, ciertos temas de salud como las enfermedades de transmisión sexual o los problemas de salud mental suelen estar rodeados de tabúes que dificultan el diálogo en consulta (Jiménez-Castro et al., 2022). Estas barreras son especialmente evidentes durante la entrevista clínica o la exploración física, particularmente con poblaciones cuyas normas

culturales relacionadas con la intimidad pueden hacer que surjan tensiones o situaciones incómodas (Montes et al., 2009). Además, la población migrante enfrenta prejuicios y estereotipos, lo que se suma a las dificultades para adaptarse a los códigos culturales y valores del país de acogida (Plaza & Veiga, 2012). Estas diferencias, agravadas por las desventajas socioeconómicas, dificultan su capacidad para desenvolverse en el entorno sanitario y manejar interacciones complejas (Fernández de Casadevante, 2023). Por ello, aparte de contar con intérpretes que superen los obstáculos lingüísticos, resulta crucial contar con mediadores culturales que reduzcan las brechas derivadas del encuentro entre dos o más culturas muy diferentes (Vaccarelli, 2024). Este enfoque culturalmente sensible puede facilitar la creación de un espacio de confianza y colaboración entre ambas partes (Kreuter et al., 2003).

El acceso al sistema sanitario para las personas migrantes a menudo se ve también obstaculizado por una serie de barreras administrativas. Los requisitos para obtener la tarjeta sanitaria han variado a lo largo de los años y, en ocasiones, era necesario contar con una situación administrativa regular u otras condiciones como son el tiempo de residencia en el país, el nivel de español y la situación laboral. Sin embargo, el motivo por el que algunas personas migrantes no tienen esta tarjeta es porque no saben cómo obtenerla debido a la falta de información, el desconocimiento del sistema sanitario o la complejidad de los trámites burocráticos (Moreno et al., 2007). Además, en casos de situación administrativa irregular, la dificultad para empadronarse supone otro problema añadido para acceder a la asistencia sanitaria (Montes et al., 2009). Estas barreras provocan que muchas personas migrantes no puedan acceder a la atención médica que necesitan, lo que los deja en una situación de vulnerabilidad frente a problemas de salud que podrían haberse prevenido o tratado a tiempo.

## 2.2. La ausencia de intérpretes en los servicios públicos

Para abordar las barreras lingüísticas, culturales y administrativas que han surgido con el aumento de la migración en España se han adoptado varias soluciones por parte del sistema sanitario español, aunque estas no siempre resultan adecuadas ni están exentas de riesgos. En muchos casos, se depende de profesionales de la salud que dominan algún idioma extranjero, generalmente inglés o francés, o de familiares, amigos o incluso niños que acompañan al paciente para que actúen como intérpretes (Abril Martí & Martín, 2011). Existen también algunas ONG y voluntarios individuales que ofrecen servicios de traducción o simplemente acompañan a los pacientes (Jiménez-Castro & Gutiérrez-Artacho, 2025; Montes et al., 2009). Cuando estas opciones no son posibles, se recurre a herramientas de traducción online, aunque presentan ciertas limitaciones ya que no permiten captar la comunicación no verbal y, con ello, se pierde información valiosa (Larrauri, 2013). Además, estas herramientas solo se encuentran disponibles en lenguas mayoritarias, pero no en lenguas de menor difusión.

Estas soluciones informales, a pesar de ser muy frecuentes, entrañan una serie de limitaciones y riesgos. Cuando la persona que interpreta no cuenta con formación específica puede no entender adecuadamente las preguntas del profesional sanitario, lo

que aumenta el riesgo de diagnósticos erróneos (Macipe Costa & Gimeno Feliu, 2011). Esta situación se agrava en el caso de los niños, cuya implicación no solo compromete la calidad de la comunicación, sino que también altera los roles familiares y puede generar posibles conflictos intrafamiliares (Abril Martí & Martín, 2011). Además, el uso de intérpretes no cualificados compromete el cumplimiento de los principios éticos y deontológicos de la interpretación, lo que dificulta que se garantice la confidencialidad, la imparcialidad, la precisión y la protección tanto del paciente como del profesional sanitario (Montes et al., 2009). Por lo tanto, las consecuencias de depender de estos intérpretes ad hoc son graves, ya que dificultan el acceso a servicios esenciales para ciertos sectores de la población, lo que puede poner en peligro su integridad física o incluso su libertad (Martín, 2003).

En España no contamos con una ley que de forma explícita recoja el derecho a la interpretación en los servicios sanitarios, lo que conlleva a la utilización de estas soluciones informales (Fernández de Casadevante, 2023). Aunque la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, regula la autonomía del paciente y los derechos relacionados con la información y la documentación clínica -incluidos la intimidad, la confidencialidad y el acceso a la información esencial-, estos derechos se ven comprometidos cuando las barreras lingüísticas impiden una comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios y los pacientes.

En este contexto, la Norma ISO 13611:2024 subraya la importancia de considerar la interpretación y mediación en los servicios públicos como una profesión que requiere formación específica y adherencia a un código ético. Esta norma desaconseja explícitamente el uso de intérpretes informales o no cualificados, como familiares o amigos, debido a los riesgos que esto implica. A pesar de estas recomendaciones, el uso de intérpretes ad hoc sigue siendo una práctica frecuente, lo que puede afectar a la precisión de la comunicación y, en consecuencia, a la calidad de la atención sanitaria (Valero-Garcés, 2003; Grammenidis & Pokorn, 2024). La formación de intérpretes, especialmente de lenguas minoritarias, y su incorporación a los servicios públicos se hace imprescindible para garantizar un acceso igualitario a la información y servicios de salud.

### 2.3. El papel de la interpretación y la mediación cultural

Aunque la interpretación y la mediación intercultural son dos conceptos estrechamente relacionados, tienen objetivos diferentes dentro de la comunicación. La interpretación se centra en transmitir de forma oral lo que se dice de manera fiel, sin agregar ni omitir información, sin expresar la propia opinión y sin sustituir la intervención de las partes (Qureshi et al., 2009), adaptándose a expresiones locales, modismos y formas de hablar para que todas las partes se entiendan. En cambio, la mediación cultural aborda aspectos más complejos al combinar elementos culturales, sociales, psicológicos y comunicativos y crear un puente entre culturas, teniendo en cuenta aspectos como las formas de comunicación no verbal (Vaccarelli, 2024). En situaciones como las que se viven en los hospitales, donde las diferencias culturales y lingüísticas entre pacientes

migrantes y profesionales son muy evidentes, el intérprete acaba desempeñando también un papel de mediador. Esto significa que realiza adaptaciones de los mensajes para salvar las barreras culturales que pueden dificultar la comunicación. En estas situaciones, el intérprete adquiere un papel activo clave para garantizar una comunicación efectiva y crear entendimiento mutuo (Vaccarelli, 2024; García & Barragán, 2004).

La mediación intercultural, según Giménez (1997), se define como una intervención realizada por terceras partes en situaciones de multiculturalidad significativa. Su objetivo principal es facilitar el reconocimiento del otro, promover la comunicación y comprensión mutua, y resolver conflictos culturales, además de favorecer la convivencia y la adecuación institucional. En el ámbito sanitario, esto significa que el mediador intercultural actúa como un puente entre el personal médico y los pacientes migrantes, y gracias a su labor se consiguen minimizar las diferencias que puedan existir en comparación con la población autóctona (Qureshi et al., 2009).

El mediador intercultural desempeña un papel esencial en la atención sanitaria. Los mediadores ayudan a los profesionales sanitarios a comprender mejor las diferencias culturales y sensibilizar sobre las necesidades específicas de los pacientes migrantes (Giménez, 1997). En caso de malentendidos o conflictos de índole cultural, el mediador actúa como intermediario para su resolución promoviendo el respeto mutuo y creando un entorno de confianza. Asimismo, fomenta la inclusión de la población migrante, ayudando a reducir la exclusión y la marginación que sufre con frecuencia este colectivo (García & Barragán, 2004). Además, cumple con labores asociadas al trabajo social, como facilitar el acceso al sistema sanitario, orientar a los pacientes sobre cómo desenvolverse en él o ayudarlos a obtener los documentos necesarios (Fernández de Casadevante, 2023).

El mediador intercultural debe reunir una serie de valores fundamentales, como la confidencialidad, responsabilidad, precisión, ética, empatía, seguridad, igualdad, imparcialidad y un firme compromiso social (Vaccarelli, 2024). Para desempeñar su labor de manera efectiva, debe contar con una preparación que incluya conocimientos culturales (como tradiciones, costumbres, valores y tabúes), habilidades comunicativas (lenguaje oral, escrito, corporal, gestos y signos) y competencias técnicas (uso del ordenador, comunicación telefónica) (Fernández de Casadevante, 2023; Vaccarelli, 2024). Asimismo, es imprescindible que posea habilidades sociales, como el autocontrol emocional y la sensibilidad intercultural, indispensables para gestionar interacciones complejas, especialmente al tratar con pacientes migrantes que han atravesado situaciones traumáticas (Fernández de Casadevante, 2023).

A pesar de su importancia, la mediación intercultural no está oficialmente reconocida como una profesión en España, ni cuenta con un sistema regulado de formación y acreditación. A diferencia de la interpretación, que es una profesión respaldada por estándares legales, códigos de conducta y un alto nivel de rigor profesional (Vaccarelli, 2024), la mediación intercultural carece de un marco normativo que defina claramente

sus funciones y responsabilidades. Esto provoca que, en muchos casos, quienes desempeñan esta labor no posean la preparación adecuada ni cuenten con una formación en traducción e interpretación (Fernández de Casadevante, 2023), lo que limita su eficacia y afecta a la calidad del servicio ofrecido. La ausencia de un código deontológico concreto otorga al mediador una amplia autonomía para decidir cómo intervenir en cada situación, adaptándose al contexto y a las necesidades del momento (Fernández de Casadevante, 2023). Aunque algunas iniciativas de mediación intercultural han sido promovidas por ONG, su profesionalización sigue siendo un reto pendiente (Ortí & Sánchez, 2006).

Algunos centros de salud han buscado, de forma independiente, soluciones para abordar las barreras lingüísticas y culturales. Es el caso del proyecto de Salud Entre Culturas, enfocado en unir los ámbitos de la salud pública y la migración. Este proyecto ha promovido en la ciudad de Granada, y más concretamente, en el centro de salud de Almanjáyar-Cartuja, un Servicio de Interpretación y Mediación Intercultural (SIMI). Salud Entre Culturas forma parte de la Asociación para el Estudio de la Enfermedades Infecciosas (AEEI) del hospital Ramón y Cajal en Madrid. Desde su creación en 2006, su objetivo principal ha sido facilitar la integración de las personas migrantes mediante el acceso a la salud pública. Para ello, desarrolla programas que sean capaces de responder a las necesidades culturales y lingüísticas de la población migrante.

Salud Entre Culturas cuenta con un Curso de Mediación Intercultural en los Servicios Públicos, que busca formar y capacitar a intérpretes y mediadores interculturales hablantes de lenguas de menor difusión, como el darija, el bambara o el wolof. El propósito de este curso es proporcionarles herramientas que faciliten la comunicación, superen las barreras culturales y lingüísticas, así como garantizar un acceso equitativo de toda la población a los servicios públicos. Asimismo, este curso pretende sensibilizar en cuestiones de diversidad y luchar contra actitudes discriminatorias.

Entre las actividades que ofrece, destaca el Curso de Mediación Intercultural en los Servicios Públicos. Este programa, de 275 horas, combina sesiones teóricas y prácticas, y se imparte de forma semipresencial. Este curso se adapta a las necesidades lingüísticas y culturales de los participantes, por lo que se imparte tanto en español como en sus otras lenguas de trabajo, y ofrece una formación completa en mediación intercultural con el objetivo de que el alumnado pueda trabajar en sectores de los servicios públicos, en especial en centros de salud y hospitales.

### 3. Objetivos

El presente trabajo de fin de grado plantea el siguiente objetivo general: Analizar y evaluar el Servicio de Interpretación y Mediación Cultural (SIMI) en el Centro de Salud de Almanjáyar-Cartuja, con el fin de identificar las posibles áreas de mejora y de proponer estrategias que optimicen su funcionamiento como herramienta de inclusión en el ámbito sanitario.

A su vez, este objetivo general se articula en torno a los siguientes objetivos específicos (OE):

OE1: Analizar el funcionamiento del SIMI en el Centro de Salud de Almanjáyar-Cartuja. Para ello, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los pacientes atendidos, los servicios en los que se ha hecho uso de la interpretación y mediación (atención primaria, enfermería, pediatría, etc.), las combinaciones lingüísticas utilizadas y las estrategias de mediación cultural aplicadas. Estos datos permitirán comprender mejor la implementación del SIMI en situaciones concretas y evaluar la efectividad de las estrategias de mediación cultural adoptadas para facilitar la comunicación entre profesionales y pacientes.

OE2: Evaluar la percepción y el grado de satisfacción del personal sanitario del centro con respecto al SIMI. Para ello, se ha diseñado y distribuido un cuestionario entre los profesionales del centro que han hecho uso del servicio, con el objetivo de conocer su opinión sobre la calidad y la utilidad del servicio. Además, se han incluido preguntas abiertas para recoger las sugerencias de mejora de los profesionales.

OE3: Ofrecer propuestas de mejora para optimizar el SIMI en el centro de salud. A partir de los resultados obtenidos en los análisis anteriores, se han identificado las posibles áreas de mejora y se han desarrollado propuestas concretas que permitan maximizar la eficacia del SIMI, de forma que se presente como una herramienta clave de inclusión que garantice el acceso equitativo a la atención sanitaria y que sea respetuosa con la diversidad cultural de los pacientes.

#### 4. Metodología

La metodología empleada en este trabajo combina un enfoque cuantitativo y cualitativo. Este enfoque mixto ha permitido, por un lado, medir y analizar patrones del uso del Servicio de Interpretación y Mediación Intercultural (SIMI) y, por otro lado, la comprensión los mecanismos subyacentes a estos patrones, así como la percepción que tiene el personal sanitario del servicio (Crossley & Edwards, 2016).

En primer lugar, se ha realizado un análisis cuantitativo basado en datos proporcionados por la coordinadora de las prácticas del SIMI en el Centro de Salud de Almanjáyar-Cartuja, María Jiménez Castro, quien a su vez es la cotutora de este Trabajo de Fin de Grado. Los datos se recopilaron a partir de un formulario que las mediadoras rellenaban tras cada intervención en la que se hizo uso del SIMI. Este formulario fue elaborado originalmente por el proyecto Salud Entre Culturas en Madrid, con el objetivo de registrar de forma sistematizada las intervenciones de interpretación realizadas, incluyendo datos como las combinaciones lingüísticas utilizadas, la duración, el tipo de mediación, las áreas de atención y otros aspectos relevantes. En Granada, dicho cuestionario fue replicado y adaptado a la realidad local, incorporando información específica sobre los centros de salud en los que se ofrecía el servicio y las combinaciones lingüísticas disponibles en la ciudad.

Las mediadoras son tres mujeres de origen marroquí y palestino, que llevan entre 10 y 20 años asentadas en España. Estas mujeres contaban con experiencia previa en labores informales de interpretación y mediación, especialmente en colegios donde ya asistían a familiares y conocidos que no se desenvolvían con fluidez en español. Todas ellas cuentan con un nivel muy alto de competencia en lengua española y han cursado distintos niveles educativos en España: una de ellas finalizó la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), otra posee un grado superior de Técnico de Laboratorio, y la tercera ha cursado el grado en Filología Hispánica y dos años del grado en Farmacia. Estas características hacían de ellas candidatas idóneas para recibir formación especializada y profesionalizar su labor como mediadoras.

Los formularios que rellenaban las mediadoras tras cada interpretación incluyen información sobre los pacientes atendidos, las combinaciones lingüísticas utilizadas, las áreas de atención (atención primaria, pediatría, enfermería, etc.) y las estrategias de mediación empleadas. Estos datos, que se recogían a partir de preguntas de opción múltiple, pueden observarse en la Tabla 1. El análisis de estos datos ha permitido la evaluación tanto del alcance como de la frecuencia del uso del servicio de interpretación y mediación cultural. El análisis cuantitativo conlleva, en este caso, una medición estructurada y sistemática de los pacientes atendidos, mediante el uso de métodos estadísticos descriptivos para identificar las necesidades de los pacientes y las posibles áreas de mejora en la implementación del SIMI, lo que ha facilitado la obtención de datos objetivos para evaluar su impacto en la atención sanitaria (Sáenz López, K. A. C., 2012).

Tabla 1. Datos de las intervenciones que precisaron el SIMI.

Áreas de atención	Atención primaria
	Trabajo social
	Pediatría
	Administración
	Enfermería
	Fisioterapia
	Laboratorio
	Otras
Combinación lingüística	Árabe magrebí <> español
	Árabe clásico <> español
	Árabe oriental <> español
	Francés <> español
Tipo de mediación	Ayuda con gestiones administrativas (ej. citaciones, solicitud de la tarjeta sanitaria)
	Explicación de terminología médica
	Orientación sobre el funcionamiento del centro
	Gestión de conflictos de comunicación
	Explicación de conceptos culturales
Modalidad de interpretación	Presencial
	Telefónica

En segundo lugar, se ha hecho uso de cuestionarios de satisfacción diseñados para los profesionales sanitarios del centro de salud Almanjáyar-Cartuja. Los cuestionarios son una herramienta ampliamente utilizada en investigaciones en el ámbito de las ciencias sociales para recopilar datos fiables sobre actitudes y percepciones (Saavedra, 2004), y que resultan clave para la elaboración de las propuestas de mejora del presente trabajo. Los cuestionarios cuentan con diversas preguntas distribuidas en cinco secciones que abarcan los siguientes temas: como la identificación del servicio en el que trabaja el personal; las barreras lingüísticas y culturales enfrentadas; la frecuencia del uso del SIMI; el nivel de satisfacción con el servicio; y las propuestas de mejora. En total, se cuenta con una muestra de 27 respuestas que han sido analizadas en este trabajo para valorar la percepción y el grado de satisfacción del personal sanitario con el SIMI. Se considera una muestra suficiente porque procede de un centro de salud de pequeñas dimensiones, donde no todos los profesionales han hecho uso del servicio y, además, estas respuestas abarcan un período representativo de actividad del SIMI. En la Tabla 2 se muestran las preguntas planteadas en cada una de las secciones del cuestionario, así como el tipo de pregunta.

Tabla 2. Encuesta a los profesionales sanitarios.

Sección	Preguntas planteadas	Tipo de pregunta
Sección 1	1. Servicio para el que el personal sanitario trabaja	Pregunta abierta
Sección 2: Barreras lingüísticas y culturales	2. ¿Atiende a pacientes con los que encuentra barreras idiomáticas? 3. ¿Con qué frecuencia atiende a estos pacientes? 4. ¿Le toma más tiempo atenderlos? 5. ¿Qué tipo de dificultades encuentra con estos pacientes? 6. ¿Había usado alguna vez un servicio de interpretación antes de que se ofreciera el de Salud Entre Culturas? 7. En caso negativo, ¿a qué soluciones recurría? 8. En caso afirmativo, ¿qué tipo de interpretación había usado?	Preguntas cerradas de sí o no y de opción múltiple
Sección 3: Uso del SIMI	9. ¿Conoce y ha usado el SIMI de Salud Entre Culturas? 10. En caso afirmativo, ¿cuántas veces lo ha usado aproximadamente?	Pregunta cerrada de sí o no y opción múltiple
Sección 4: Satisfacción con el SIMI	11. He podido transmitir mejor la información que necesitaba explicar a los pacientes. 12. He podido comprender mejor lo que los pacientes me querían comunicar. 13. Creo que el servicio ha facilitado que los pacientes se expresen y resuelvan sus dudas. 14. Creo que el servicio de interpretación ha solventado malentendidos o conflictos de índole cultural. 15. La gestión de los turnos de palabra con intérprete y paciente me ha resultado sencilla. 16. Volvería a utilizar el servicio de interpretación. 17. Considero que las destrezas lingüísticas y conocimientos culturales de las intérpretes han facilitado el servicio.	Preguntas cerradas (escala Likert 1-5)
Sección 5: Mejora del SIMI	18. ¿Puede señalar algún aspecto positivo del SIMI? 19. ¿Puede señalar algún aspecto a mejorar en el SIMI? 20. ¿Podría describir brevemente alguna situación en la que el SIMI le resultó útil?	Preguntas abiertas

Para analizar los datos obtenidos en los cuestionarios, se han combinado métodos cuantitativos y cualitativos dependiendo de la naturaleza de cada sección. Las preguntas cerradas se han analizado mediante un enfoque cuantitativo a partir de los datos obtenidos de la muestra, exportándolos a una hoja de cálculo y sometidos a análisis de frecuencias. Gracias a este enfoque, se han podido tanto describir las características de los datos, su tendencia e interpretar las respuestas de los encuestados para comprender mejor los patrones observados (Flores Cebrián, 2009). Esto ha permitido identificar la proporción de participantes según el área de trabajo, las barreras más comunes enfrentadas, la frecuencia de uso del servicio y la valoración general del SIMI. Las preguntas abiertas, por su parte, han sido sometidas a un análisis para identificar patrones de repuestas relacionados con la satisfacción de los usuarios, las fortalezas y las áreas de mejora del servicio. Esta perspectiva ha permitido captar matices que los datos cuantitativos no pueden reflejar (Crossley & Edwards, 2016).

Finalmente, a partir del análisis de los datos y a la interpretación de los resultados obtenidos, se han realizado propuestas de mejora que buscan optimizar la implementación del SIMI, ajustando las estrategias de mediación y facilitando una atención más inclusiva y eficaz para los pacientes y el personal sanitario.

## 5. Resultados

### 5.1. Resultados de los datos de las intervenciones

A continuación, se presenta el análisis cuantitativo de los datos recopilados por las intérpretes tras cada intervención en la que se hizo uso del SIMI. Estos datos incluyen información sobre los pacientes atendidos, las áreas de atención, las combinaciones lingüísticas utilizadas, los tipos de mediación empleados y la modalidad de interpretación. Las intérpretes, formadas en el Curso de Mediación Intercultural en los Servicios Públicos promovido por Salud Entre Culturas, comenzaron sus prácticas en el centro de salud de Almanjáyar-Cartuja. Estas prácticas tuvieron inicio en julio de 2024 y continuaron durante los meses de septiembre, octubre y mediados de noviembre. Las intérpretes trabajaron de lunes a jueves de 10.00 a 14.00 horas, hasta completar un total de 150 horas de prácticas.

En base a los datos obtenidos, se atendió a 43 pacientes, algunos de los cuales necesitaron el servicio de mediación en más de una ocasión, por lo que contamos con un total de 49 intervenciones registradas. Estos datos pueden observarse en la Tabla 3.

Tabla 3. Datos y número de las intervenciones que precisaron el SIMI.

		Nº de intervenciones	Total
Áreas de atención	Atención primaria	17	49
	Trabajo social	9	
	Pediatría	7	
	Administración	6	
	Enfermería	6	
	Fisioterapia	2	
	Laboratorio	2	
Combinación lingüística	Árabe magrebí <> español	30	48
	Árabe clásico <> español	6	
	Árabe oriental <> español	10	
	Francés <> español	2	
Tipo de mediación	Ayuda con gestiones administrativas (ej. citaciones, solicitud de la tarjeta sanitaria)	12	36
	Explicación de terminología médica	10	
	Orientación sobre el funcionamiento del centro	7	
	Gestión de conflictos de comunicación	5	
	Explicación de conceptos culturales	5	
Modalidad de interpretación	Presencial	43	49
	Telefónica	6	

Las principales áreas de atención sanitaria donde se utilizó la mediación fueron atención primaria (17, un 34,69 %), administración (6, un 12,24 %), trabajo social (9, un 18,37 %), enfermería (6, un 12,24 %), fisioterapia (2, un 4,08 %), pediatría (7, un 14,29 %) y laboratorio (2, un 4,08 %); siendo atención primaria el servicio que más ha requerido el uso del SIMI. En el Gráfico 1 se representan las diferentes áreas de atención sanitaria en las que se precisó mediación.

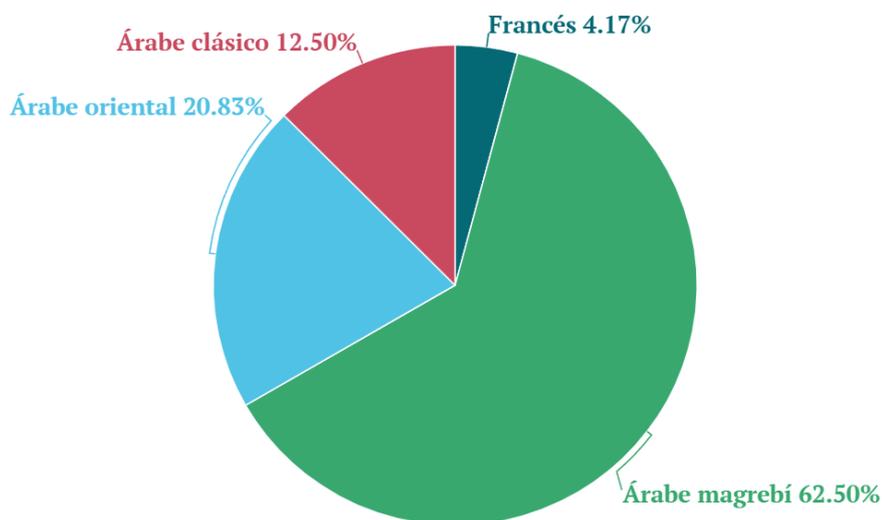
Gráfico 1. Áreas de atención sanitaria.



Las combinaciones lingüísticas han sido el español con el árabe magrebí (30 casos, un 62,50 %), el árabe oriental (10, un 20,83 %), el árabe clásico (6, un 12,50 %) y el francés (2, un 4,17 %). La combinación del español con el árabe magrebí es la más frecuente, representando la gran mayoría de las intervenciones. En el Gráfico 2 se muestran las diferentes combinaciones lingüísticas empleadas.

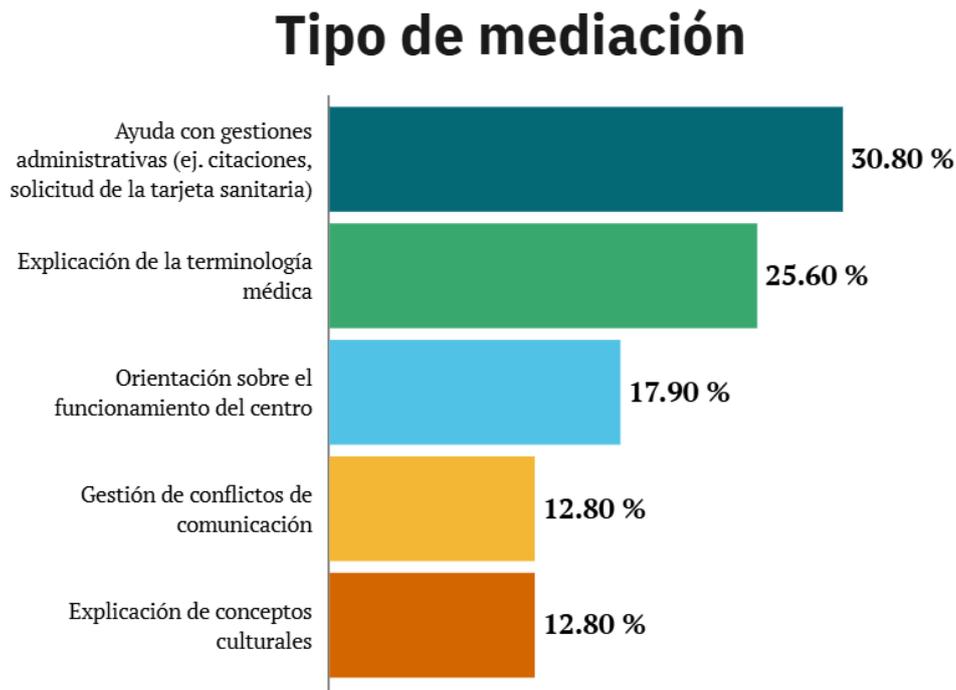
*Gráfico 2. Combinaciones lingüísticas*

## Combinaciones lingüísticas



Por otro lado, las intérpretes afirmaron haber realizado tareas de mediación, además de interpretación lingüística, en 39 ocasiones. Esta mediación consistió en la ayuda con gestiones administrativas (12, el 30,80 %), como es el caso de la gestión de citas y la solicitud de la tarjeta sanitaria; la explicación de terminología médica (10, el 25,60 %), la orientación sobre el funcionamiento del centro (7, el 17,90 %), la gestión de conflictos de comunicación (5, el 12,80 %), y la explicación de conceptos culturales (5, el 12,80 %). El mayor número de mediaciones tiene lugar para las gestiones administrativas y la explicación de la terminología médica. En el Gráfico 3 se muestran los diferentes tipos de mediación empleados.

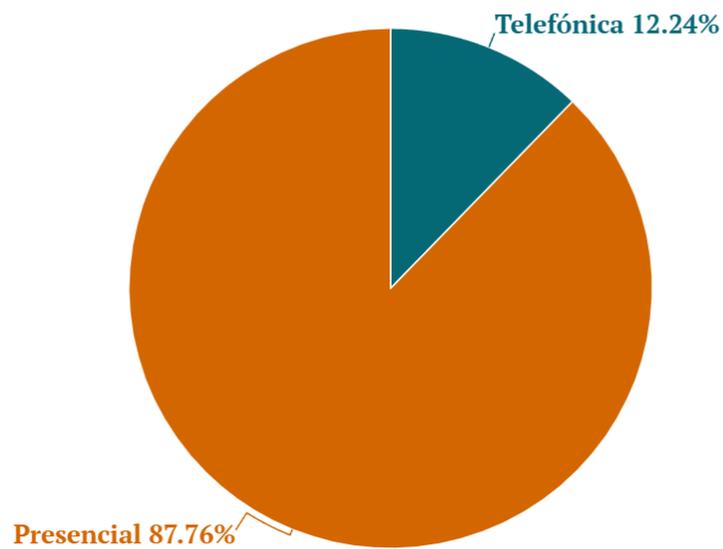
Gráfico 3. Tipo de mediación empleado.



En último lugar, las interpretaciones se realizaron de forma presencial (43, un 87,76 %) y por teléfono (6, un 12,24 %), siendo la interpretación y mediación presencial la modalidad más empleada. En el Gráfico 4 se muestran las modalidades de interpretación empleadas.

*Gráfico 4. Modalidades de interpretación.*

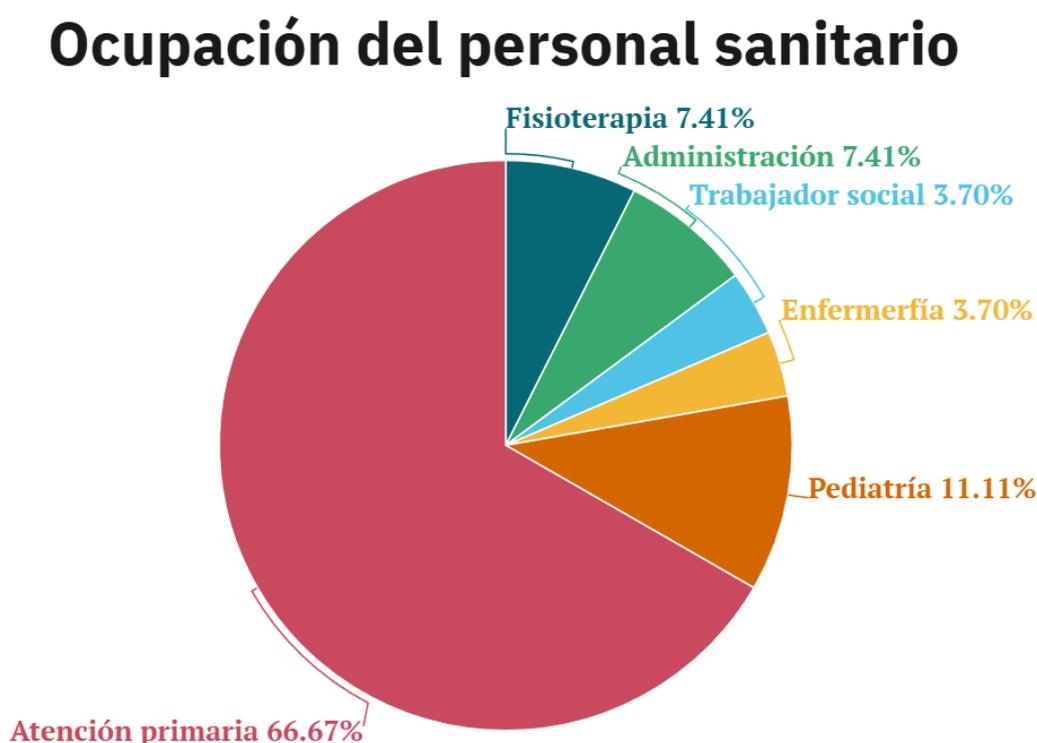
## Modalidad de interpretación



## 5.2. Resultados de las encuestas a los profesionales sanitarios

Las encuestas al personal del centro de salud obtuvieron un total de 27 respuestas. En la sección 1 del cuestionario se recogían datos generales sobre el personal sanitario. A partir de las respuestas podemos observar que la mayoría del personal que respondió a la encuesta trabaja en atención primaria (18, el 66,67 %). Otros servicios que también destacan son pediatría (3, un 11,11 %), así como fisioterapia y administración (ambas con 2, un 7,41 %). Por otro lado, áreas como enfermería y trabajo social tienen una representación menor en este cuestionario (ambas con 1, un 3,70 %). Podemos ver estos datos representados en el Gráfico 5.

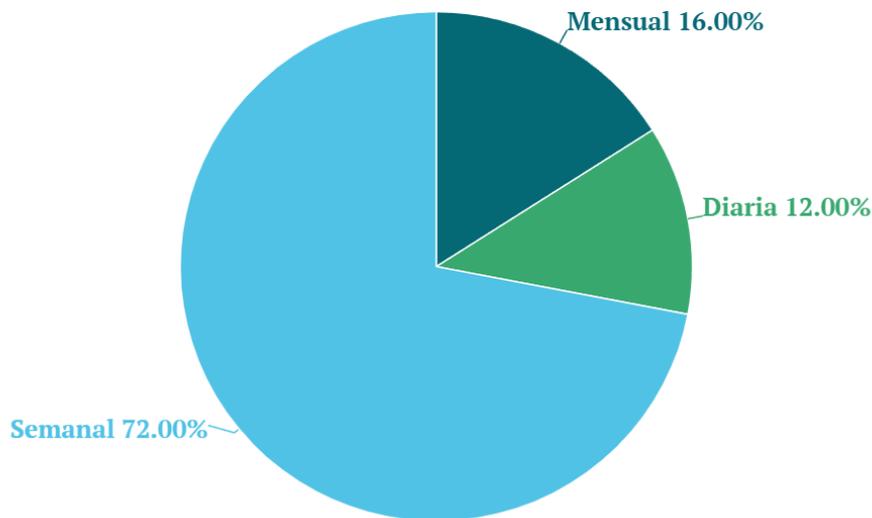
Gráfico 5. Ocupación del personal sanitario encuestado.



En la sección 2 se recogían datos sobre el trato y las barreras con pacientes alófonos y las soluciones empleadas. Podemos observar que la mayoría del personal sanitario encuestado atiende con regularidad a pacientes con los que encuentra barreras idiomáticas. 18 personas (un 72 %) señalaron que esto ocurre de manera semanal, 3 (un 12 %) indicaron experimentarlo a diario y 4 (un 16 %) con una frecuencia mensual. Como consecuencia de estas barreras lingüísticas, 26 personas (el 96,20 % de los encuestados) afirmaron que atender a estos pacientes les lleva más tiempo del habitual. En el Gráfico 6 podemos ver la representación de la frecuencia de atención a pacientes con barreras idiomáticas.

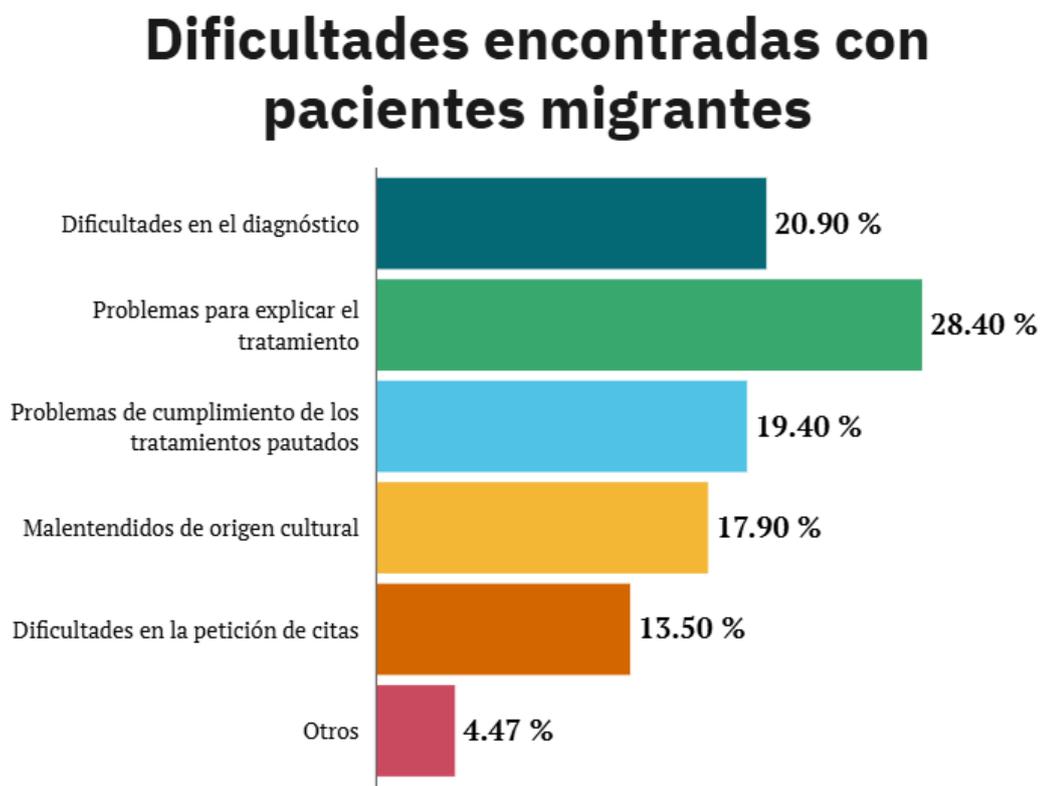
*Gráfico 6. Frecuencia de atención a pacientes con barreras idiomáticas.*

## **Frecuencia de atención a pacientes con barreras idiomáticas**



Entre los principales desafíos que el personal sanitario enfrenta al atender a pacientes de origen migrante, destacan los problemas para explicar el tratamiento (mencionado por 19 personas, el 28,40 %), las dificultades para emitir un diagnóstico (14, el 20,90 %), la falta de adherencia al tratamiento pautado (13, el 19,40 %) y los malentendidos de origen cultural (12, el 17,90 %). En menor medida, 6 encuestados (el 13,50 %) señalaron que gestionar la solicitud de citas médicas también supone un problema. Además, en la opción “Otros”, 3 participantes (el 4,47 %) indicaron que encuentran dificultades para ofrecer consejos o intercambiar opiniones, así como para la orientación y la anamnesis, es decir, la recopilación de información clave del paciente para elaborar su historial médico. En el Gráfico 7 podemos observar las diferentes dificultades que encuentran los profesionales sanitarios al atender a pacientes de origen migrante.

*Gráfico 7. Dificultades encontradas con pacientes migrantes.*

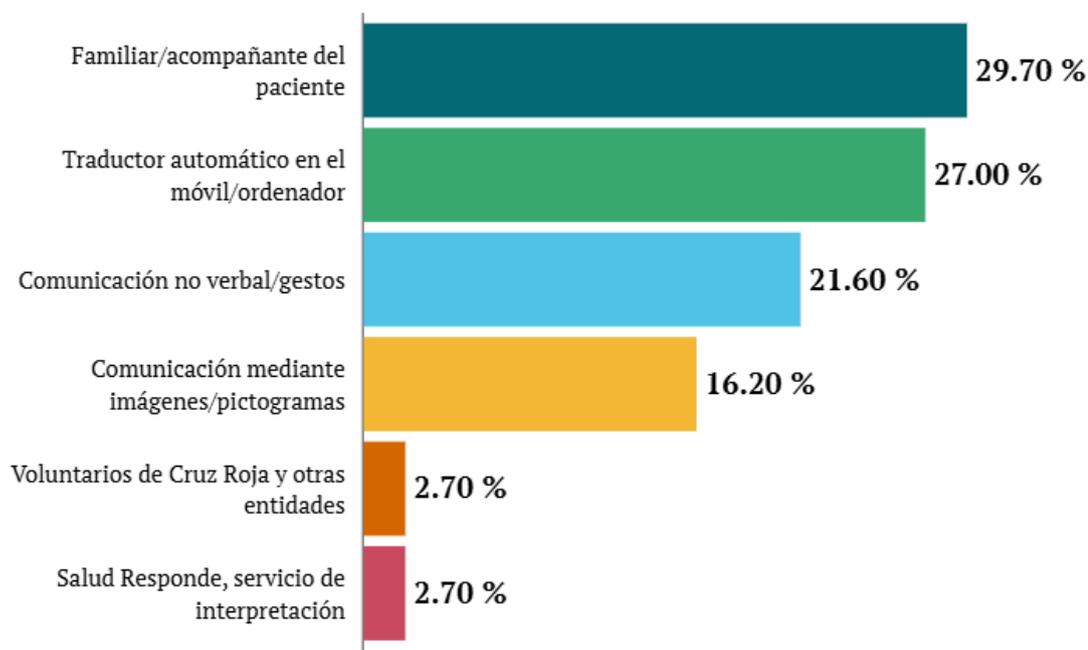


En cuanto al uso previo de servicios de interpretación, 15 personas (el 57,70 % de los encuestados) afirmaron haber utilizado algún tipo de servicio antes de que se ofreciera el de Salud Entre Culturas, mientras que 11 personas (el 42,30 %) nunca habían recurrido a uno.

Para aquellos que no habían utilizado servicios de interpretación, eran comunes las soluciones informales. La opción más frecuente era recurrir a un familiar o acompañante del paciente (mencionado por 11 encuestados, el 29,70 %), seguida del uso de traductores automáticos (10, el 27 %), la comunicación no verbal o por gestos (8, el 21,60 %) y el uso de imágenes o pictogramas (6, el 16,20 %). Además, un encuestado mencionó el uso de voluntarios de Cruz Roja y otras entidades (2,70 %), y otro indicó que había recurrido al servicio de interpretación de Salud Responde (2,70 %). En el Gráfico 8 podemos ver representadas las diferentes soluciones informales a las que los profesionales sanitarios recurrían cuando no había servicios de interpretación.

*Gráfico 8. Soluciones a las que se recurren cuando no hay servicios de interpretación.*

## Soluciones a las que se recurren



En la sección 3, la mayoría de los encuestados (17 personas, el 62,96 %) afirmaron haber utilizado el servicio de interpretación y mediación de Salud Entre Culturas. 8 participantes (el 29,63 %) señalaron que conocían el servicio, pero nunca habían hecho uso de él, mientras que 2 (el 7,41 %) confesaron no conocer este servicio. Entre quienes sí lo habían utilizado, 10 personas (el 58,82 %) indicaron haber recurrido al servicio entre una y dos veces, mientras que 7 (el 41,18 %) lo habían usado entre 3 y 5 veces.

En la sección 4, los encuestados valoraron su nivel de satisfacción con el Servicio de Interpretación y Mediación Cultural (SIMI) en una escala del 1 al 5. Los resultados reflejan una opinión bastante positiva sobre el servicio:

- 4,83/5 en cuanto a la capacidad del SIMI para facilitar la transmisión de la información que los profesionales sanitarios necesitaban explicar a los pacientes.
- 4,79/5 en la mejora de la comprensión de lo que los pacientes querían comunicar.
- 4,75/5 en la percepción de que el servicio ha permitido a los pacientes expresarse mejor y resolver sus dudas.
- 4,58/5 en la efectividad del servicio para solucionar malentendidos o conflictos de índole cultural.
- 4,55/5 en la facilidad de gestionar los turnos de palabra entre intérprete y paciente.
- 4,89/5 en la valoración de las destrezas lingüísticas y culturales de las intérpretes para facilitar el servicio.
- 4,95/5 en la disposición de los encuestados para volver a utilizar el servicio de interpretación en el futuro.

En la sección 5, compuesta por tres preguntas abiertas, los encuestados tuvieron la oportunidad de expresar libremente sus opiniones acerca del Servicio de Interpretación y Mediación Intercultural (SIMI).

La primera pregunta solicitaba al encuestado destacar algún aspecto positivo del servicio. Entre las respuestas más repetidas, los encuestados valoraron la amabilidad y rapidez en la resolución de problemas, la posibilidad de empatizar mejor con los pacientes, y la importancia de la sensibilidad hacia la interculturalidad en la atención sanitaria. También destacaron que el servicio permite resolver las necesidades de los pacientes con diferentes lenguas y culturas, haciendo que el paciente se sienta mucho más cómodo y satisfecho al poder expresar sus dudas, preocupaciones y síntomas, y al comprender mejor el tratamiento. Otros aspectos valorados fueron la presencia y cercanía del servicio, la facilitación de la entrevista médica y la recogida de información, así como la accesibilidad, disponibilidad y rapidez. Además, se resaltó la ventaja de contar con intérpretes de manera presencial en el centro de salud.

En la segunda pregunta, se pidió a los encuestados que señalaran posibles aspectos a mejorar en el servicio. Entre las sugerencias, se mencionó la necesidad de ampliar la

disponibilidad horaria y su presencia en más centros de salud, así como contar con más recursos y más personal. También se propuso abarcar una mayor variedad de idiomas, especialmente aquellos que también se hablasen en la zona, como el rumano o el wolof. Además, algunos encuestados señalaron que convendría establecer un medio de comunicación directo (como las llamadas telefónicas) con las intérpretes para poder avisarlas con mayor facilidad, y mejorar la gestión de los turnos de palabra y la orientación de la conversación.

Por último, se pidió a los encuestados que describieran alguna situación concreta en la que el SIMI les resultó útil. Las respuestas reflejan la gran diversidad de casos en los que la interpretación y mediación cultural fueron una herramienta clave para garantizar una atención sanitaria de calidad. Algunos ejemplos incluyen la gestión de citas médicas, la atención a pacientes sin familiares acompañantes, la explicación de métodos anticonceptivos a una paciente marroquí o de hábitos dietéticos a una paciente diabética, y la mediación en un conflicto familiar. También se mencionaron casos complejos, como la atención a un paciente con múltiples patologías y con escaso apoyo familiar, la traducción de hojas informativas sobre el tratamiento de tuberculosis en un niño o la asistencia a una paciente con un historial de ruta migratoria difícil. Un testimonio relató cómo el servicio permitió que una mujer, que solía depender de su marido para comunicarse con el personal sanitario, pudiera expresarse por sí misma y explicar su dolor y sus problemas reales, algo que la paciente agradeció profundamente.

## 6. Discusión y propuestas de mejora

### 6.1. Discusión de los datos de las intervenciones

El análisis de los datos recopilados a partir de las intervenciones en las que se hizo uso del SIMI nos ofrece información muy interesante sobre su impacto en la atención sanitaria. La mayor demanda del servicio se concentra en atención primaria, probablemente debido a que es el primer punto de contacto con el sistema de salud. También tiene una alta demanda en gestiones administrativas, lo que sugiere que la mediación resulta muy necesaria para realizar los trámites burocráticos. La labor de los mediadores, al explicar el funcionamiento del sistema sanitario a las personas migrantes, contribuye a dotar de mayor autonomía a los pacientes, permitiéndoles desenvolverse con mayor confianza y eficacia en el entorno sanitario (Bigas Elía, I., & Domínguez de la Escosura, J., 2009).

En cuanto a las combinaciones lingüísticas, la mayoría de los pacientes que requieren mediación provienen de países del norte de África como Marruecos o Argelia y de Medio Oriente, mientras que la baja presencia del francés podría significar que los hablantes de esta lengua enfrentan menos barreras, hablan otros idiomas, o incluso que hay miembros del personal sanitario que pueden desenvolverse en esta lengua. Respecto al tipo de mediación más solicitada, la explicación de terminología médica es la más frecuente, lo que indica que las dificultades no son únicamente lingüísticas, sino también culturales y técnicas, por lo que la mediación es un aspecto crucial que va más

allá de la interpretación. Como ya mencionamos en el marco teórico, en situaciones como las que se viven en los hospitales, donde las diferencias culturales y lingüísticas entre pacientes migrantes y profesionales son muy evidentes, el intérprete desempeña un papel de mediador, ya que no solo traduce palabras, sino que también ajusta los mensajes para salvar las barreras culturales que pueden dificultar la comunicación (Vaccarelli, 2024). Además, la asistencia en trámites administrativos es recurrente, lo que sugiere que muchos pacientes necesitan ayuda para entender el funcionamiento del sistema de salud. De hecho, el mediador intercultural realiza algunas tareas asociadas al trabajo social, como facilitar el acceso al sistema sanitario, orientar a los pacientes sobre cómo desenvolverse en él y ayudarlos a obtener los documentos necesarios (Fernández de Casadevante, 2023).

Finalmente, la mediación presencial es la modalidad más demandada, lo que indica que factores como la comunicación no verbal son muy importantes, además de que la presencia física de una persona que comprende a los pacientes brinda mayor seguridad y confianza (Qureshi et al., 2009). Sin embargo, la mediación telefónica se presenta como una alternativa muy útil en situaciones urgentes donde no es posible contar con un mediador en persona. Además, la disponibilidad de intérpretes ha facilitado la realización de consultas en modalidad telefónica, garantizando así la continuidad de la atención médica.

## 6.2. Discusión de las encuestas a los profesionales sanitarios

El análisis de los resultados del cuestionario refleja una valoración muy positiva por parte del personal sanitario con respecto al SIMI. La mayoría de los encuestados coincide en que el SIMI ha supuesto una mejora muy importante en la comunicación con los pacientes migrantes, al permitirles transmitir la información de manera más clara y comprensible. Además, destacan la amabilidad, profesionalidad y dedicación de las intérpretes, así como la confianza y tranquilidad que genera en los pacientes el poder expresarse en su idioma materno. La evidencia científica respalda que los pacientes que pueden comunicarse en su idioma a través de un intérprete se sienten empoderados, ya que sentirse comprendidos les permite participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud (Diamond et al., 2019; Coulter & Oldham, 2016). Esto contribuye a una atención sanitaria más humana y personal, lo que puede mejorar potencialmente la adherencia a los tratamientos y la salud de las personas migrantes. También, otro aspecto muy valorado es la presencia física de las intérpretes en el centro de salud. Esto facilita la atención en consulta, ya que la cercanía y la comunicación en persona superan las limitaciones de la interpretación telefónica, especialmente en situaciones delicadas.

Sin embargo, el cuestionario ha permitido destacar otros aspectos que podrían mejorarse de cara al futuro. Uno de los principales desafíos es la disponibilidad del servicio, ya que no siempre se encuentra accesible cuando se necesita, y su cobertura no llega a todos los centros de salud, lo que deja al resto de la ciudad sin esta herramienta clave para la atención de pacientes migrantes. En caso de derivaciones

desde el centro de salud a consultas especializadas, es importante que se pueda contar con mediación e interpretación en estos servicios también. Además, varios encuestados señalaron que sería interesante contar con más intérpretes y ampliar la variedad de idiomas disponibles, ya que algunos pacientes siguen enfrentando dificultades porque no hay intérpretes que tengan dentro de su combinación lingüística su lengua materna. Otro punto es la falta de una coordinación eficaz entre los profesionales sanitarios y los intérpretes, ya que algunos encuestados comentaron que sería útil tener una comunicación más directa para solicitar la presencia de las intérpretes en consulta.

### 6.3. Propuestas de mejora

A partir de la literatura revisada en este campo, el análisis de los datos recopilados y las propias reflexiones personales, se ofrecen una serie de recomendaciones que pretenden servir de referencia para la mejora del Servicio de Interpretación y Mediación Intercultural (SIMI). Estas propuestas tienen como objetivo aumentar la eficacia del servicio y promover una atención sanitaria más equitativa y accesible para todos los pacientes, independientemente de su origen cultural o lingüístico.

#### I. Ampliación de la disponibilidad horaria del servicio de interpretación

Una de las principales propuestas es extender la cobertura horaria del SIMI, de modo que esté disponible durante toda la jornada de atención todos los días de la semana y no únicamente durante el periodo y el horario de prácticas de los intérpretes. Esto garantizaría que ningún sanitario ni ningún paciente se vean en la situación de estar en consulta sin mediación para superar las barreras lingüísticas y culturales.

Esta propuesta es especialmente pertinente en áreas como atención primaria y administración, pues son las que concentran el mayor número de mediaciones. Además, podría implementarse un servicio de guardia o una línea telefónica disponible las 24 horas del día para situaciones de urgencia en las que la presencia de un mediador de forma inmediata no sea posible.

#### II. Incremento del número de intérpretes y ampliación de la oferta de idiomas

Para mejorar la calidad de la atención, es imprescindible incorporar más intérpretes en plantilla. No solo en número, sino también en combinación lingüística, para asegurar que todas las lenguas presentes en la población atendida de la zona estén cubiertas.

Un profesional sanitario indicó en las encuestas que idiomas como el rumano o el wolof no cuentan actualmente con mediación, lo que limita la accesibilidad del servicio. Es importante tener en cuenta que la formación en lenguas de menor difusión no suele estar presente en los planes de estudio universitarios. Por ello, es fundamental continuar impartiendo y mejorando formaciones específicas.

Además, sería interesante reforzar el número de intérpretes de árabe magrebí, debido a la alta demanda de mediación de esta combinación lingüística. Esto permitirá ofrecer un servicio más inclusivo y accesible al garantizar que todos los pacientes estén amparados lingüística y culturalmente.

### III. Mejora en la comunicación y la coordinación entre sanitarios e intérpretes

Para hacer el servicio más eficiente, se propone mejorar los canales de comunicación interna entre profesionales sanitarios e intérpretes. Una opción sería el desarrollo de una plataforma digital o aplicación móvil que permita solicitar la presencia de los intérpretes a tiempo real y conocer su disponibilidad. Otra opción sería habilitar una línea telefónica exclusiva dentro del centro de salud que se utilizase únicamente para este fin. Estas medidas permitirían facilitar la coordinación y reducir los tiempos de espera, haciendo la atención sanitaria más eficaz.

### IV. Formación conjunta para mejorar la gestión de la comunicación y del servicio

Sería interesante ofrecer cursos o sesiones informativas para profesionales sanitarios e intérpretes. Estos cursos podrían ayudarles a gestionar más eficientemente los turnos de palabra y ofrecer técnicas para guiar la conversación en las consultas. Además, dentro de la formación podrían incluirse simulacros para establecer protocolos de actuación y prepararlos para manejar situaciones complicadas. Asimismo, sería interesante incluir la creación de protocolos de acogida en diferentes idiomas para mejorar la orientación de los pacientes en su primera consulta. Esta formación ayudaría a mejorar la coordinación y la colaboración entre sanitarios e intérpretes, así como ayudaría a reforzar el papel de las intérpretes como parte del equipo de atención médica.

### V. Creación de materiales informativos para los pacientes

Para reducir la dependencia de la mediación en procedimientos básicos y mejorar la autonomía de los pacientes, se recomienda la creación de folletos y guías en varios idiomas y variedades lingüísticas. Estos materiales informativos contendrían información sobre los servicios de salud y los trámites administrativos. Asimismo, la creación de glosarios multilingües con términos médicos básicos podría ayudar considerablemente a los pacientes a comprender mejor la terminología médica. Estos recursos podrían ser creados por las intérpretes y repartirse en las salas de espera.

### VI. Expansión del SIMI a otros centros de salud

El SIMI ha demostrado ser una herramienta esencial para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el centro de salud de Almanjáyar-Cartuja, facilitando la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes de diferentes culturas. Sin embargo, este servicio ha estado disponible únicamente durante 2024,

vinculado a un proyecto de un año de duración, y su continuidad ha dependido de financiaciones puntuales por parte de ONG, debido a la falta de financiación por el sistema de salud pública. Esta situación provoca que el servicio no esté permanentemente disponible y limita la formación de nuevos perfiles profesionales, exponiendo de nuevo a las personas migrantes a barreras lingüísticas, culturales y administrativas en el acceso a la atención médica. Asimismo, la falta de este servicio fomenta el uso de soluciones informales, con los peligros que esto conlleva, o incluso implica que las personas migrantes no puedan acceder a información sobre su estado de salud.

La incorporación permanente del SIMI al sistema de salud público, con su expansión a otros centros de salud de Granada, permitiría que más profesionales y pacientes se beneficien de una atención sanitaria más accesible, inclusiva y equitativa en toda la ciudad. Por lo tanto, es crucial que las autoridades sanitarias reconozcan la importancia del SIMI y aseguren su financiación y presencia permanente en el sistema de salud público. Esta medida no solo garantizaría la continuidad del servicio, sino que también permitiría la formación continua de mediadores interculturales, fortaleciendo la capacidad del sistema sanitario para atender a una población diversa y mejorando la salud y el bienestar de toda la comunidad.

## 7. Conclusiones

El análisis del Servicio de Interpretación y Mediación Cultural en el Centro de Salud de Almanjáyar-Cartuja reafirma su papel clave en la atención sanitaria de la población migrante. Los hallazgos del estudio refuerzan la necesidad de integrar el SIMI en el sistema público de salud para garantizar su continuidad y accesibilidad.

El SIMI ha demostrado ser un recurso fundamental para mejorar la comunicación y la calidad asistencial en el ámbito sanitario. Su implementación no solo facilita la interacción entre pacientes y profesionales, sino que también reduce las barreras culturales y lingüísticas que limitan el acceso equitativo a la atención médica. En este sentido, la mediación cultural no debe considerarse un servicio complementario, sino una pieza clave para garantizar una atención más inclusiva y eficiente.

El contexto demográfico actual refuerza la necesidad de consolidar el SIMI como un servicio esencial dentro del sistema de salud. La creciente diversidad lingüística y cultural de la sociedad española plantea nuevos desafíos para la atención sanitaria, y la presencia de mediadores interculturales capacitados es crucial para responder a esta realidad de manera efectiva.

Más allá de reafirmar la importancia del SIMI, este estudio aporta una perspectiva específica sobre su impacto en un contexto concreto: un barrio con una alta tasa de población migrante y en situación de vulnerabilidad. A diferencia de estudios previos que abordan la mediación cultural desde una perspectiva teórica, este trabajo se basa en

datos obtenidos de la experiencia directa del personal sanitario y de las intervenciones realizadas. De esta forma, se proporciona evidencia sobre la efectividad del servicio, identificando sus fortalezas y áreas de mejora desde la práctica real.

El SIMI representa una herramienta clave para garantizar el derecho universal a la salud en un contexto de creciente diversidad cultural y movilidad global. Su integración en el sistema público de salud permitiría fortalecer la equidad en la atención sanitaria, asegurando que todos los pacientes, independientemente de su lengua o cultura, reciban un servicio de calidad y libre de barreras comunicativas.

## 8. Bibliografía

Abril Martí, I., & Martín, A. (2011). La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. En *Actas del I congreso internacional sobre migraciones en Andalucía* (pp. 1521-1534). Instituto de Migraciones. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051279>

AENOR. (2024). *Interpreting services - Community interpreting - Requirements and recommendations* (Norma ISO 13611:2024). <https://www.une.org/encuentra-tu-norma/busca-tu-norma/iso?c=082387>

Alcaraz Quevedo, M., Paredes-Carbonell, J. J., Sancho Mestre, C., López-Sánchez, P., García Moreno, J. L., & Vivas Consuelo, D. (2014). Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 301-310. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000200012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000200012)

Bigas Elía, I., & Domínguez de la Escosura, J. (2009). El papel de la mediación intercultural en el ámbito sanitario. <https://repositori.upf.edu/items/8a4d5c9c-d080-41e6-a1e4-9875a8209add>

Blanco Jiménez, M., Villalpando Cadena, P., Mendoza Gómez, J., Sáenz López, K. A. C., Gorjón Gómez, G. D. J., Rodríguez García, M. D. P., ... & Trillo, D. (2012). Metodología para investigaciones de alto impacto en las ciencias sociales. <http://eprints.uanl.mx/8565/>

Burckhardt, A. Q., Revollo, H. W., Sánchez, F. C., Würth, C. V., & El Harrak, J. (2009). La mediación intercultural sociosanitaria: Implicaciones y retos. *Norte de Salud Mental*, 8(35), 56-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830258>

Cebrián, L. F. (2009). Análisis estadístico descriptivo. *Universidad Inca Garcilaso de la Vega*. <https://www.monografias.com/trabajos-pdf2/analisis-estadistico-descriptivo/analisis-estadistico-descriptivo.pdf>

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: what is it and how do we get there? *Future Healthcare Journal*, 3(2), 114-116. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S251466452401083X>

Crossley, N., & Edwards, G. (2016). Cases, mechanisms and the real: The theory and methodology of mixed-method social network analysis. *Sociological Research Online*, 21(2), 217-285. <https://doi.org/10.5153/sro.3920>

De la Rubia, D. J. C. (2004). El impacto de la inmigración. En *Movimientos de personas e ideas y multiculturalidad* (pp. 23-53). Servicio de Publicaciones= Argitalpen Zerbitzua. <https://blogs.deusto.es/wp-content/uploads/sites/55/2024/06/179-1.pdf>

- Diamond, L., Izquierdo, K., Canfield, D., Matsoukas, K., & Gany, F. (2019). A systematic review of the impact of patient–physician non-English language concordance on quality of care and outcomes. *Journal of general internal medicine*, 34, 1591-1606. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04847-5>
- Fernández de Casadevante Mayordomo, M. (2023). Aproximaciones a un decálogo para la mediación lingüístico-cultural. *FITISPos International Journal*, 10(1), 9-21. <https://doi.org/10.37536/fitispos-ij.2023.10.1.354>
- García Castaño, F. J., & Barragán Ruiz-Matas, C. (2004). *Mediación intercultural en sociedades multiculturales: hacia una nueva conceptualización*. <http://hdl.handle.net/10272/219>
- Giménez, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. *Migraciones*, 2, 125-159. <https://www.colegiocentral.es/wp-content/uploads/2017/12/Carlos-Gimenez-La-Naturaleza-De-La-Mediacion-Intercultural.pdf>
- González, D. S. (2009). Geografía del envejecimiento vulnerable y su contexto ambiental en la ciudad de Granada: Discapacidad, dependencia y exclusión social. *Cuadernos Geográficos*, 45, 107-135. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/cuadgeo/article/view/759>
- Grammenidis, S. P., & Pokorn, N. K. (2024). Training trainers for non-professional community interpreters–cultural mediators: The TRAMIG project. *'UNSTATED' MEDIATION*, 25. <https://www.researchgate.net/profile/Georgios-Floros-4/publication/383456698>
- Gutiérrez, J. M., Borré, J. R., Montero, R. A., & Mendoza, X. F. B. (2020). Migración: Contexto, impacto y desafío. Una reflexión teórica. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(2), 299-313. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7500760>
- Hernández, R. R. (2023). Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Contribuciones a la atención sanitaria. *Itinerarios de Trabajo Social*, (3), 76-83. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40461>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024). <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECP1T24.htm>
- Jiménez Castro, M., & Gutiérrez Artacho, J. (2025). Supporting migrants through multilingual communication: Insights from NGOs. *ELUA*, 44(2).
- Jiménez Castro, M., Olvera Lobo, M. D., & Gutiérrez Artacho, J. (2025). Social inclusion as a challenge in information access: Identification of health information needs of migrants from Africa to Spain. *Procedia Computer Science*, 256, 1175-1182.

- Jiménez-Castro, M., Rivera-Trigueros, I., & Olvera-Lobo, M. D. (2022). Overview of Translational Activities to Promote the Inclusion of Migrant Population in Health Communication. En *Critical Perspectives on Diversity, Equity, and Inclusion in Marketing* (pp. 17-36). IGI Global. <https://www.igi-global.com/chapter/overview-of-translational-activities-to-promote-the-inclusion-of-migrant-population-in-health-communication/307248>
- Kreuter, M. W., Lukwago, S. N., Bucholtz, D. C., Clark, E. M., & Sanders-Thompson, V. (2003). Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Education & Behavior*, 30(2), 133-146. <https://doi.org/10.1177/1090198102251021>
- Larrauri Cantero, S. (2013). La población inmigrante frente a las barreras de acceso al Sistema Sanitario. <http://hdl.handle.net/10902/2201>
- Macipe Costa, R. M., & Gimeno Feliu, L. A. (2011). Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. *Pediatría Atención Primaria*, 13(50), 299-319. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000200013&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000200013&script=sci_arttext)
- Marnpae, M. (2014). Materiales multilingües en el ámbito sanitario en España. *Panace*, 15(40), 264-277. [https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n40\\_tribuna\\_Marnpae.pdf](https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n40_tribuna_Marnpae.pdf)
- Martin, A. (2003). Investigación en interpretación social: Estado de la cuestión. In *Panorama actual de la investigación en Traducción e Interpretación* (pp. 431-446). Editorial Atrio. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9573378>
- Médicos del Mundo. (2022). *Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas*. <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/07/2023-II-inform-de-barreras-al-SNS-en-poblaciones-vulnerabilizadas.pdf>
- Morera Montes, J., Babarro, A., & Huerga Aramburu, H. (2009). *Manual de atención al inmigrante*. [https://www.researchgate.net/publication/264230993\\_Manual\\_de\\_Atencion\\_al\\_Inmigrante](https://www.researchgate.net/publication/264230993_Manual_de_Atencion_al_Inmigrante)
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., ... & Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- Nieto Merino, A., & Eguía Peña, M. B. (2016). El fenómeno migratorio en España en el siglo XXI. <https://agris.fao.org/search/en/providers/124840/records/67570d41215ee6b3c30426c4>

- Ortí, R., Sánchez, E., & Sales, D. (2006). Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural. En *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica* (pp. 114-139). <https://www.uv.es/~perla/3%5B08%5D.OrtiSalesySanchez.pdf>
- Pardo, G., Engel, J., & Agudo, S. (2007). Barreras de acceso al sistema sanitario para inmigrantes subsaharianos. *Medicina General y de Familia*, 680-684. [https://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista\\_100/pdf/680-684.pdf](https://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista_100/pdf/680-684.pdf)
- Plaza Del Pino, F. J., & Veiga Del Pino, M. (2012). The vision of the other and conflicts in the relationship between nurses and Muslim patients. *Enfermería Clínica*, 22(4), 191-197. <https://europepmc.org/article/med/22840434>
- Saavedra, M. S. (2004). *Elaboración de tesis profesionales* (Editorial Pax México, Ed.).
- Sáenz López, K. A. C. (2012). Metodología para investigaciones de alto impacto en las ciencias sociales y jurídicas. [https://www.researchgate.net/profile/Joel-Mendoza-Gomez/publication/320911292\\_La\\_teoria\\_en\\_la\\_investigacion\\_cientifica\\_marco\\_teorico\\_modelos\\_y\\_medicion/links/5a0210b2aca2720df3c7bbfa/La-teoria-en-la-investigacion-cientifica-marco-teorico-modelos-y-medicion.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joel-Mendoza-Gomez/publication/320911292_La_teoria_en_la_investigacion_cientifica_marco_teorico_modelos_y_medicion/links/5a0210b2aca2720df3c7bbfa/La-teoria-en-la-investigacion-cientifica-marco-teorico-modelos-y-medicion.pdf)
- Tolosa Igualada, M., & Echeverri, Álvaro. (2020). Because something should change. Translator and interpreter training: Past, present and future. *MonTI. Monographs in Translation and Interpreting*, (11), 9–28. <https://doi.org/10.6035/MonTI.2019.11.1>
- Vaccarelli, F. (2024). The Role of Linguistic and Cultural Mediators in Migrant Reception: Some Practical Insights. In *International Migration and the Law* (pp. 629-645). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/oa-edit/10.4324/9781003488569-39/role-linguistic-cultural-mediators-migrant-reception-practical-insights-francesca-vaccarelli>
- Valero-Garcés, C. Mapping PSIT in the EU. An initiative within the EU EMT Network. *Translation, Mediation and Accessibility for Linguistic Minorities*, 301. <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/54058/9783732990641.pdf?sequence=12#page=302>
- Whyatt, B., & Pavlović, N. (2021). Translating languages of low diffusion: current and future avenues. *The interpreter and translator trainer*, 15(2), 141-153. <https://doi.org/10.1080/1750399X.2021.1917172>