

Los conflictos de idioma en los colectivos inmigrantes en la atención sanitaria de la Comunidad de Madrid

Adela M. Alija

En el presente artículo se analiza la actualidad demográfica de la inmigración en la Comunidad de Madrid teniendo presente la realidad española en la que se inscribe. Los conflictos de idioma en la atención sanitaria son un problema complejo cuyo análisis debe partir de un estudio prospectivo.

Nuestro trabajo revisa el acceso de los inmigrantes y extranjeros al sistema de salud de la Comunidad de Madrid. Tomando como punto de partida los programas y planes oficiales destinados a mejorar la integración de los colectivos de emigrantes, nos hemos centrado en la prestación que la Consejería de Sanidad ofrece a los pacientes que no conocen el idioma. Además de los documentos oficiales, hemos contado con entrevistas personales que nos han permitido analizar de forma retrospectiva la experiencia existente en la Comunidad de Madrid con el sistema de traducción por telefonía implantado desde el año 2009, sus características, el uso que se ha realizado y las potenciales áreas de mejora.

Palabras clave: barrera lingüística; inmigración; integración; Comunidad de Madrid.

Language conflicts among immigrants groups in the Community of Madrid healthcare system. This article analyses the current demographic situation of immigration in the Community of Madrid, bearing in mind the Spanish reality in which it takes place. Language conflicts in health care are a complex problem whose analysis must be based on a prospective study. Our work reviews the access of immigrants and foreigners to the health system of the Community of Madrid. Taking as a starting point the official programmes and plans aimed at improving the integration of immigrant groups, we have focused on the services offered by the Regional Ministry of Health to patients who do not know the language. In addition to official documents, personal interviews have allowed us to retrospectively

analyse the existing experience in the Community of Madrid with the telephone translation system implemented since 2009, its characteristics, the use that has been made of it and potential areas for improvement.

Keywords: language barrier; immigration; integration; Community of Madrid.

1. Introducción

El propósito de este trabajo es analizar los recursos existentes en el sistema de salud de la Comunidad de Madrid para atender a los inmigrantes y a los extranjeros en general, que tienen problemas para expresarse en español. Este aspecto es uno de los que se analizan en el proyecto más amplio: “Los conflictos producidos por la falta de integración lingüística de los inmigrantes en la Comunidad de Madrid”.¹

En este primer avance de nuestra investigación nos vamos a centrar en la perspectiva del personal del servicio de salud, personal sanitario, de asistencia y trabajo social y de atención al paciente. Nuestro estudio se ha enfrentado a dificultades metodológicas derivadas en buena medida de la situación de pandemia por el coronavirus SARS-Cov2. Si bien la pandemia ha afectado a todos los sectores de la sociedad, debemos convenir en que ha sido el sanitario el que más lo ha sufrido. El acceso a la información y a los testimonios de los principales actores del sistema de salud de la Comunidad de Madrid ha estado absolutamente condicionado por las necesidades del sistema. Todo el personal y todas las acciones han estado enfocadas a la superación de la situación de pandemia global, situación que todavía no hemos superado.

Nuestra hipótesis de partida ha sido la idea de que el desconocimiento del idioma, es decir la existencia de barreras lingüísticas, supone un enorme desafío para el sistema de salud y sus profesionales y, por otro lado, que los recursos dedicados a afrontar dicho desafío, parecen bien escasos, o bien insuficientemente implementados.

La inmigración es un proceso dinámico y sujeto a múltiples casuísticas. En las primeras décadas del siglo XXI más de 200 millones de personas se desplazaron en el mundo. El Informe de 2020 sobre las migraciones de la Organización Internacional para las Migraciones de la ONU (OIM 2019) estimaba que en 2019 el número de migrantes internacionales en el mundo era casi de 272 millones,² 51 millones más que en 2010. De ellos alrededor de dos tercios eran migrantes laborales. Si bien nuestro estudio no puede entrar en ello, no podemos dejar de señalar que las experiencias migratorias han de estudiarse desde una óptica multinivel para

comprenderlas con rigor; es decir, que hay que tener en cuenta los factores internacionales, nacionales, comunitarios e individuales que afectan a los migrantes (Sládková y Bond 2011) Por otro lado, es necesario también distinguir la existencia de múltiples escenarios y contextos en los procesos migratorios, así como en las vivencias individuales de los migrantes. Sólo entendiendo la diversidad de los grupos de inmigrantes y de los patrones migratorios podremos acercarnos al fenómeno con suficiente rigor. La propensión a generalizar sobre los colectivos de inmigrantes es un obstáculo para un correcto conocimiento de la realidad.

Por último, consideramos que el análisis de las dinámicas migratorias, así como de los procesos de integración debe contemplar junto a las demás diferencias, la derivada del género. La perspectiva de género (Palacios 2016) proporciona una visión sobre la mujer como elemento activo de la migración, pero también nos permite visibilizar su mayor vulnerabilidad dentro de los colectivos inmigrantes.

2. Población inmigrante en España

Los flujos migratorios en España forman parte de un fenómeno mundial ya bien estudiado, ya que una de las principales características de la realidad internacional actual es la intensificación de los movimientos transnacionales de las personas (CES 2019).

El caso de España presenta algunas peculiaridades frente a los rasgos distintivos de otros países receptores de inmigración. Por un lado, la condición de país receptor de inmigrantes llega más tarde que a los demás países de Europa occidental; por otro lado, el aumento del flujo migratorio fue muy grande en un periodo relativamente corto de tiempo y, en tercer lugar, en España la crisis económica afectó en mayor medida a los movimientos de población, dado que supuso una disminución en la llegada de inmigrantes, aunque breve en el tiempo y en el volumen³ (González 2019), y también supuso un aumento de la salida de españoles al extranjero.

El período de saldo migratorio negativo parecía haber finalizado en 2017; sin embargo, las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) nos dicen otra cosa. Las cifras de población (INE 2021) muestran un descenso de la población residente en España de 72.007 personas en la primera mitad de 2021 que se era de 47.326.687 habitantes a 1 de julio de 2021. Es la primera vez que se reduce desde 2016. Según el INE, esto responde a un saldo migratorio nulo y a un crecimiento vegetativo negativo.

Es necesario hacer notar que el descenso en el número de inmigrantes puede tener como causa la obtención de la nacionalidad española. En la primera mitad de 2021 se produjo una reducción tanto de la población de nacionalidad española como de la extranjera, siendo

mayor el descenso de ésta última. El número de extranjeros bajó en 42.364 personas durante el primer semestre, hasta un total de 5.325.907 a 1 de julio de 2021⁴.

La población de nacionalidad española se redujo en 29.643 personas. Esta evolución fue resultado de un saldo vegetativo negativo, unido a un saldo migratorio también negativo, que no fueron compensados con las adquisiciones de nacionalidad española. Si nos restringimos a los españoles nacidos en España, esta población se redujo en 81.367 personas a lo largo de la primera mitad de 2021.

Nacionalidad	Población residente		Crecimiento semestre	
	1 enero de 2021	1 de julio de 2021	Absoluto	Relativo (%)
TOTAL	5.368.271	5.325.907	- 42.364	-0,8
Marruecos	775.294	767.180	- 8.113	-1,0
Rumanía	658.005	639.426	-18.579	-2,8
Reino Unido	313.975	320.276	6.302	2,0
Colombia	297.682	294.291	-3.391	-1,1
Italia	279.724	286.466	6.742	2,4
Venezuela	208.980	207.583	-1.397	-0,7
China	197.645	194.206	-3.439	-1,7
Alemania	139.635	141.567	1.931	1,4
Francia	121.732	124.231	2.499	2,1
Ecuador	126.868	122.619	-4.248	-3,3
Honduras	123.149	122.220	-929	-0,8
Bulgaria	120.836	118.682	-2.154	-1,8
Perú	112.042	110.199	-1.843	-1,6
Portugal	106.923	106.247	-677	-0,6
Ucrania	107.234	105.573	-1.661	-1,5

Tabla 1. *Evolución de la población extranjera residente en España. Primer semestre de 2021 Principales nacionalidades (Elaboración propia. Fuente: INE. Cifras de Población - 1 de julio de 2021 y Estadística de Migraciones⁵ - Primer semestre de 2021. Datos provisionales (3/11))*

Destacamos en la Tabla 1 que las reducciones de población se relacionan con países menos desarrollados, tradicionalmente asociados a inmigración económica (descensos en la población rumana, marroquí y ecuatoriana) mientras los aumentos están en los países de Europa Occidental, tradicionalmente más relacionados con trabajo de mayor cualificación, estudiantes y jubilados (aumento de población de Italia, Alemania y Francia).

Si atendemos a las cifras de población por comunidades autónomas, los datos del INE nos muestran que las comunidades que han perdido más población en el año 2021 han sido Aragón, Principado de Asturias y

País Vasco, siendo las únicas que han crecido en población: Región de Murcia, Canarias y Comunidad Valenciana. Para determinar el aumento o descenso de la población de cada comunidad autónoma es necesario considerar el crecimiento vegetativo, el saldo migratorio con el extranjero (exterior) y el saldo migratorio con otras comunidades (interior).

Como se puede ver en la Tabla 2, el saldo migratorio exterior es negativo, aunque en una proporción pequeña (-366). Esto quiere decir que salieron más personas de las que llegaron. Según los datos del INE, llegaron a España 201.638 personas procedentes del extranjero, mientras que se fueron 202.004. Todo ello viene a señalar lo que venimos diciendo del carácter dinámico de las migraciones que en el caso español se traduce en una reducción del volumen de inmigrantes⁶.

Comunidad	Población a		SalDOS en el primer semestre		
	1 de enero 2021	1 de julio de 2021	Vegetativo	Migratorio exterior	Migratorio interior
TOTAL	47.398.695	47.326.687	-70.736	-366	0
Andalucía	8.502.217	8.500.808	-10.169	4.815	4.071
Aragón	1.331.133	1.313.465	-2.797	-15.874	1.038
Asturias, Principado de	1.012.889	1.008.897	-4.592	91	532
Balears, Illes	1.219.775	1.219.404	83	1.969	-2.397
Canarias	2.244.369	2.246.370	-2.205	5.365	-1.105
Cantabria	583.655	583.684	-1.459	194	1.308
Castilla y León	2.386.649	2.379.530	-8.508	-755	2.217
Castilla - La Mancha	2.048.656	2.047.722	-3.722	-795	3.625
Cataluña	7.671.253	7.660.530	-8.314	621	-2.898
Comunidad Valenciana	5.047.045	5.051.250	-9.886	8.156	6.023
Extremadura	1.057.999	1.054.779	-2.894	-409	100
Galicia	2.696.876	2.691.213	-9.326	1.620	2.116
Comunidad de Madrid,	6.755.828	6.736.407	-1.432	-5.007	-12.862
Región de Murcia,	1.513.076	1.516.055	-98	1.923	1.169
Comunidad Foral de Navarra,	657.654	656.836	-336	-505	37
País Vasco	2.185.908	2.177.654	-4.532	-2.081	-1.602
Rioja, La	316.176	315.811	-650	79	214
Ceuta	83.517	82.787	-40	115	-804
Melilla	84.022	83.489	141	112	-782

Tabla 2. Componentes del crecimiento demográfico de las comunidades autónomas. Primer semestre de 2021 (Fuente: INE. CP - 1 de julio de 2021 y EM - Primer semestre de 2021. Datos provisionales (5/11))

Para precisar aún más el dibujo de la inmigración en España, debemos destacar que, del total de inmigrantes procedentes del extranjero el primer semestre de 2021 (fecha de las últimas cifras), el 85,9% tenían nacionalidad extranjera, siendo el resto retornados de nacionalidad

española. En el análisis citado del Instituto Nacional de Estadística es evidente que la tendencia del aumento de inmigrantes se ha revertido desde 2019, mientras que la emigración ha subido. En este sentido cabe destacar que las principales nacionalidades de los inmigrantes extranjeros han sido la marroquí (23.686 llegadas), la británica (16.036) y la italiana (11.763). En el otro lado, las nacionalidades en las que observamos un mayor número de emigrantes son la rumana (27.301), la marroquí (17.316) y la colombiana (8.601).

¿Qué nos dicen los números? En términos generales, la población inmigrante en España representa actualmente en torno a un 11% de la población⁷.

La inmigración es uno de los elementos principales de los cambios sociales vividos en las últimas décadas en España. La magnitud de la inmigración ha supuesto un impacto en todas las estructuras sociales y económicas de nuestro país; de hecho, las ha transformado profundamente (CES 2019: 11) No hablamos sólo del factor puramente demográfico sino en el nivel de multiculturalidad que implica para España como sociedad receptora.

Desde los años noventa del siglo XX a esta tercera década del siglo XXI han variado las circunstancias y el origen de los inmigrantes, pero también su situación en España y los retos que presenta su integración. Temas tales como la reagrupación familiar, la existencia de una “segunda generación”, hijos de inmigrantes nacidos o ya socializados en España, el gran volumen de inmigrantes que en un número importante se han naturalizado españoles, pasando a ser esos “nuevos españoles” que no por ello han dejado sus circunstancias atrás... todos son otros tantos aspectos a tener en cuenta más allá de las consideraciones sobre los “números”.

No es necesario insistir en que el término inmigrante engloba realidades muy diversas, no sólo la clásica división entre inmigrantes regulares e irregulares. Cada una de estas categorías presenta en sí misma una gran heterogeneidad de situaciones. Entre los inmigrantes regulares distinguimos entre comunitarios y extracomunitarios como realidades bien diferenciadas (recordemos que la Unión Europea hace esa distinción relacionada con la gestión del Espacio Común). La situación es verdaderamente compleja cuando analizamos la tipología y circunstancias de los inmigrantes irregulares. A todo ello hay que añadir también el creciente número de migrantes forzosos, refugiados y solicitantes de asilo. Recordemos que la Unión Europea ha definido, dentro del Espacio Común, las diferencias de estos distintos estatus

Por todo ello, el enfoque para el análisis del fenómeno no sólo ha de ser multinivel como decíamos sino también debe ser omnicompreensivo. La noción de inmigrante va más allá de la acepción demográfica de

extranjero. Sus implicaciones sociológicas, culturales, económicas, ya no son coyunturales sino estructurales.

3. Inmigrantes en la Comunidad de Madrid

Nuestro trabajo está centrado en los inmigrantes de la Comunidad de Madrid (CAM). Según datos del Informe de Población Extranjera empadronada en Madrid⁸ (Dirección General de Servicios Sociales e Innovación Social 2021), la población española empadronada en la CAM era de 5.798.183 personas, mientras que los extranjeros sumaban 1.037.67. Por lo tanto, la población extranjera empadronada representa el 15% de la población madrileña, aunque antes de 2012 llegaba al 18% (Plan de inmigración 2018). Aceptando en estas cifras un sesgo, no cuantificado, debido a los residentes no empadronados, europeos jubilados y turistas residenciales.

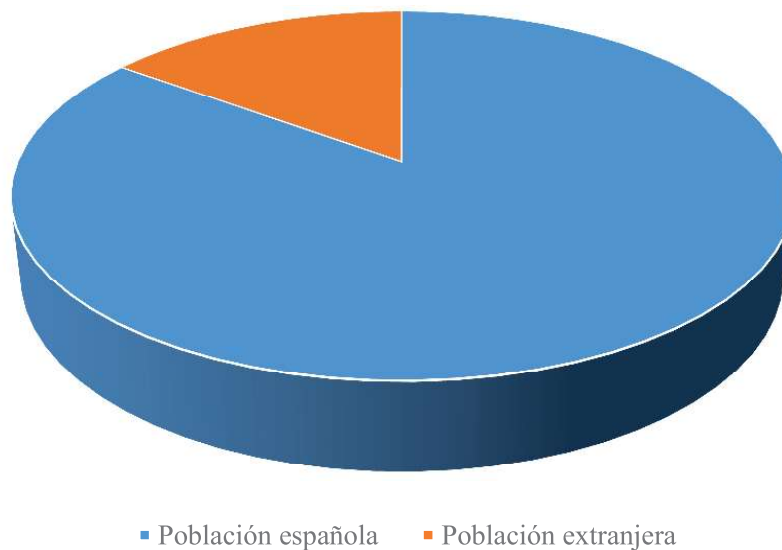


Gráfico 1. *Población extranjera en la Comunidad de Madrid. Enero 2021 (Elaboración propia. Datos del Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y datos de la CAM 2021)*

Del 1.037.67 de personas extranjeras empadronadas en Madrid, el 52% son hombres y el 48% son mujeres. Respecto a la edad, según datos de la CAM, se distribuye de la siguiente manera:

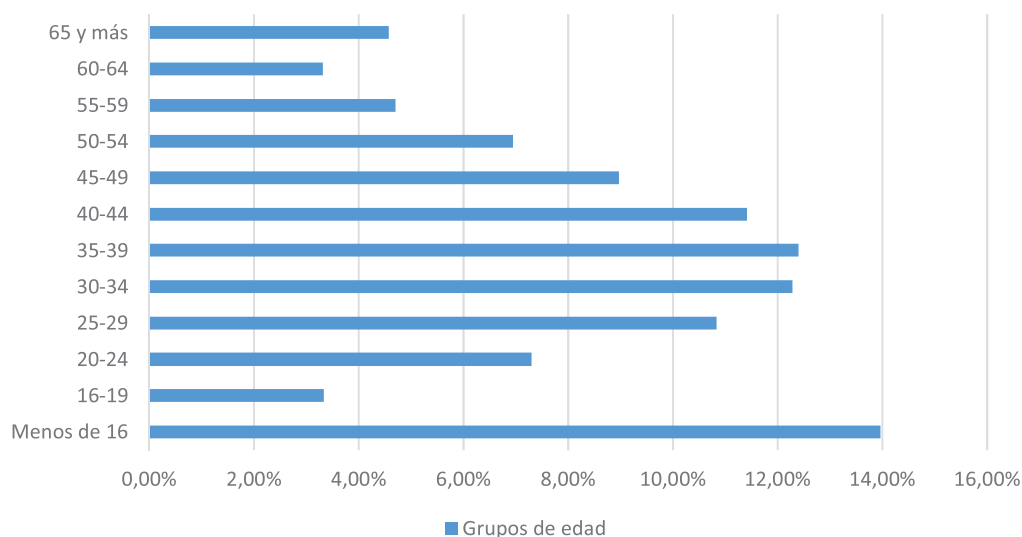


Gráfico 2. *Grupos de edad. Población extranjera en la Comunidad de Madrid. Enero 2021. (Elaboración propia. Datos del Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y datos de la CAM 2021)*

La evolución de la población extranjera en La Comunidad de Madrid ha seguido pautas similares a la del resto de España, como se ve en el Gráfico 3 empieza a haber una disminución a partir de 2012 y se produce la recuperación en las llegadas y empadronamientos a partir de 2017. Esta recuperación se ve frenada por efecto de la pandemia. Si bien no se aprecia con claridad en el gráfico, el aumento de alrededor de un 7% que se venía produciendo en la CAM se ha reducido al 1,1%.

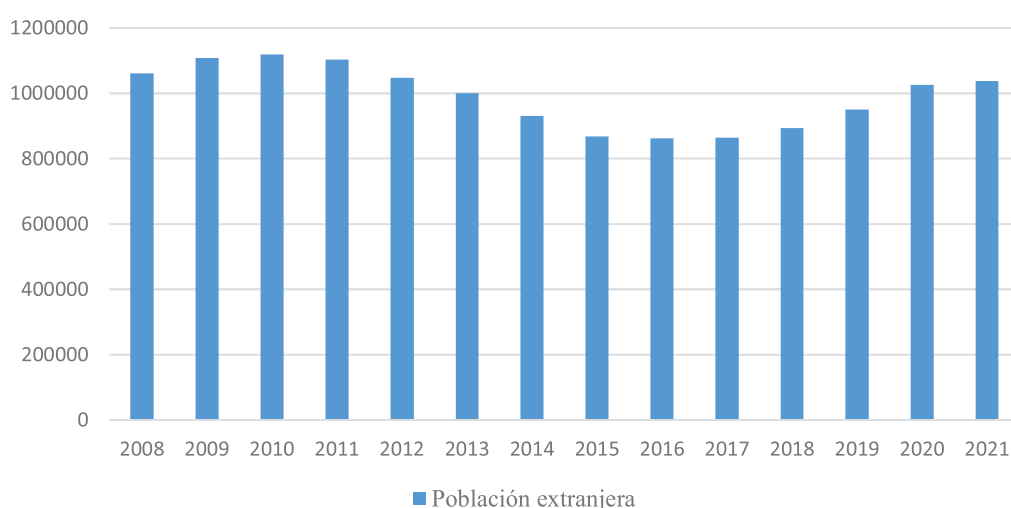


Gráfico 3. *Evolución de la población extranjera en Madrid. 2008-2021 (Elaboración propia. Datos del Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y datos de la CAM 2021)*

Para completar el cuadro de la población extranjera en Madrid, veamos los datos de las nacionalidades de origen:

Nacionalidad mayoritaria en la Comunidad de Madrid	Número de personas	Porcentaje sobre el total de personas extranjeras
Rumanía	183.357	17,67%
Marruecos	83.029	8,00%
Colombia	67.562	6,51%
China	65.477	6,31%
Venezuela	65.108	6,27%
Perú	46.049	4,44%
Italia	42.651	4,11%
Ecuador	36.926	3,56%
Honduras	36.652	3,53%
Paraguay	28.599	2,76%
República dominicana	25.430	2,45%
Ucrania	24.738	2,38%
Bulgaria	24.275	2,34%
Portugal	21.250	2,05%
Bolivia	18.911	1,82%
Otros		25,8 %

Tabla 3. (Elaboración propia. Datos del Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y datos de la CAM 2021)

En conclusión, y siguiendo el informe mencionado de la población extranjera empadronada en la Comunidad de Madrid realizado por el Observatorio de Inmigración-Centro de estudios y datos: en la CAM hay actualmente 6.835.854 personas empadronadas de los que el 15% son extranjeros (1.037.671 personas). Esta población extranjera es joven, en el Gráfico 2 se puede apreciar que el 82,2% tiene entre 15 y 64 años, mientras que la población española de esa edad es el 65%. También hay que destacar el alto porcentaje de los menores de 16 años (un 14% del total) lo que señala la influencia de la población extranjera en el rejuvenecimiento de la población total.

Respecto a las nacionalidades con más presencia en la CAM, en la Tabla 3 se muestran las siguientes: rumana (17,7%), marroquí (8%), colombiana (6,5%), china (6,3%), venezolana (6,3%), peruana (4,4%) e italiana (4,1%), todas ellas conforman el 53% de la población extranjera. La disminución en la proporción de rumanos está directamente relacionada con la situación de las sucesivas crisis, económica y de salud. En cuanto a la disminución de personas marroquíes, en parte está relacionada con la adquisición de la nacionalidad española. A este respecto, las cifras del Observatorio de inmigración-Centro de Estudios y Datos de la Comunidad de Madrid, principal institución para el conocimiento más preciso de la evolución de la población extranjera en la región, nos confirman que alrededor de un 5% de dicha población accede a la nacionalidad española.

Aunque no entremos en detalle sobre ello, debemos señalar que la población extranjera en la Comunidad de Madrid se concentra fundamentalmente en los grandes municipios (Madrid, Alcalá de Henares, Parla y Torrejón de Ardoz), sin embargo, desde el punto de vista de la proporción existente, localidades más pequeñas como Rascafría, Pelayos de la Presa, Fresnedillas de la Oliva y el Molar tienen una mayor población.

El carácter cambiante de los datos de la inmigración, derivado de los cambios en el contexto internacional y en los contextos nacionales, no es obstáculo para los programas establecidos por las distintas administraciones. En el caso de la Comunidad de Madrid el último programa al respecto es el Plan de Inmigración 2019-2021 (Dirección General de Servicios sociales e integración social 2018).

El Plan de inmigración se plantea para todos los inmigrantes en la región, si bien se dirige especialmente a los inmigrantes económicos. Si atendemos a los datos del INE, los inmigrantes con motivación económica en la Comunidad de Madrid son aproximadamente el 61% del total de población extranjera. El 39% restante son fundamentalmente ciudadanos europeos procedentes de Reino Unido (5,11%), Italia (4,37%), Alemania (2,35%) y Francia (2,09%) (Dirección General de Servicios sociales e integración social 2018: 12).

La atención al origen de los inmigrantes es importante. La procedencia de los extranjeros tiene particularidades que influyen en sus procesos de integración. En el último Plan de inmigración mencionado se alude a esta circunstancia, incidiendo en que la integración es más sencilla cuando los colectivos de inmigrantes comparten los valores de la sociedad occidental. En este sentido, en la Comunidad de Madrid la distribución es similar a la del resto de España, por continentes, la población procedente de América y de Europa suma más del 70% del total, distribuyéndose el resto casi a partes iguales entre los procedentes de África y de Asia, siendo este el colectivo con especiales dificultades idiomáticas.

Por último, en este repaso al perfil demográfico de los inmigrantes en Madrid, debemos señalar la especial situación de los inmigrantes en situación irregular. Hay consenso en el análisis de que España no estaba preparada para gestionar de manera adecuada los primeros flujos de inmigrantes, de tal manera que la situación de irregularidad era mucho más frecuente a principios de los 2000 que en la actualidad. La regularización de los inmigrantes ha ido creciendo hasta conformar una población inmigrante cada vez más asentada, como claro ejemplo, vemos que, en 2008, los irregulares representaban un 67,13% (Dirección General de Servicios sociales e integración social 2018: 25) y en disminución constante a lo largo de estos años, ahora representan alrededor de un 5%.

4. Los inmigrantes y el sistema de salud de la Comunidad de Madrid

Una vez revisadas las características de los grupos de inmigrantes en la CAM, pasamos a analizar la forma en la que acceden a los servicios públicos, en concreto a los servicios de salud.

El conjunto de todos los elementos de atención social (planes, recursos, programas, prestaciones, etc.) conforma el Sistema Público de Servicios Sociales que está gestionado por las administraciones autonómica y local (Dirección General de Servicios sociales e integración social 2018: 49). El acceso a los servicios públicos por parte de los inmigrantes en igualdad de condiciones al resto de la población contribuye, sin duda alguna, a su integración y ha sido especialmente crucial para sobrellevar los años de la crisis económica.

Si nos atenemos a los servicios sanitarios, el fenómeno de la inmigración ha supuesto un gran impacto. Los servicios de salud no estaban planificados para responder a una demanda en aumento constante, demanda que implica, además, nuevas necesidades.

En un interesante estudio coordinado desde la Dirección de Salud Pública (Ministerio de Sanidad y Consumo. Área de Promoción de la Salud 2007) se analizan, desde un punto de vista técnico, algunos de los aspectos a considerar en la atención sanitaria a estos colectivos. Los especialistas encargados de realizar este informe hacen hincapié, como el resto de los estudios sobre el tema, en la gran heterogeneidad de la población extranjera. Desde la perspectiva médica, predominan cinco tipos de comunidades: iberoamericana; de la Unión Europea, distinguiendo, por un lado, los provenientes de Europa occidental (británicos, alemanes, franceses, italianos, portugueses) y, por otro, rumanos y búlgaros, con tradiciones asistenciales diferentes, más similares a los de otros europeos del este como los ucranianos; los norteafricanos, fundamentalmente marroquíes y argelinos y, por último, los africanos subsaharianos, de origen más variable. Este informe señala que una parte de estos colectivos (sobre todo el de los procedentes de países menos desarrollados) “tiene un mal conocimiento de los principios de promoción o protección de la salud, se enfrentan a una cultura sanitaria y a un sistema sanitario desconocidos y con frecuencia no comprenden la organización asistencial” (Ministerio de Sanidad y Consumo. Área de Promoción de la Salud 2007: 11). En el estudio se señalan otros elementos que dificultarían la atención sanitaria: marginalidad social, movilidad geográfica, la falta de papeles, en el caso de los irregulares, la no asistencia a las consultas por dificultades para faltar al trabajo, y, no menos importante, la dificultad para comunicarse.

Parece obvio señalar que la atención sanitaria a los inmigrantes viene determinada por su inclusión o no en el sistema sanitario. Tener tarjeta sanitaria marcaba una diferencia clara, ya que sin ella había una mayor dificultad de acceso al sistema de salud. Sin embargo, la Ley orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social (reformada por Ley Orgánica 2/2009, y por RD 903/2021 el 19 de octubre de 2021), así como el Real Decreto 7/2018 aprobado con “el fin de garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, a garantizar el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria, en las mismas condiciones a todas las personas que se encuentran en el Estado Español” (Ruiz Ramos 2020). Se abre pues la asistencia sanitaria pública gratuita a todos los extranjeros, separando de la cotización a la seguridad social el acceso a la asistencia. Antes de esa reforma, los extranjeros sin papeles no podían acceder al sistema público de salud, salvo las mujeres embarazadas, los menores, los pacientes con enfermedades de declaración obligatoria o los casos urgentes.

La sanidad universal pública y gratuita se extendía a cualquier persona residente en España, aun no teniendo permiso legal de residencia,⁹ si bien con algunas condiciones, pero igualando la atención con la recibida por los españoles. Por lo tanto, ya no es necesario tener tarjeta sanitaria. Las comunidades autónomas regulan ese acceso al tener las competencias de salud transferidas por el estado. En el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid los extranjeros que no tiene tarjeta sanitaria deben poseer el Documento de Asistencia Sanitaria para Extranjeros sin residencia legal en España (DASE). Este documento tiene una validez de dos años y está disponible para los extranjeros que no tienen autorización como residentes ni están registrados; además, deben cumplir algunos requisitos como acreditar un tiempo mínimo de empadronamiento en España de tres meses (para evitar un uso fraudulento del derecho) no disponer de un visado de estancia en vigor, etc.¹⁰ En aras del máximo rigor debemos decir que la implantación del RD 7/2018 presenta algunos problemas y puntos de mejora importantes como reflejan las quejas ante el defensor del pueblo a ese respecto¹¹.

El uso de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes ha sido estudiado en distintas investigaciones a iniciativa de instituciones públicas y privadas. La Fundación de Ciencias de la Salud, publicó en 2008 el estudio “Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la española”¹² en el que podemos ver algunos patrones de comportamiento específicos: los inmigrantes acuden menos al médico de familia que los españoles (aunque no hay una gran diferencia 15,7% frente a 16,7%), acuden menos de manera más apreciable a las consultas con los especialistas, pero utilizan con mayor frecuencia los servicios de urgencias. El “Estudio sobre la Inmigración y el Sistema

sanitario público español” (Fundación Pfizer 2008) llegaba a las mismas conclusiones, como así podemos ver en informes propios de la Consejería de Sanidad de Madrid. Distintos estudios, sin estratificar por edades, coinciden en que la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la española la mayoría de los servicios sanitarios (Regidor *et al.* 2009).

5. Los problemas de idioma en el acceso al sistema de salud

Los problemas para una auténtica “integración sanitaria” de los inmigrantes son diversos y llevan tiempo siendo objeto de reflexión y estudio por parte de la administración y de los propios servicios de salud, de las personas implicadas en el sistema y de los especialistas. Los inmigrantes, especialmente los económicos, pueden tener dificultades serias en su relación con el sistema sanitario (Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid 2004). Algunos ya se han comentado: dificultades derivadas de la situación de irregularidad, de marginalidad social o explotación laboral, barreras relacionadas con el desconocimiento del sistema y de los trámites para acceder, barreras culturales (relacionadas con la percepción de la salud y la enfermedad y con la labor de los médicos), experiencias negativas previas con el sistema sanitario del país de origen,¹³ temor al rechazo, a la discriminación y, sin duda, las barreras lingüísticas.

Tomamos prestadas estas expresivas palabras citadas en (Fuertes y Martín Laso 2006):

La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores.¹⁴

Las dificultades relacionadas con el desconocimiento del idioma y los posibles conflictos derivados de ello (en el acceso a la consulta médica, en el diagnóstico de la enfermedad y en su tratamiento) se unen a las barreras culturales que incluyen en demasiadas ocasiones una gran des-

confianza en buen aparte de los inmigrantes ante las instituciones y ante los agentes sociales y sanitarios. En uno de los estudios más profundos consultados en nuestra investigación, realizado por el Instituto de Salud Pública de Madrid¹⁵ “Inmigración Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante”, se concluye que, a pesar de los esfuerzos constantes de los colectivos sanitarios, falta un discurso institucional sanitario común, una homogeneidad en el análisis y en el tratamiento de los problemas de los inmigrantes en el sistema de salud desde una perspectiva profesional no dependiente de la voluntad y de la actitud individual de los profesionales de la salud. Tenemos que compartir esta afirmación, ya que esa ha sido una impresión constante en las distintas entrevistas realizadas para este trabajo.

Los problemas derivados de las barreras lingüísticas en el sistema de salud han sido objeto de especial tratamiento, así como de recursos destinados a paliar los conflictos a los que dan lugar. De hecho, tal como se afirma en las conclusiones de la II Conferencia Internacional de Comunicación Sanitaria (2015), las barreras idiomáticas y culturales son aspectos que pueden dificultar el diagnóstico clínico en la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes; por otro lado, estas barreras generan malestar e insatisfacción y pueden provocar una atención inadecuada que se suma a las dificultades sufridas por estas personas en su experiencia migratoria. La primera barrera es el idioma, su desconocimiento genera problemas para descubrir qué está pasando y para identificar los síntomas. Por otro lado, la utilización de traductores “intermediarios” (familiares, amigos, vecinos, etc.) pueden suponer una dificultad adicional debido a las diferencias culturales, así en la Comunicación titulada: “Barreras idiomáticas en Atención Primaria de Salud. Percepción de los profesionales sanitarios y bases para estrategias de mejora” (II Conferencia Internacional de Comunicación Sanitaria 2015) esas diferencias culturales se concretan en: imposibilidad de plantear temas sexuales entre hombre y mujer y padres e hijos, dificultad de comprensión de ciertos temas y absentismo escolar de los niños para ejercer de intermediarios con sus padres. Disponer de mediadores con formación específica en salud en Centros de Salud y hospitales podría ser una buena medida de mejora.

Los sistemas que se utilizan en el Servicio público de Salud de la Comunidad de Madrid para luchar contra las barreras idiomáticas son diversos. Algunos son no oficiales y dependen de la discrecionalidad y de la voluntad de los profesionales implicados, otros han sido establecidos institucionalmente. De las entrevistas realizadas a personal sanitario y trabajadores sociales de hospitales públicos se concluye que el uso de los recursos oficiales no está generalizado y no llega a ser lo eficaz que se desearía, ya que, por un lado, no hay protocolos asumidos por todos

y, por otro lado, los recursos existentes (por ejemplo, la “teletraducción”) parecen estar infrautilizados.

Es común el uso de asociaciones e instituciones diversas, de traductores voluntarios, de compañeros...

Con todo, desde julio de 2009, en la Comunidad de Madrid, está establecido un sistema de interpretación de idiomas a través de un equipo de telefonía móvil. El sistema se implantó en principio en todos los servicios de urgencia de los hospitales públicos y centros de salud de la Comunidad. La intención era minimizar en lo posible los problemas derivados de la falta de entendimiento facilitando la comunicación. Los idiomas que se ofrecen actualmente son 50 y hay turnos de los traductores de tal manera que se dispone del servicio de traducción 24 horas, todos los días del año. El servicio de teletraducción es llevado a cabo por una empresa especializada en traducción e interpretación llamada Dualia. Teletraducciones S.L.

Este servicio de Urgencias dispone de **Teletraducción** Solicítelo

电话翻译服务 可以马上申请!

خدمة الترجمة الهاتفية، اطلبها

Услуги перевода по телефону. Закажите

Teleübersetzungsdienst Fordern Sie ihn an

Servicio de traducción telefónica. Solicítalo!

Service de télétraduction. Demandez-le

Telephone translation service. Request the service

Disponible en más de 50 idiomas, durante las 24 horas del día y los 365 días del año

电话翻译服务，二十四小时，全年三百六十五天，支持五十多种语言。

Более чем 50 языков, 24 часа в сутки и 365 дней в году

توفر ترجمة لأكثر من 50 لغة، 24 ساعة على مدار 365 يوماً من أيام السنة.

Disponibil în mai mult de 50 de limbi, 24 de ore pe zi, 365 de zile pe an

Available in over 50 languages, 24 hours a day, 365 days a year

Disponible dans plus de 50 langues, 24h/24, 365 jours par an

In über 50 Sprachen rund um die Uhr, 365 Tage pro Jahr verfügbar

SEM
Servicio de Salud
Comunidad de Madrid

M
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

Imagen 1. Cartel informativo del servicio de traducción en el Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid

El funcionamiento de este sistema de traducción es sencillo. Cuando el paciente llega al hospital o al centro de salud, encuentra carteles en distintos idiomas donde se informa del servicio de teletraducción. Una vez solicitado, el sistema consiste en un teléfono móvil conectado con el centro de traducción que tiene dos auriculares, uno para el médico y otro para el paciente, creándose una comunicación a tres bandas entre el profesional sanitario, el paciente y el intérprete. Desde otro punto de vista: cuando alguien del servicio de salud (clientes para la empresa de traducción, que pueden ser operadores de emergencias, médicos desde sus consultas, conductores de ambulancias...) tiene presencialmente o al teléfono a una persona que no habla español, llama a un número de teléfono e introduce el código del idioma con el que desean contactar. Al cabo de unos segundos contesta la llamada un intérprete profesional, que interpretará entre cliente y usuario. El equipo de traductores traduce en tiempo real la conversación.

Los 50 idiomas cuya traducción se ofrece van desde los más habituales y próximos (inglés, francés, alemán, etc.) hasta otros más inusuales como farsi, wolof o bambara.

En la Tabla 4 se muestran los idiomas que se ofrecen. Tal lista está incluida en las hojas informativas con las instrucciones para la interpretación telefónica.

Inglés	Suniki	Hindi	Catalán
Francés	Noruego	Poulaar	Armenio
Alemán	Sueco	Holandés	Mandinga
Italiano	Checo	Húngaro	Afgano
Portugués	Finés	Búlgaro	Albanés
Japonés	Griego	Brasileiro	Bereber
Chino Mandarín	Turco	Cantonés	Bosnio
Ruso	Rumano	Eslovaco	Taiwanés
Árabe	Ucraniano	Euskera	Georgiano
Polaco	Tailandés	Serbocroata	Gallego
Español	Esloveno	Danés	Persa
Farsi	Wolof	Coreano	Sirio
Bambara	Lituano	Urdu	

Tabla 4. Idiomas cuya traducción se ofrece en el Servicio de Salud de la CAM (Elaboración propia. Fuente: Consejería de Salud de la CAM)

Según información de la Consejería de Sanidad de Madrid¹⁶, de octubre de 2020 a abril de 2021, más de 7.000 pacientes habían usado el Servicio de Teletraducción implantado por la Gerencia Asistencial en los centros de Atención Primaria (Centros de Salud, Consultorios Locales, Servicios de Atención Rural (SAR) y la Casa Socorro de Alcalá de Henares). Chino, árabe y bengalí están entre los idiomas más solicitados.

Con datos de Dualia, de todo el volumen actual de su trabajo, el inglés representa el 29 %, seguido de árabe marroquí con el 23%. Con menos presencia, sigue el francés con el 8 %, el alemán con el 5 % y bambara con el 4 %. El resto de idiomas¹⁷, en el año 2021, tienen porcentajes inferiores.

La Comunidad de Madrid ha contratado a Dualia para todo su sistema de salud. Esta empresa realiza este servicio de forma mayoritaria en la Comunidad de Madrid (también presta estos servicios en otras comunidades de nuestro país). La sanidad madrileña hace sus contrataciones, al menos en lo que respecta a la interpretación telefónica en tres niveles: atención primaria, hospitales y emergencias. En el histórico de contrataciones con Dualia encontramos estos contratos:

Atención primaria, que sólo hace un único contrato que engloba a todos los centros de salud o ambulatorios.

En el caso de los hospitales, cada hospital contrata el servicio por su cuenta y por lo tanto debe estar contemplado en las partidas presupuestarias de cada uno de ellos, anteriormente el servicio también se contrataba conjuntamente por la Consejería de Sanidad.

Los Hospitales públicos de Madrid que tiene contrato con Dualia para el servicio de teletraducción son prácticamente todos los de la CAM: 34 de 37.

Fundación Hospital de Alcorcón	Hospital de Guadarrama	Hospital Fuenfría	Hospital La Paz	Hospital Rodríguez Lafora
Fundación Jiménez Díaz	Hospital de Móstoles	Hospital General de Defensa Gómez Ulla	Hospital La Princesa	Hospital Severo Ochoa
Hospital 12 de Octubre	Hospital de Santa Cristina	Hospital Gregorio Marañón	Hospital Niño Jesús	Hospital Universitario La Paz
Hospital Clínico San Carlos	Hospital de Torrejón	Hospital Infanta Leonor	Hospital Príncipe De Asturias	Hospital Universitario Getafe
Hospital Cruz Roja	Hospital del Henares	Hospital Infanta Cristina (Hospital Del Sur)	Hospital Puerta de Hierro	Hospital Virgen de La Poveda
Hospital de El Escorial	Hospital del Sureste	Hospital Infanta Elena	Hospital Ramón y Cajal	Instituto Psiquiátrico José Germain
Hospital de Fuenlabrada	Hospital del Tajo	Hospital Infanta Sofía	Hospital Rey Juan Carlos	

Tabla 5. Idiomas cuya traducción se ofrece en el Servicio de Salud de la CAM. (Elaboración propia. Fuente: Dualia. Teletraducciones S.L.)

El Summa 112 (Servicios de Urgencia Médica de Madrid), los servicios de emergencias, al igual que la atención primaria tienen contrato único con Dualia.

Dualia lleva un control estricto de los servicios de traducción que presta. Se trata de un contaje de los minutos de traducción en cada llamada y del idioma utilizado. El modelo que se usa es siempre el mismo, se registra la fecha y hora, el centro sanitario para el que se realizan los servicios y los minutos de traducción de cada idioma requerido.

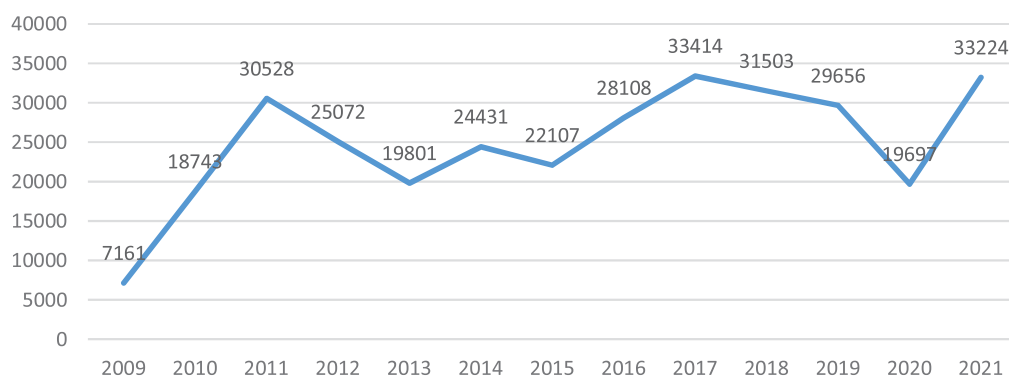


Gráfico 5. Datos de los servicios prestados. Minutos de traducción. (Elaborado por Gabriel Cabrera. Responsable de Formación y calidad de Dualia)

Como podemos observar en el Gráfico 4, la curva de uso del servicio de teletraducción, medida en minutos, responde en gran medida a la evolución del número de inmigrantes. Desde que es implantada la prestación en el año 2009 va incrementándose y extendiéndose su uso, disminuye en momentos concretos coincidentes con la crisis económica (entre 2011 y 2013) y especialmente en 2020 –el año más duro de la pandemia–.

En las entrevistas realizadas con el personal de traducción, trabajo social, de asistencia al paciente, de servicios de urgencias, de enfermedades tropicales y otro personal sanitario (de forma privada) se aprecia el avance que supone poder disponer de esta herramienta destacándose de forma habitual los siguientes puntos de mejora: en primer lugar, debería aumentarse el número de teléfonos disponibles en los hospitales, siendo que uno de los teléfonos está siempre en el Servicio de Atención al Paciente, donde también se sitúa el personal de Trabajo social, el número de teléfonos que se distribuye en los distintos servicios médicos y plantas de un gran hospital no es fijo, pero en alguno de los grandes hospitales de Madrid hemos encontrado que hay sólo dos dispositivos más; en segundo lugar, debe aumentarse la información a los profesionales sobre el sistema, sobre el alcance y sobre el uso de los dispositivos, la mejora de este aspecto es esencial para la extensión y eficacia de este recurso; en tercer

lugar, la formación que se da a los usuarios por parte de la empresa de traducción es mejorable, puesto que depende de la capacidad de ser transmitida en el sistema, habida cuenta de que se realiza a los jefes de servicio y ellos son los responsables de trasladarla a sus equipos y, en cuarto lugar, debemos señalar que la sobrecarga de trabajo de los profesionales de la salud es un obstáculo para el desarrollo del uso de esta prestación.

Desde la perspectiva de los profesionales, las experiencias relacionadas con las barreras de idioma son muy variadas. Aunque no nos ha sido posible efectuar una revisión exhaustiva de la situación (habida cuenta de que este trabajo ha sido realizado en medio de la pandemia por COVID), podemos destacar que, en términos generales, no hay constancia de que se produzcan reclamaciones por el funcionamiento del sistema. Por otro lado, los sanitarios parecen preferir que el paciente con problemas de idioma vaya acompañado por un intérprete de su elección a la consulta más que usar el sistema telefónico, esto puede ser explicable en parte por las razones antes expuestas (escasez de dispositivos, poca información del sistema). De hecho, según la experiencia de los traductores, es frecuente que los propios profesionales pidan al paciente que vaya acompañado de alguien que hable español. También nos han comentado el inconveniente que esta opción supone para la confidencialidad del paciente sirviendo incluso de mecanismo de control y censura.

La experiencia de intérpretes y traductores en los servicios públicos, y especialmente en los servicios de salud, hace que conozcan de manera directa y en primera línea, los más diversos problemas dentro de la comunidad de inmigrantes. Problemas derivados del desconocimiento de los extranjeros del sistema administrativo español (la necesidad de empadronarse o la de tener una cuenta bancaria para recibir las ayudas), del sistema sanitario (conflictos con las listas de espera), problemas derivados del género (maridos que quieren hacer todo en nombre de sus esposas), convivencia (en los centros de acogida de inmigrantes se repiten los mismos problemas de racismo que hay en sus países de origen, por ejemplo entre árabes y subsaharianos o entre musulmanes y cristianos)...

La reflexión sobre el trabajo de los traductores, así como su experiencia, nos ayuda a entender mejor la ineludible necesidad de hacer frente a las barreras idiomáticas. Disminuyendo esas barreras se facilita y normaliza el proceso de integración de los inmigrantes. Desde la experiencia de Dualia, el principal escollo que se encuentran los inmigrantes es el acceso a los servicios públicos. Ya sean residentes en nuestro país, turistas o inmigrantes irregulares, todos van a tener que contactar con servicios sanitarios, sociales o administrativos y se toparán con el idioma como principal barrera. Y no solo el idioma como tal, sino también la voluntad de los servicios públicos de querer usar un intérprete profesional para gestionar sus peticiones. El colectivo más desamparado es el de los inmigrantes irregu-

lares, pues necesitan más asistencia que los residentes (ayudas sociales, gestión de trabajadores sociales, trámites administrativos...).

En el mundo laboral el desconocimiento del idioma hace que los inmigrantes tengan una gran dependencia de otros que ya lo conocen de tal manera que no suele haber un canal directo de comunicación entre trabajador y empresa o empleador.

El Responsable del Departamento de Formación y Calidad de Dualia, a quien agradecemos su colaboración, ha llamado la atención sobre algunos aspectos significativos del trabajo del traductor del sistema sanitario. El objeto de su trabajo, la traducción de problemas de salud de inmigrantes, en muchas ocasiones en situaciones muy difíciles, hace que se produzca lo que se denomina “desgaste por empatía”, es decir, muchos de los traductores sufren traumas vicarios, como los que sufren otros profesionales que se enfrentan en su día a día al sufrimiento de las personas (trabajadores sociales, médicos, enfermeros, etc.).

6. Conclusiones

La importancia de las barreras idiomáticas en la atención sanitaria es un tema poco explorado en la literatura científica y no es extrapolable con las realidades de otros países de nuestro entorno. Su análisis requeriría de un estudio prospectivo que la situación de pandemia ha hecho inviable.

El objetivo de este trabajo era analizar los recursos existentes en el sistema de salud de la Comunidad de Madrid para atender a los inmigrantes y a los extranjeros en general, que tienen problemas para expresarse en español.

La profunda alteración producida por la covid-19 en la asistencia sanitaria ha tenido necesariamente que influir sobre el uso del recurso de traducción que tratamos de analizar. Nuestra perspectiva ha sido la empresa de traducción y la de los profesionales sanitarios y asistenciales, quedando pendiente analizar estos recursos desde la perspectiva de los pacientes. La Comunidad de Madrid dispone de teletraductores inmediatos, 24 horas, 365 días para 50 lenguas, suponiendo una mejora evidente para el acceso de los inmigrantes al sistema de salud.

Adela María Alija Garabito
Universidad Nebrija
Campus Madrid-Princesa
Calle Santa Cruz de Marcenado, 27, Madrid 28015
aalija@nebrija.es
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6203-8600>

Notas

- ¹ El proyecto titulado: “Los conflictos producidos por la falta de integración lingüística de los inmigrantes en la Comunidad de Madrid”, está siendo desarrollado por el grupo de investigación SEGERICO, cuyo investigador principal es el Dr. Carlos Espaliú. Este proyecto de investigación a su vez forma parte de uno más amplio más amplio titulado: “La población migrante en la Comunidad de Madrid: factores lingüísticos, comunicativos, culturales y sociales del proceso de integración y recursos de intervención” (INMIGRA3-CM), subvencionado por la Consejería de Educación e Investigación de la Comunidad de Madrid y por el Fondo Social Europeo (Ref.: H2019/HUM-5772. INMIGRA3-CM es una red de grupos de investigación integrada en el programa de actividades de I+D de la Comunidad de Madrid. En Inmigr3 se incluyen UAH-LIVARES: Lingüística de la Variación Espacial y Social de la Universidad de Alcalá y LAELE: Lingüística Aplicada a la Enseñanza del Español y SEGERICO: Seguridad y Gestión de Riesgos y Conflictos de la Universidad Nebrija. La red está dedicada al estudio desde una perspectiva multidisciplinar de los factores que intervienen en el proceso de integración de la población migrante en la Comunidad de Madrid, así como al desarrollo de herramientas que faciliten esa integración.
- ² No es este el objeto de nuestro trabajo, pero para dejar más claro el escenario de la migración, señalemos que, de esos 272 millones en 2019, casi 80 millones de personas eran desplazadas por la fuerza y de ellas 26 millones eran refugiados.
- ³ El descenso en la llegada de inmigrantes se produjo fundamentalmente entre 2012 y 2016.
- ⁴ Esta caída se debió a las adquisiciones de nacionalidad española (68.282 personas, según datos provisionales del INE).
- ⁵ La Estadística de Migraciones (EM) del Instituto Nacional de Estadística (INE) es la fuente más fiable para estudiar los movimientos migratorios. Se elabora a partir de las cifras y datos del Padrón Continuo, analizando las altas y las bajas de residentes, que conforman la denominada Estadística de Variaciones Residenciales (EVR).
- ⁶ Concretamente un 18,7% menos que en 2020. Mientras que las personas que han abandonado España en el mismo período han supuesto un 54,9% que en el mismo período de 2020 (INE 2029).
- ⁷ En 2019 era del 12,9%. En el periodo anterior a la crisis económica era superior al 15% (antes del 2008-2010). El máximo nivel se alcanzó en 2011 con prácticamente 6 millones de personas inmigrantes.
- ⁸ Elaborado por la Dirección General de Servicios Sociales e Innovación social de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad y el Observatorio de Inmigración- Centro de estudios y datos de la Comunidad de Madrid.
- ⁹ El Real Decreto-ley de 2018 ha incluido a España en el grupo de Estados de la UE que conceden asistencia sanitaria gratuita a los inmigrantes en situación irregular (junto con Bélgica, Francia, Países Bajos, Portugal, Italia y Reino Unido). A pesar de ello, todavía hay recorrido en la mejora de la aplicación de este derecho.
- ¹⁰ La Comunidad de Madrid ofrece información sobre la obtención del DASE en su web, pudiendo obtenerse directamente: <https://tramita.comunidad.madrid/prestacion-social/asistencia-sanitaria-extranjeros-dase>
- ¹¹ V. en: <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/asistencia-sanitaria-universal/>
- ¹² V. en: <https://www.fcs.es/lista-publicaciones/29-diferencias-en-la-utilizacion-de-los-servicios-sanitarios-entre-la-poblacion-inmigrante-y-la-poblacion-espanola>
- ¹³ En la mayoría de las ocasiones son sistemas sanitarios no universales y no gratuitos. Podríamos afirmar que la distinta relación de los inmigrantes con el concepto de salud, así como sus experiencias previas con el sistema de salud de los países de origen son determinantes en como establecen su relación con el sistema español, en este caso madrileño.

- ¹⁴ Palabras de R. Colasanti, pronunciadas en el II Congreso de Medicina y Emigración. Roma, 1990. Citadas por C. Fuertes y M.A. Martín Laso (V. referencias bibliográficas)
- ¹⁵ I titulado “Inmigración. Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población migrante” (V. en Referencias bibliográficas).
- ¹⁶ <https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/04/13/7000-usuarios-han-utilizado-servicio-teletraduccion-centros-salud#:~:text=LPR39-,M%C3%A1s%20de%20207.000%20usuarios%20han%20utilizado%20el%20Servicio%20de%20Teletraducci%C3%B3n,de%20reducir%20las%20barreras%20ling%C3%BC%C3%ADsticas>
- ¹⁷ Aunque en la Consejería de Sanidad se ofrece traducción para 50 lenguas, la empresa está preparada para traducir hasta 83 idiomas.

Referencias bibliográficas

- II Conferencia Internacional de Comunicación en Salud. Investigación, Bienestar y Salud. 2015. Resúmenes. *Revista Española de Comunicación en Salud*. Suplemento 1. Madrid.
- Consejo Económico y Social de España. 2019. “La inmigración en España: efectos y oportunidades”. *Informe. 02-2019*. Madrid: CES.
- Dirección General de Servicios sociales e integración social. 2018. “Plan de inmigración 2019-2021”. Madrid: Consejería de Políticas sociales y familia.
- Dirección General de Servicios sociales e integración social y Observatorio de Inmigración- Centro de Estudios y datos. 2021. “Informe de población extranjera empadronada en la Comunidad de Madrid. Enero 2021”. Madrid: Consejería de Políticas sociales y familia.
- Fuertes, C. y Martín Laso, M.A. 2006. “El inmigrante en la consulta de atención primaria” *Anales del sistema sanitario de Navarra*, vol. 29. pp.9-25 Pamplona.
- Fundación Pfizer. 2008. “Estudio sobre la inmigración y el sistema sanitario público español” V.en: https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/ii_foro_inmigracion_y_salud_estudio.pdf
- González Enríquez, Carmen. 2019. “Inmigración en España: una nueva fase de llegadas” ARI 28/2019. Madrid: Real Instituto Elcano.
- González Enríquez, Carmen. 2016. “Luces y sombras en la integración de los inmigrantes en España”. ARI38/2016. Madrid: Real Instituto Elcano. <https://www.realinstitutoelcano.org/analisis/luces-y-sombras-en-la-integracion-de-los-migrantes-en-espana/>
- Instituto Nacional de Estadística. 2021. “Cifras de Población (CP) a 1 de julio de 2021 Estadística de Migraciones (EM). Primer semestre de 2021. Datos provisionales.
- Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. 2004. “Inmigración Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante”. *Documentos Técnicos de Salud Pública 91*. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009154.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Área de Promoción de la Salud. 2007. “Estudio de Inmigración y Salud pública: Enfermedades infecciosas importadas”. *Informes, Estudios e Investigación, 2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Internacional para las migraciones. 2019. *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. Ginebra: OIM
- Palacios Valencia, Yennesit. 2016. «Perspectiva De género En Los fenómenos Migratorios: Estudio Desde Europa Y América Latina (Gender Perspective in Migratory Phenomena: A Study from Europe and Latin America)». *CES Derecho 7 (2)*:145-62. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/derecho/article/view/4076>.
- Plaza, Isabel “Barreras idiomáticas en Atención Primaria de Salud. Percepción de los profesionales sanitarios y bases para estrategias de mejora” en https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/21817/barreras_IICICS_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Regidor, y otros. 2009. "La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España". *Gaceta Sanitaria*, Vol.23, diciembre, 2009, pp. 4-11.
- Ruiz Ramos, Juan, 2020. "La necesidad de reforzar la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria en España en tiempos de COVID-19". *Cer-Migracions*. En: <http://www.cermigracions.org/es/blog/la-necesidad-de-reforzar-la-universalidad-del-derecho-la-asistencia-sanitaria-en-espa%C3%B1a-en>
- Sládková, Jana y Bond, Meg A. 2011. "Las Migraciones como Dinámicas Dependientes del Contexto en un Mundo de Desigualdades Globales" ("Migration as a Context-Dependent Dynamic in a World of Global Inequalities". *Psychosocial Intervention*, 20, 327-332) <http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n3a9>

