

Originales

Comunicación Institucional Intercultural para la Salud: desarrollo durante la primera década del siglo XXI

Intercultural Institutional Communication for Health: development during the first decade of the 21st century

Elsa María Moreda-Sánchez¹, Esther Martínez-Pastor¹, Ricardo Vizcaíno-Pérez¹

¹ Departamento de Ciencias de la Comunicación y Sociología, Universidad Rey Juan Carlos

Fecha de recepción: 15/10/2016 – Fecha de aceptación: 05/12/2016

Resumen

El trabajo analiza la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud como objeto de estudio a partir de las campañas y materiales informativos y divulgativos (cartelería, dípticos y folletos) realizados por las Administraciones Públicas españolas y dirigidos a la población inmigrante durante la primera década del siglo XXI. El objetivo es describir el origen, desarrollo y características de la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud. Para ello se ha realizado un análisis de contenido de los materiales, a través del cual se constata un interés creciente por desarrollar este tipo de comunicación durante el período de estudio, sobre todo a partir de 2005 y entre las Administraciones autonómicas que mayor número de inmigrantes registran. Además, existe cierta coincidencia de los temas abordados con algunas de las prioridades encontradas a nivel socio-sanitario. La Comunicación Institucional Intercultural para la Salud es una línea de investigación hasta ahora poco desarrollada en España, entre otras razones porque la Administración Pública española no ha intervenido como actor en el proceso comunicativo intercultural hasta el inicio del presente siglo.

Palabras clave: Administración pública, Comunicación, Institucional, Inmigración, Intercultural, Salud

Abstract

This paper presents a first analysis of the informational materials (posters, folded sheets and booklets) that Spanish Public Administrations have targeted to immigrants during the first decade of the current century with the ultimate goal of describing the origin, development and characteristics of the Public Administration's Intercultural Health Communication. Through a content analysis of the materials, a growing interest in developing this type of communication, especially from 2005 and among the regional administrations that more immigrants record, is found. In addition, a relative coincidence among disease topics in materials and priorities found at socio-sanitary level is also detected. There exists a research field so far underdeveloped in Spain: Public Administration's Intercultural Health Communication. It is an emerging field as it is only from 2000 when Public Administration in Spain starts to consolidate as a communicating actor in the intercultural context.

Keywords: Public administration, Government, Communication, Immigrant, Intercultural, Health

Correspondencia: elsamoreda@gmail.com

Introducción

La primera década del siglo XXI destacó en España por la velocidad y magnitud en la llegada de inmigrantes. Este rápido crecimiento de la inmigración en un período corto de tiempo así como las características socio-económicas de las personas que llegaban puso de manifiesto la importancia de la gestión de la comunicación en materia sanitaria con la nueva población. La Administración Pública, como responsable de la gestión del sistema sanitario y la Salud Pública, se establece y consolida como actor en este contexto, la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud emerge como disciplina incipiente.

La Comunicación Institucional Intercultural para la Salud puede definirse como aquella comunicación que parte de la Administración Pública hacia diferentes sistemas o subsistemas culturales con el objetivo de influir en la salud individual y colectiva de la población.

Esta concepción parte de definiciones previas de otros autores a los tres ámbitos complementarios (comunicación, Administración Pública y salud) que conviven en este nuevo contexto. La Comunicación Institucional es aquella que parte de la Administración Pública. La elección de este término y no otros tales como Comunicación de la Administración Pública, Comunicación Gubernamental o algún otro término análogo utilizado por otros autores (Martínez Pastor, 2009, citando a Alvarado y de Andrés) se realiza teniendo en cuenta la terminología utilizada en la Ley de Publicidad y Comunicación Institucional (Ley 29/2005, de 29 de diciembre, de Publicidad y Comunicación Institucional) que en su Artículo 1 define como institucionales las campañas de comunicación promovidas o contratadas por la Administración General del Estado y por las demás entidades integrantes del sector público estatal.

Pese a la evidente múltiple intencionalidad informativa, persuasiva y simbólica de la Comunicación Institucional señalada por Cortés (2011), Martínez Pastor (2009) y Moragas (2005), entre otros, al destacar la dificultad de evitar en la práctica los matices persuasivos y la intencionalidad, en definitiva, de la Administración de reforzar su propia imagen de marca; cabe destacar que la Comunicación Institucional debe caracterizarse por contener un mensaje relativo a asuntos públicos y de interés general. Siguiendo las reflexiones de Alvarado (2003) respecto a la comunicación social, la Comunicación Institucional debe servir también a causas de interés social, plantear objetivos sociales y buscar contribuir al desarrollo social y/o humano.

Para Alvarado (2003), causa de interés social es la que afecta directa o indirectamente a la mayoría de los miembros de una comunidad y tiene que ver con las condiciones humanas de vida y el bienestar de la sociedad. Quedan fuera causas que, aunque de interés general, están vinculadas con aspectos comerciales o políticos.

Se trata por tanto del tipo de comunicación que realizan las Administraciones Públicas y los Gobiernos como respuesta a problemas sociales. Los problemas sociales pueden estar referidos a cuestiones de salud, pero también a cuestiones medioambientales, de igualdad, etc.

Por otra parte, la Comunicación Intercultural debe entenderse como un proceso de intercambio. Siguiendo a Alsina (1997) multiculturalismo se refiere a “la coexistencia de distintas culturas en un mismo espacio real, mediático o virtual”, mientras que la interculturalidad sería “las relaciones que se dan entre las mismas”. Gudykunst y Ting-Toomey (1988) definieron la Comunicación Intercultural como “la comunicación (interpersonal) entre pueblos con diferentes sistemas socioculturales y/o la comunicación entre miembros de diferentes subsistemas (por ejemplo grupos étnicos) dentro del mismo sistema sociocultural”.

En la Comunicación Intercultural deben tenerse en cuenta, por tanto, las distintas interpretaciones de un mismo discurso, puesto que la comunicación no es sólo un intercambio de mensajes sino, sobre todo, una construcción de sentido (Alsina, 1997). Alsina (1999) defiende que, precisamente, uno de los objetivos de los teóricos de la comunicación es estudiar el proceso de la comunicación para mejorarlo.

No obstante, este necesario estudio del proceso de la comunicación (intercultural) en España, se produce tarde, en comparación con otros países. En España, los estudios interculturales empiezan en los años noventa (Alsina, 1999). Por tanto, si la Comunicación Intercultural en el mundo y más concretamente en España es una disciplina reciente, más aún lo es la Comunicación Institucional Intercultural como categoría que parte de la primera pero con ciertas particularidades.

Se considera el año 2000 como punto de inflexión a partir del cual el Gobierno comienza a ser consciente de que la inmigración y su presencia comienza a ser una realidad. Así, comienza a formar parte de sus agendas políticas (Márquez Lepe, 2008) y en sus estrategias comunicativas (Martínez Pastor, Gaona Pisonero, Vizcaíno-Laorga, 2008).

Gaona Pisonero, Martínez Pastor y Vizcaíno-Laorga (2011) entendieron la Comunicación Institucional Intercultural como aquellos “fenómenos comunicativos en donde, con la participación de las Administraciones Públicas, el desarrollo de espacios concretos y de una imagen de marca, se pretende el desarrollo de políticas de integración (...)”, y definieron algunas particularidades de la Comunicación Institucional Intercultural: la presencia de un nuevo agente activo en la Comunicación Intercultural – La Administración Pública, las políticas de integración, la diversidad cultural y el interés general.

Recordando que causa de interés general es aquella que afecta directa o indirectamente a la mayoría de los miembros de una comunidad y que tiene que ver con las condiciones humanas de vida y el

bienestar de la sociedad (Alvarado, 2003); se podrían incluir entre estas causas, aquellos problemas sociales referidos a cuestiones de salud.

La Comunicación para la Salud, como componente esencial de los programas de prevención y promoción de la salud, comprende el estudio y la utilización de la comunicación estratégica para influir en la salud individual y colectiva de las poblaciones y cómo ésta puede contribuir a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (Thomas, 2006).

En el ámbito de la comunicación social y salud, ha supuesto una demanda creciente el hecho de que no se hayan tenido suficientemente en consideración los aspectos culturales y contextuales (Cuesta, Menéndez y García, 2008).

Teniendo en cuenta, por tanto, que los campos de la Comunicación Institucional, Comunicación Social y Comunicación para la Salud han obviado en la mayoría de las ocasiones, tal y como se acaba de exponer, la perspectiva de la inmigración; resulta relevante aportar una primera aproximación al estado de la investigación sobre Comunicación Institucional Intercultural para la Salud en España con un trabajo que parte de una recopilación y primer análisis de las campañas y materiales que las distintas Administraciones Públicas españolas han dirigido a la población inmigrante durante la primera década del siglo XXI sobre cuestiones de salud.

Está ampliamente reconocido que las diferencias culturales e idiomáticas dificultan la comunicación y limitan la capacidad de acceso a la educación y a los programas de promoción de la salud, por lo que la competencia intercultural es un requisito para dar respuesta a la situación socio-sanitaria (Ministerio de Sanidad, 2011). De hecho, la equidad en el acceso a la información puede significar una mayor equidad en el acceso a los servicios sanitarios (Thiede, 2008) y, en definitiva, una reducción de las desigualdades sociales en salud (Borrell, Díez, Morrison, Camprubí, 2012).

Al mismo tiempo, en lo que respecta a las necesidades socio-sanitarias de colectivos específicos, se ha reconocido que no debería considerarse a las personas inmigrantes como un colectivo homogéneo, por lo que resulta necesario estudiar qué tipo de necesidades e intervenciones son necesarias y adecuadas en función de las características de los distintos colectivos a quienes van dirigidas (Oliva y Pérez, 2009).

Este trabajo se propone como objetivo realizar una aproximación al origen, desarrollo y características de la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud en España en la primera década del siglo XXI. De esta forma, se pretende conocer qué tipo de comunicación se ha estado desarrollando y si la comunicación desarrollada da respuesta a las necesidades socio-sanitarias identificadas.

Material y método

Este trabajo realiza una combinación de la profundización teórica, desarrollada fundamentalmente en el desarrollo del protocolo de análisis propio y la discusión, junto con un trabajo empírico centrado en un análisis de contenido de las campañas y materiales recopilados.

Es el análisis de contenido la técnica que permite explicitar y sistematizar el contenido y expresión de los mensajes con el objetivo de efectuar deducciones lógicas y justificables concernientes a los elementos que intervienen en el proceso comunicativo (Bardin, 1986).

Según Bardin (1986), generalmente no se dispone de modelos de análisis listos para ser usados, sino que habitualmente es necesario diseñar un protocolo de análisis propio adecuado al objeto concreto de estudio partiendo de patrones base.

Partimos, por tanto, en esta investigación, de una selección de modelos de análisis de materiales publicados en la literatura a partir de los cuales se elabora un protocolo de análisis de contenido propio adaptado al contexto específico de trabajo.

Delimitación del Universo o población de análisis

Puesto que el objetivo general busca realizar una aproximación al origen, desarrollo y características de la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud en España en la primera década del siglo XXI y dado que este objetivo se concreta en un análisis de contenido de las campañas y materiales, el Universo de estudio está compuesto por todas aquellas campañas y materiales de Comunicación para la Salud dirigidas a inmigrantes elaboradas por la Administración Pública española.

El límite temporal cubre el período 2000-2010 puesto que se puede considerar el inicio del siglo XXI como punto de inflexión por varias razones, pero especialmente por el inicio de un período de crecimiento sostenido de la inmigración, así como por la aprobación de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que extiende el acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los inmigrantes empadronados. De la misma forma, el análisis termina a finales de 2010, fecha en la que se constata una ralentización en la llegada de inmigrantes a España. Esta investigación permite, por tanto, un estudio de todos los materiales elaborados durante una década que estuvo caracterizada por el crecimiento sostenido de la llegada de inmigrantes a nuestro país.

Por otra parte, respecto al límite geográfico, cabe señalar que el Ministerio de Sanidad establece que las Administraciones Públicas con competencias en la gestión del Sistema Nacional de Salud son tanto los servicios de salud de la Administración del Estado, como los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (Ministerio de Sanidad, 2012). Se trata, por tanto, de un Universo que abarca toda la geografía nacional.

Recopilar las campañas y materiales editados tanto por la Administración Central como Autonómica como entes competentes en este ámbito es una tarea compleja, toda vez que remite a un fenómeno extenso. Esta extensión exige una búsqueda de información dispersa y no siempre disponible. Todo ello obliga a plantear una metodología *ad hoc* basada en una combinación de estrategias dependiendo del tipo de información y de la fuente.

La metodología utilizada parte de una exploración inicial realizada durante la primera etapa de trabajo de campo de la tesis doctoral de la primera autora, lo que permitió dar cuenta de la disponibilidad de materiales y fuentes. Partiendo de esta exploración inicial, se realizó un rastreo sistemático con el objetivo de buscar, identificar y recopilar todos los materiales y campañas disponibles y editados en toda la geografía nacional tanto por la Administración Central como por la Administración Autonómica, entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2010, que tratasen temas relacionados con la salud, y que estuviesen dirigidos a inmigrantes. El rastreo sistemático cubrió:

- Administración Central (denominaciones ministeriales según el Real Decreto 1313/2010, de 20 de octubre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales): Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Ministerio de Trabajo e Inmigración e Instituto/Consejo de la Juventud.
- Administración Autonómica: Consejerías de Salud/Sanidad, Consejerías de Bienestar/Asuntos Sociales, Consejerías de Igualdad/Institutos de la Mujer, Consejerías de Trabajo/Institutos para la prevención de Riesgos Laborales, Consejerías de Inmigración, Consejerías/Institutos de la Juventud.

La búsqueda sistemática en estas fuentes se realizó acudiendo a los centros de documentación, bibliotecas, catálogos de publicaciones y páginas web oficiales de la Administración; así como a través de los contactos personales presenciales, telefónicos y por correo electrónico con las Administraciones. Además, se acudió a centros de documentación y bibliotecas, así como a bibliografías y referencias en documentos y materiales de especial interés.

Una vez rastreadas todas las fuentes identificadas, un reconocimiento inicial de los materiales recopilados puso de manifiesto la existencia de un número muy amplio de entradas dobles, errores y materiales de imprecisa procedencia o elaboración. Además, muchos de los materiales parecían dirigidos a la población general y no estaban traducidos a ningún idioma extranjero, encontrándose únicamente disponibles en español o incluso en algún idioma autonómico. Teniendo en cuenta la situación, se procedió al establecimiento de los siguientes criterios de inclusión: primero, las campañas y materiales debían haber sido editados por la Administración Central o Autonómica (como entes competentes en la gestión del Sistema Nacional de Salud). En este sentido, se excluyeron tanto los materiales editados por otro tipo de entidades (ONG, asociaciones, etc.) con el apoyo económico o subvención de la Administración; como los materiales editados por otras instituciones provinciales y

locales. Segundo, los materiales debían estar específicamente dirigidos a la población inmigrante. En este sentido, sólo se tuvieron en cuenta los dirigidos a la población general cuando estaban traducidos a algún idioma extranjero. En los casos que no existía traducción, sólo se incluyeron aquellos que apelaban directamente al colectivo inmigrante, bien por mención expresa en el texto o en la imagen. En tercer lugar, el tema central de la campaña o material debía estar relacionado con cuestiones de salud. Finalmente, solo se tuvieron en cuenta los editados entre enero de 2000 y diciembre de 2010.

Variables de análisis

Tal y como se ha señalado anteriormente, se parte en este trabajo de la elaboración de un protocolo de análisis de contenido propio adaptado al contexto específico de trabajo. En concreto, se tienen en cuenta las variables incluidas en las fichas de análisis de materiales para la salud de Masset (1996) y Guidry et al. (1996).

Estos autores incluyeron en sus modelos una serie de variables básicas de análisis fundamentales para el análisis primario de campañas y materiales, entre otras. Masset incluyó variables centradas en la clasificación de las características generales tales como el editor, número de páginas y formato; mientras que Guidry et al. (1996) registraron la información general de los materiales centrándose en el tipo de material analizado, año de edición, editor y tipo de enfermedad.

A continuación se describe el sistema de categorías, descripción y codificación aplicado en el análisis de contenido. Teniendo en cuenta el objetivo planteado, se desarrollan ocho variables:

1. Número de registro
2. Criterio de inclusión
3. Fuente
4. Título
5. Año de edición
6. Temática
7. Administración responsable (descripción, ámbito y materias)
8. Formato (multiformato y tipos de formato)

Se trata de un conjunto de variables básicas cuyo objetivo es la identificación y clasificación elemental de los materiales. A continuación, se detalla, para cada variable, el criterio de selección y codificación.

1. Número de registro: código alfanumérico de identificación del material.

2. Criterio de inclusión: todos los materiales analizados deben cumplir con tres características respecto de la comunicación que se está analizando: primero, debe haber sido editado por la Administración Pública; segundo, debe incluir a los inmigrantes entre su público objetivo; y tercero, el mensaje debe tratar cuestiones de salud.

Para identificar de qué forma se identifica al inmigrante como público objetivo, se clasifica el material según su referencia al mismo de la siguiente forma: material traducido, material que incluye imagen multicultural o material con referencia explícita al inmigrante en el texto.

3. Fuente: identificación del origen o lugar donde se encuentra o localiza el material.

4. Título: denominación del material tal y como aparece en el mismo.

5. Año de edición: año de primera edición del material.

6. Temática: clasifica las materias sobre las que versan las campañas y materiales. El sistema de clasificación responde tanto a la revisión bibliográfica sobre los principales temas de salud que afectan a la población inmigrante en España, como a la lectura flotante de los materiales.

Una revisión bibliográfica sobre los principales problemas de salud específicos que afectan a los inmigrantes en España permite identificar tres grandes categorías (Ronda-Pérez et al., 2014): primero, las enfermedades transmisibles, entre las que incluimos el VIH y el sida, otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), tuberculosis, enfermedades parasitarias (chagas y malaria, entre otras), hepatitis y vacunaciones. Segundo, las enfermedades no transmisibles, entre las que se incluyen la salud mental, adicciones, salud sexual y reproductiva y salud materno-infantil, cáncer, nutrición y alimentación saludable, y salud bucodental, y por último, los determinantes contextuales de la salud, que incluyen la salud laboral y violencia de género.

Teniendo en cuenta ambos aspectos y con el fin último de establecer una clasificación operativa, el sistema de codificación utilizado es:

- Adicciones.

Incluye todo tipo de trastornos adictivos incluidos las drogodependencias y la adicción al tabaco.

- Cáncer.

Incluye todo tipo de cánceres, carcinomas y tumores.

- Cardiovasculares.

Incluye información sobre enfermedades cardiovasculares, ejercicio y diabetes.

- Educación sanitaria.

Incluye campañas de promoción de la salud generales (ej.: acciones contra el calor, accidentes domésticos).

- Enfermedades infecciosas.

Incluye todo tipo de enfermedades infecciosas, transmisibles o contagiosas, excepto campañas de "Gripe", "Infecciones de Transmisión Sexual" (incluidas en la categoría "salud sexual y reproductiva") y "Tuberculosis", que por su singularidad o relevancia en el colectivo estudiado se decide clasificar de forma separada.

- Gripe.

Incluye gripe estacional y Gripe A.

- Información general, incluyendo información sanitaria.

Incluye información general para inmigrantes, incluyendo ésta información sobre el Sistema Nacional de Salud - SNS - (ej. información sobre el acceso a los servicios de atención sanitaria y derechos y deberes).

- Información sanitaria general.

Incluye información de carácter general sobre el SNS, acceso a servicios de atención sanitaria, derechos y deberes, etc., sin incluir otro tipo de información (ej. información sobre derechos y deberes u otra).

- Nutrición y alimentación saludable.

Incluye orientaciones sobre alimentación saludable y desórdenes alimenticios.

- Salud materno-infantil.

Incluye embarazo, parto, lactancia y cuidado del bebé, niña y niño.

- Salud mental.

Incluye todo tipo de enfermedades mentales incluido estrés e insomnio.

- Salud sexual y reproductiva.

Incluye información sobre todo tipo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las enfermedades causadas por las mismas, así como recomendaciones para una vida sexual saludable (ej.: recomendaciones para la prevención de las ITS y el uso de métodos anticonceptivos), excepto VIH.

- Salud sexual y reproductiva – VIH.

Incluye información sobre infección por VIH y sida.

- Salud y seguridad laboral.

Incluye información sobre prevención de accidentes en el trabajo y recomendaciones para un entorno laboral saludable.

- Tuberculosis.

Incluye infección y enfermedad tuberculosa.

- Vacunaciones.

Incluye todo tipo de información sobre vacunas, incluido calendarios de vacunación.

- Violencia.

Incluye información sobre todo tipo de agresiones y coacciones, excepto violencia de género.

- Violencia de género.

Incluye información sobre violencia de género, violencia machista y violencia en pareja.

- Otros.

Incluye cualquier otro tipo de campaña no incluida en las categorías anteriores.

7. Administración responsable: incluye tres subvariables: primero, el origen geográfico de la Administración responsable; segundo, el ámbito de la misma; y tercero, la esfera temática o materia de trabajo de la Administración responsable del material.

8. Formato: identifica y clasifica los materiales que forman parte de una misma campaña, entendida ésta como los conjuntos de materiales que hacen uso de una variedad de formatos para la transmisión de un mismo mensaje, con la misma creatividad, adaptada a los distintos formatos y dirigiéndose a una misma población objetivo; o bien aquellos que aunque utilizan un único formato (ej.: folletos), se dirigen a una misma población objetivo, y tratan un mismo tema específico (ej.: prevención de riesgos laborales en la construcción).

9. Extensión: indica el número de páginas (Guías, Libros, Folletos), el Tamaño (Carteles o Tarjetas), o la duración (Vídeos y Audios) de los materiales analizados.

Resultados

El resultado de la búsqueda en todas las fuentes rastreadas sumó un total de 471 campañas y materiales. No obstante, tal y como se ha señalado, el reconocimiento inicial de los materiales recopilados puso de manifiesto la existencia de un número muy amplio de entradas dobles, errores y materiales de imprecisa procedencia o elaboración. Además, muchos de los materiales parecían dirigidos a la población general y no estaban traducidos a ningún idioma extranjero, encontrándose únicamente disponibles en español o incluso en algún idioma autonómico. Teniendo en cuenta la situación, se procedió a la depuración del corpus de acuerdo a los criterios de inclusión identificados.

La depuración del corpus inicial permitió la identificación de un total de 155 materiales y campañas que cumplieran los criterios de inclusión y que por lo tanto se consideraban materiales de Comunicación Institucional Intercultural para la Salud. Es sobre este total de materiales sobre los que se aplicó la técnica de análisis de contenido.

Los materiales excluidos fueron: 76 materiales elaborados por hospitales, centros de investigación, ONG, asociaciones y otro tipo de entidades; 140 materiales cuyo público objetivo no se correspondía específicamente con la población inmigrante, puesto que no estaban traducidos ni apelaban en texto o imagen a la población extranjera; 3 materiales que no incluían información sobre salud y 9 cuyo objetivo no era informar sobre cuestiones de salud (diccionarios, hojas de entrevista y tratamiento); 5 materiales editados fuera del rango de fechas estudiado; 60 duplicados; 8 errores; 7 materiales no disponibles y 8 materiales únicamente disponibles en formato CD, DVD o vídeo en línea.

Por otra parte, el desarrollo de las variables incluidas en este trabajo tiene como objetivo fundamental recoger la información esencial para la identificación, clasificación y análisis primario de las campañas y materiales recopiladas y analizadas, lo que permita realizar una aproximación al origen, desarrollo y características de la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud en España en la primera década del siglo XXI.

La primera variable de clasificación recogía el chequeo de los criterios de inclusión. Así se encontró que de los 155 materiales analizados, 104 (67%) fueron incluidos por estar traducidos a algún idioma extranjero, únicamente. 35 (22%) fueron incluidos por estar traducidos y además hacer referencia explícita o mostrar una imagen multicultural. 11 fueron incluidos por tener una imagen multicultural, hacer referencia explícita a los inmigrantes como público objetivo y, además, estar traducidos a algún idioma extranjero. Por último, 5 materiales mostraban una imagen multicultural y/o hacían referencia explícita al inmigrante como público objetivo, aunque no estaban traducidos.

En lo que se refiere a la fuente, 72 materiales (46%) fueron recogidos a través de las páginas web oficiales de los organismos responsables de los mismos. La segunda fuente por orden de importancia fue el Centro de Recursos de Información, Educación y Comunicación para población inmigrante.



Gráfico I. Fuente de los materiales analizados. Fuente: Elaboración propia

La variable año de edición mostró que, a pesar de haber sido recogidos e identificados como publicados durante el período de estudio, 35 materiales (22%) no pudieron asignarse a un año concreto. No obstante, con los datos disponibles se observa una tendencia creciente en el número de publicaciones, sobre todo a partir de 2005.

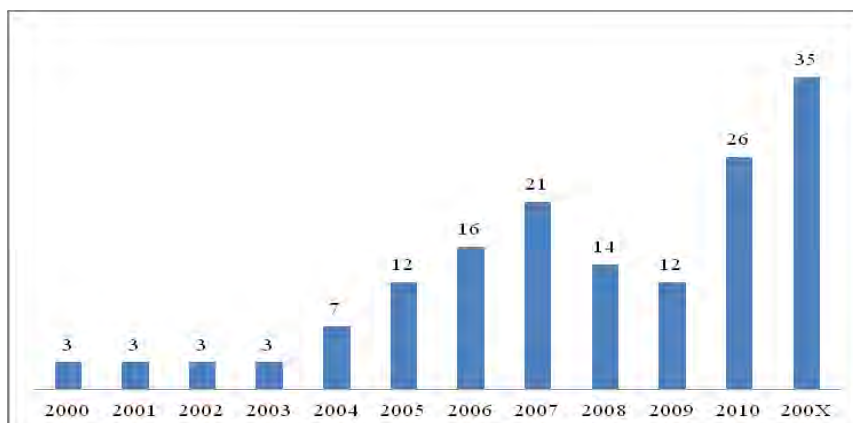


Gráfico II. Año de edición de los materiales analizados. Fuente: Elaboración propia

Respecto a la temática, existe un peso importante entre los materiales analizados tanto de los temas “salud sexual y reproductiva” como “salud y seguridad laboral”. De los 39 materiales (25% del total) de salud sexual y reproductiva, 17 (43% de los materiales sobre salud sexual) tratan sobre VIH. Salud y seguridad laboral también cuenta con 39 materiales (25% del total). Más lejos se sitúan los materiales que abordan información sanitaria general (acceso al sistema, derechos y deberes, etc.) y otros temas.

En cuanto a las Administraciones responsables de los materiales, destaca, en cuanto a ente representante de la Administración Central, el Ministerio de Sanidad. En lo que se refiere a las Administraciones Autonómicas, destacan: Madrid, Cataluña, Murcia, Andalucía y Aragón, todas ellas con un número de materiales superior a 10.

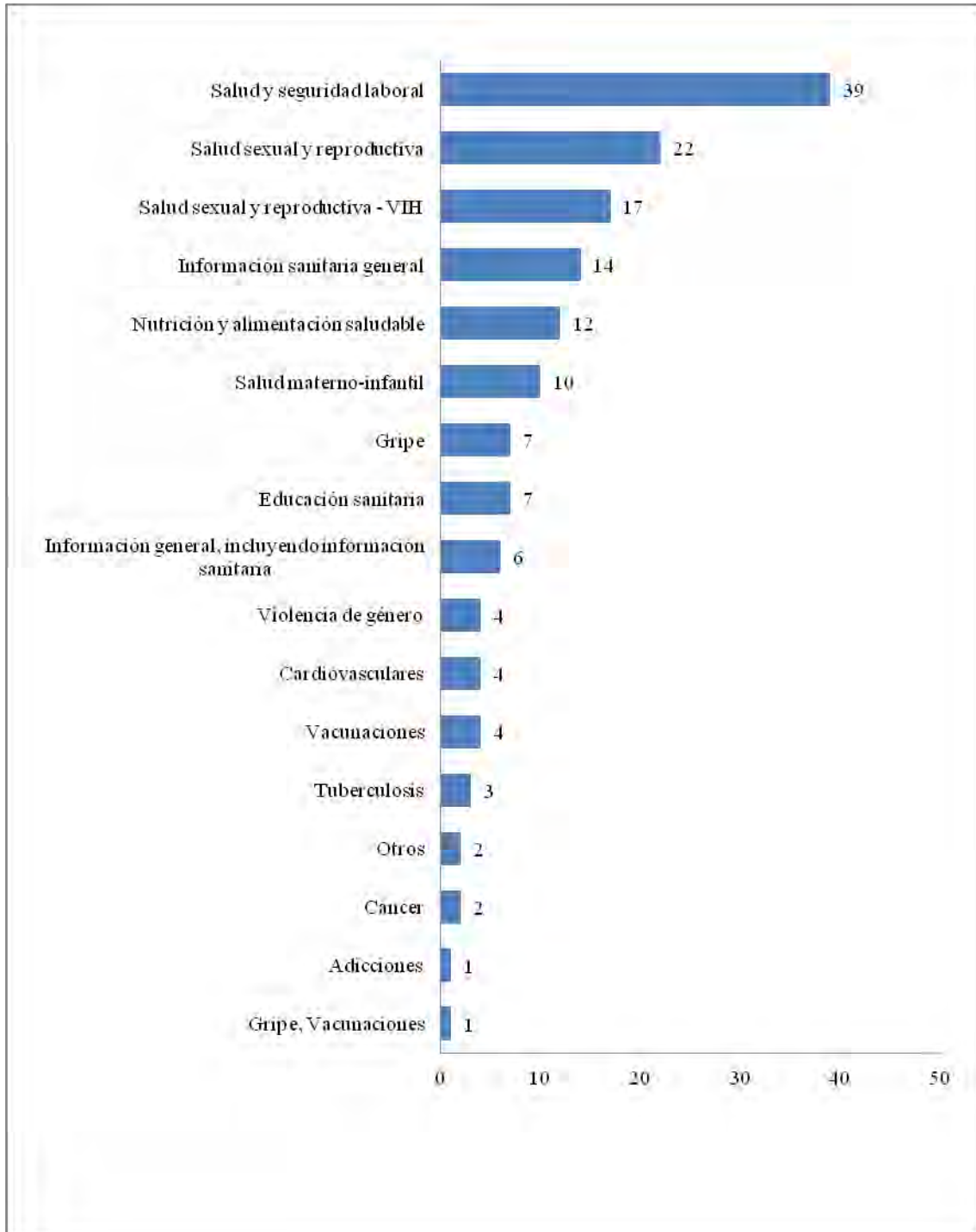


Gráfico III. Temática de los materiales analizados. Fuente: Elaboración propia

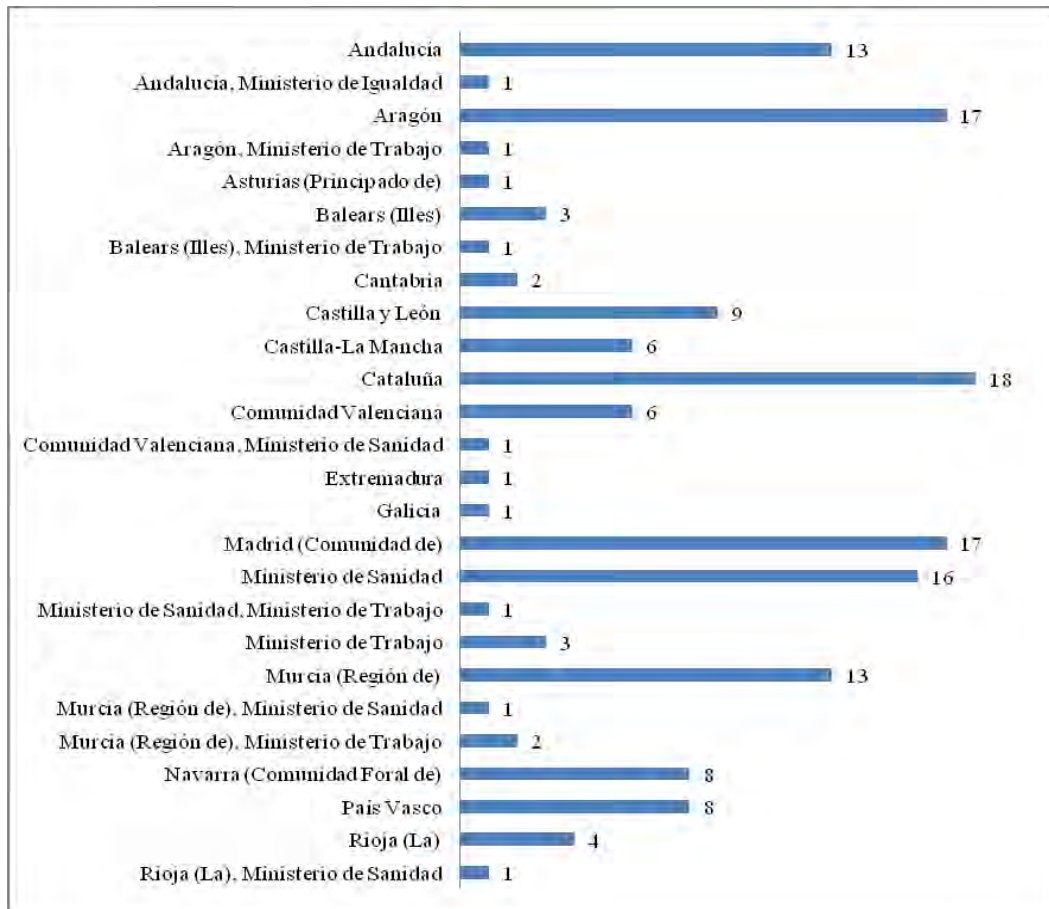


Gráfico IV. Administración responsable de los materiales analizados. Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, son los organismos de sanidad los más activos en la elaboración de estos tipos de materiales, presentes en 99 (63%) de los mismos, en la mayoría de las ocasiones de manera individualizada.

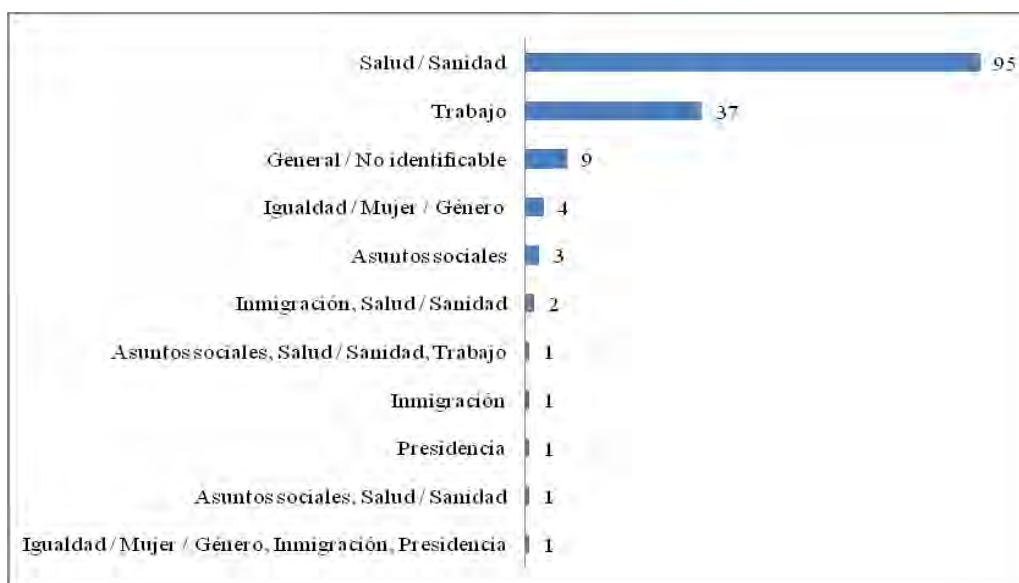


Gráfico V. Materias de trabajo de las Administraciones responsables de los materiales analizados. Fuente: Elaboración propia

Respecto a los formatos de edición de las campañas y materiales, cabe destacar que la mayoría (134 materiales, un 86%) son editados en formato único. No obstante, alrededor de un 14% están editados en varios formatos.

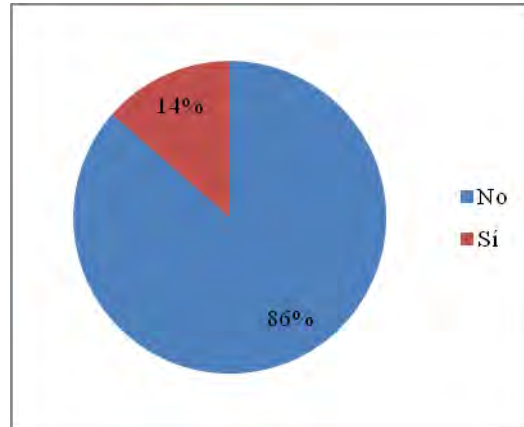


Gráfico VI. Formato de los materiales analizados. Fuente: Elaboración propia

Entre los formatos más frecuentes destacan los folletos (identificados en 100 ocasiones, un 64%), seguidos de las guías/libros (identificados en 33 ocasiones, un 21%) y los carteles (identificados en 21 ocasiones, un 13%). En cuanto a su extensión, cabe destacar que identificamos 91 materiales y/o campañas (55%) en los que se incluye un material impreso de extensión inferior a 14 páginas.

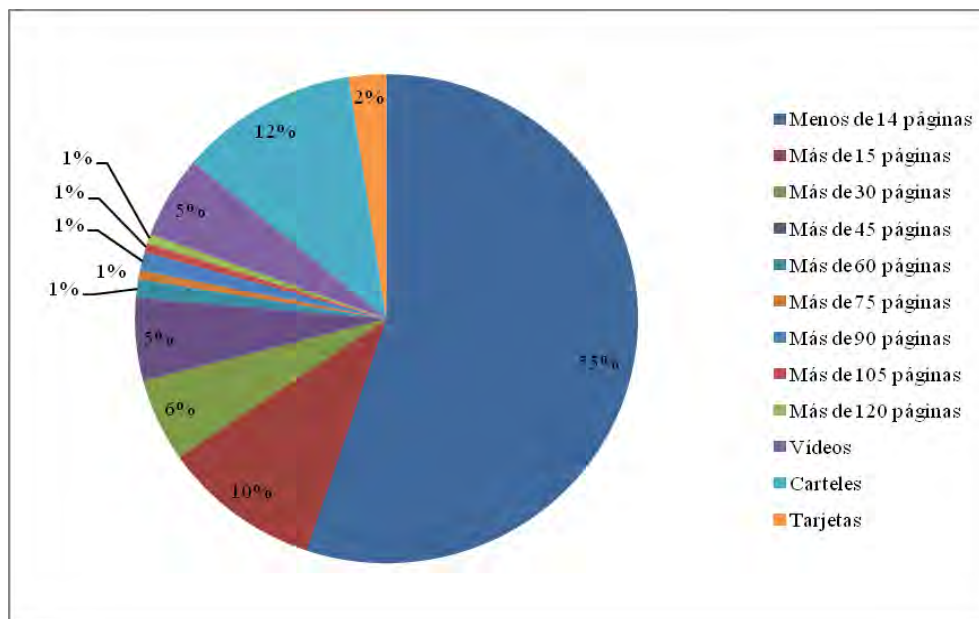


Gráfico VII. Extensión de los materiales analizados. Fuente: Elaboración propia

Discusión

Teniendo en cuenta que el objetivo de este trabajo era realizar una aproximación al origen, desarrollo y características de la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud en España en la primera década del siglo XXI, se desarrollaron una serie de variables básicas de análisis con el fin de recoger la información esencial para la identificación, clasificación y análisis primario de las campañas y materiales recopiladas y analizadas.

En primer lugar, corresponde recordar de nuevo que el análisis se realiza sobre el total de 155 elementos (carteles, dípticos y/o campañas) identificados y recopilados y que cumplían con los criterios de inclusión identificados (fueron editados por la Administración Central o Autonómica, estaban dirigidos específicamente a la población inmigrante, trataban cuestiones de salud y estaban editados entre enero de 2000 y diciembre de 2010).

Existen trabajos empíricos originales publicados similares al nuestro que se han desarrollado sobre una muestra estratégica y, en muchas ocasiones, limitada. Entre ellos destacamos los trabajos de Masset (1996), realizado sobre una muestra de 26 materiales; Guidry et al. (1996-1999), que analizaron 106; Mohrmann et al. (2000), que estudiaron 61; Friedman y Hoffman-Goetz (2006), que recopilaron y analizaron 27 artículos de prensa; Friedman y Kao (2008), que analizaron 70 páginas web; Rees, Ford, y Sheard (2003), que recopilaron y analizaron 31 materiales; Weintraub et al. (2004), que trabajaron con 29; Hoffmann y McKenna (2005), con 18; Wallace et al. (2006), que identificaron y analizaron 37; Shieh y Hosei (2008), que limitaron su análisis a 15; Helitzer et al. (2009), que analizaron 69 materiales; Ryan et al. (2014), un total de 97; y Jahan et al. (2014), que manejaron una muestra de 110 unidades de análisis. Además, en nuestro contexto, podríamos destacar el trabajo de Izquierdo (2004), sobre la representatividad de la raza en la publicidad y que se realizó sobre un total de 195 anuncios distintos identificados en el período 1997-2003.

Por tanto, una de las primeras reflexiones a destacar se refiere a la cantidad de materiales recopilados y analizados. Puesto que el objetivo aquí fue realizar una aproximación al origen, desarrollo y características de la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud en España en la primera década del siglo XXI, se realizó un esfuerzo en la sistematización y recogida, lo que constató las dificultades de localización y recogida de los mismos. Por otra parte, el elevado número de duplicados (un total de 60) encontrados durante la fase de depuración del corpus, permite concluir que realmente el número de materiales identificados, recopilados y analizados, debe aproximarse de manera muy cercana al total existente. Por tanto, en línea con las reflexiones de Izquierdo (2004), puede destacarse una presencia relativamente baja de carteles, dípticos y campañas elaborados por la Administración dirigidos a inmigrantes.

Vista esta primera reflexión, cabe centrarse en el estudio de la primera variable de análisis: criterio de inclusión. Esta variable permite una primera aproximación a un criterio de adaptación cultural, que se refiere al nivel de adaptación del texto e imagen con el público objetivo, tal y como han defendido numerosos autores previamente, entre ellos Masset (1996), Guidry et al. (1996-1999), y Doak, Doak y Root (1996).

Cabe recordar que la mayoría de la muestra fue incluida por estar traducida a algún idioma extranjero, aunque no hacían referencia ni explícita (en texto) ni implícita (en imagen) al inmigrante como público objetivo. Aunque en principio el hecho de encontrar materiales traducidos a algún idioma extranjero parece un dato a favor de la adaptación cultural de los mismos, y es una recomendación prácticamente unánime entre los autores revisados, cabría destacar la mención explícita del público objetivo también como variable relevante. Este elemento de adaptación ha sido puesto en alza, por ejemplo, por Friedman y Hoffman-Goetz (2006b), que analizaron la mención directa o indirecta del público objetivo como primera variable de aproximación a la adaptación cultural.

Estos resultados son coherentes con los encontrados, por ejemplo, con Masset (1996), que halló entre los materiales analizados, una mayoría de elementos acordes con la adaptación cultural, tales como la traducción de los textos, pero toda la muestra que ella analizó fallaba en los componentes esenciales para conseguir un mayor impacto en la población objetivo, por ejemplo, muchos productos no incluían imágenes de mujeres hispanas. Guidry et al. (1996-1999) encontraron en su evaluación de 106 elementos que la mayoría de ellos (56.2%) no estaban adaptados culturalmente. La adaptación cultural del mensaje visual (o imagen) fue el elemento más débil. Coincidieron, por tanto, con Masset (1996) en destacar y recomendar específicamente una adaptación del elemento visual, imágenes y fotografías en los materiales dirigidos a minorías (Masset 1996: 240, Guidry et al. 1999: 296).

En lo que se refiere a la fuente, cabe destacar el hecho de que la muestra analizada se determinó fundamentalmente a partir de repositorios y centros de documentación, muchos de ellos en línea y de carácter oficial. La necesidad de contar con repositorios de este tipo de documentación ha sido señalada como una demanda entre algunos autores. En concreto, Sandín, Ríó y Larraz (2012) que incidieron en la dificultad de recopilar este tipo de materiales, puesto que a pesar de que Internet podría ser un medio de información y difusión importante de este tipo de documentación, en realidad el grado de acceso a este tipo de recursos es escaso, pues en numerosas ocasiones o no se encuentran digitalizados o no están alojados en webs de acceso abierto, lo que en definitiva se suma a la dificultad de identificación y recopilación por encontrarse desordenados y dispersos en la Red. De hecho, esta dificultad ya fue constatada durante el desarrollo de este trabajo, al reconocer que la dispersión tanto geográfica como temática de las Administraciones responsables del tipo de materiales aquí analizados obligó a desarrollar una estrategia de búsqueda específica.

Por otra parte, y en relación con los medios indirectos (es decir, sin posibilidad de contacto directo con los responsables de su elaboración) a través de los cuales se recopiló la muestra, se encontró

una falta de información sobre el año de edición en una parte importante de los mismos. La falta de información sobre este aspecto también es frecuente en revisiones anteriores, como la de Mohrmann et al. (2000), que señalaron falta de información sobre este aspecto en el 18% de su muestra y Rees et al. (2003), que señalaron ausencia de conocimiento sobre la fecha de publicación del 26% de su muestra. La necesidad de conocer la actualidad de la información sobre salud recogida en este tipo de productos es puesta en alza por numerosas guías de evaluación de la calidad de los materiales sobre salud dirigidos a pacientes, y es una recomendación incluida, por ejemplo, por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos en sus guías de evaluación de la calidad de la información sobre la salud (NIH, 2015), entre otros.

A pesar de esta falta de información, los datos disponibles permiten observar, no obstante, una tendencia creciente en el número de publicaciones, sobre todo a partir de 2005, hecho que es coherente con el incremento del número de inmigrantes a partir de esa fecha. De hecho, el INE señala que los incrementos más significativos en las variaciones interanuales de población extranjera sobre la española se produjeron en 2005 y 2008, cuando el crecimiento en términos absolutos de personas extranjeras empadronadas superó las 900.000 personas.

Respecto a la temática, se observa un peso importante del tema salud sexual y reproductiva, en especial sobre VIH, junto con el tema salud y seguridad laboral. Además, si a la temática salud sexual y reproductiva le añadimos la relacionada con la salud materno-infantil, encontramos un primer grupo de materiales a destacar. Cabe señalar, por tanto, que las temáticas más representadas coinciden en cierta manera con algunas prioridades señaladas por revisiones anteriores, como las de Valtueña (2000) y Jansà y Olalla (2004), que resumían los principales temas de preocupación respecto a los aspectos sanitarios de las personas inmigrantes en España.

Jansà y Olalla (2004) encontraron que del análisis de la utilización de los servicios de salud se desprendía la elevada frecuentación de los servicios de ginecología-obstetricia y pediatría por parte de la población inmigrante. Además, en lo que respecta a la tasa de natalidad de madres extranjeras, el INE señala que ésta es siempre superior a la de las españolas en todo el período estudiado.

Valtueña (2000) señalaba que los aspectos a tener en cuenta iban desde las enfermedades importadas de sus países de origen a las adquiridas en su permanencia en España, especialmente los accidentes laborales. Puede constatarse, en esta línea, una importante representación de materiales sobre salud y seguridad laboral entre los que se analizaron. Dos ejemplos de las temáticas más representadas se muestran en las imágenes I y II, que muestran cómo la temática principal es la salud sexual y reproductiva, así como la salud y seguridad laboral, respectivamente.

Además, coincide también el tercer tema por orden de importancia encontrado en el análisis con otra de las recomendaciones de los autores revisados. Valtueña (2000) recomendó específicamente la

educación sanitaria, incluyendo información sobre la correcta utilización de los servicios sanitarios españoles.

No obstante existen algunas prioridades que reciben escasa o ninguna atención. Valtueña (2000) también señalaba la importancia de la patología de adaptación, manifestada frecuentemente en forma de trastorno psíquico. Esta preocupación, señalada recurrentemente en las revisiones sobre la situación socio-sanitaria de los inmigrantes, está infrarrepresentada entre los materiales analizados. De hecho, el tema de la salud mental, cuando abordado, aparece como parte del abordaje de una variedad de cuestiones, entre ellas, derechos y deberes de las personas inmigrantes. No se encontró, no obstante, ningún producto cuyo tema central sea el abordaje de la salud mental.

Lo mismo ocurre con otras enfermedades, por ejemplo, tuberculosis y algunas enfermedades parasitarias (chagas, malaria). Es relevante la escasa representación de la primera temática y la inexistencia de productos elaborados por la Administración Central o Autonómica que aborden alguna de las otras enfermedades parasitarias señaladas, a pesar de que algunas revisiones, como la de Jansà y Olalla (2004), hicieran especial hincapié en la tuberculosis como área de atención en la salud de las personas inmigrantes.

Por último, otras recomendaciones incluyeron la salud bucodental y las coberturas vacunales (Valtueña, 2000), también infrarrepresentadas entre la muestra analizada. Solo se encontró un material que abordase el primer tema, incluido en el epígrafe “educación sanitaria”.

Por tanto, un primer aspecto referente al origen, desarrollo y características de la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud en España en la primera década del siglo XXI tiene que ver con la necesaria coincidencia de los temas abordados con las prioridades encontradas a nivel socio-sanitario.

En cuanto a las Administraciones responsables de los materiales, destaca que en lo que se refiere a las Administraciones Autonómicas más representadas en la muestra (Madrid, Cataluña, Murcia, Andalucía y Aragón), algunas de ellas coinciden, así mismo, con aquellas Comunidades Autónomas que más número de inmigrantes registran, según datos del INE. Cabe señalar, no obstante, que el hecho de que algunas Comunidades tengan una representatividad tan baja puede deberse, no solo a la ausencia de elaboración de productos de este tipo, sino también a la tal vez escasa respuesta a las peticiones de información realizadas durante la fase de trabajo de campo.

Por otra parte, analizando los organismos involucrados, puede deducirse que la relación entre temática del material y materia del organismo responsable es coherente, siendo los organismos responsables de temas laborales los que elaboran campañas de salud y seguridad laboral, y los organismos responsables de cuestiones de igualdad, mujer o género, los responsables de campañas sobre violencia de género, por ejemplo.

Respecto a los formatos, cabe señalar que solo una pequeña parte (un 14%) están editados en varios formatos, lo que puede clasificarse, por tanto, como el primer subgrupo de campañas, y que tal y como ya se ha señalado, se refiere al subconjunto de productos que hacen uso de una variedad de formatos para la transmisión de un mismo mensaje, con la misma creatividad, adaptada a los distintos formatos y dirigiéndose a una misma población objetivo.

En este sentido, destaca que abundan sobre todo los folletos, seguidos de las guías/libros y los carteles. Cabría preguntarse si estos tipos de formato son adecuados para alcanzar al tipo de población estudiada. Otros autores, por ejemplo, Helitzer et al. (2009), encontraron que los folletos obtenían en general mejores resultados que el resto de productos en lo que respecta a la adaptación cultural, en especial en lo que se refería a la credibilidad, multiculturalidad y tono positivo del mensaje. No obstante, eran más débiles a la hora de proporcionar resúmenes, mensajes o puntos clave (útiles en el fomento del aprendizaje), así como en la utilización de teorías de la comunicación o del comportamiento. Entre los materiales aquí analizados, cabe destacar que al menos en lo que se refiere a los impresos, la mayoría tienen una extensión inferior a 15 páginas, lo que podría indicar su capacidad para proporcionar información suficiente.

Conclusiones

Se produce un punto de inflexión, a partir del inicio del presente siglo, que marca el inicio del interés creciente de la Administración por la inmigración. Así, comienza a formar parte de las agendas políticas del Gobierno (Márquez Lepe, 2008) y a influir en las estrategias comunicativas del mismo (Martínez Pastor, Gaona Pisonero, Vizcaíno-Laorga, 2008). Puede situarse, por tanto, el origen de la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud en España a finales de los años noventa del pasado siglo y los primeros años del siglo XXI.

El desarrollo de este tipo de comunicación se produce sobre todo a partir de 2005, cuando puede constatarse un incremento en el número de publicaciones. No obstante, el número de publicaciones elaboradas puede considerarse durante el período de estudio aún insuficiente.

En lo que se refiere al desarrollo en las distintas Comunidades Autónomas, puede constatarse que existe un mayor interés por desarrollar este tipo de materiales en aquellas Administraciones autonómicas que mayor número de inmigrantes registran, entre ellas Madrid, Cataluña, Murcia, Andalucía y Aragón.

Por otra parte, destaca la coincidencia de los temas abordados en los materiales analizados con algunas de las prioridades encontradas a nivel socio-sanitario, en especial, la salud sexual y reproductiva y la salud laboral. No obstante, es destacable que otras de las prioridades destacadas,

en especial la salud mental y algunas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, encontraron escasa o nula atención en el tipo de materiales aquí analizados.

Cabe señalar que pese a lo incipiente de esta investigación, se trata de una de las primeras que analiza la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud (CIIS) que se lleva cabo en España. Se trata, por tanto, de un importante avance en el interés por evaluar este tipo de comunicación.



Imagen I: Material cuya temática principal es la salud sexual y reproductiva. Responsable: Generalitat Valenciana



Imagen II: Material cuya temática principal es la salud y seguridad laboral. Responsable: Generalitat de Catalunya

Referencias bibliográficas

- Alsina, M.R. (1997). Elementos para una comunicación intercultural. *Revista Cidobd'AfersInternacionals*. 36, p. 11-21.
- Alsina, M. R. (1999). *La Comunicación intercultural*. Barcelona: Anthropos Editorial. 270 p.
- Alvarado López, M.C. (2003). *La publicidad social, una modalidad emergente de comunicación*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Sin editar.
- Bardin, L. (1996). *El análisis de contenido*. 2a ed. Madrid, Akal, 183 p.
- Borrell, C.; Díez, E.; Morrison, J.; Camprubí, L. (2012) Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas [en línea]. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities. [Último acceso 1 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/equidad_salud_urbana.pdf
- Cortés González, A. (2011). *La publicidad institucional en España. Una década en perspectiva*. *Razón y palabra*. 75, ISSN-e 1605-4806
- Cuesta, U., Menéndez, T. y García, M.L., (2008). *Comunicación social y salud: Un nuevo planteamiento estratégico*. En: Cuesta, U., Ugarte, A. y Menéndez, T. (Coords): *Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.
- Friedman, D.B. y Hoffman-Goetz, L. (2006). Assessment of cultural sensitivity of cancer information in ethnic print media. *Journal of Health Communication*. 2006b. 11 (4). p.425-447.
- Friedman, D.B. y Kao, E.K. (2008). A comprehensive assessment of the difficulty level and cultural sensitivity of online cancer prevention resources for older minority men. *Preventing Chronic Disease* [en línea]. 5 (1). [Último acceso 14 de octubre de 2015], Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0146.htm
- Gaona Pisonero, C.; Martínez Pastor, E. y Vizcaíno-Laorga, R. (2011). *Comunicación institucional-intercultural en el espacio público madrileño: una nueva categoría socio- antropológica en construcción*. *BARATARIA Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales* [en línea]. 12, p. 37-46. [Último acceso 14 de octubre de 2015], Disponible en: <http://revistabarataria.es/ojs/index.php/Barataria/article/view/60>. ISSN: 1575-0825, e-ISSN: 2172-3184
- Gaona Pisonero, C.; Martínez Pastor, E. y Vizcaíno-Laorga, R. (2011). *Comunicación institucional-intercultural en el espacio público madrileño: una nueva categoría socio- antropológica en construcción*. *BARATARIA Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales* [en línea]. 12, p. 37-46. [Último acceso 14 de octubre de 2015], Disponible en: <http://revistabarataria.es/ojs/index.php/Barataria/article/view/60>. ISSN: 1575-0825, e-ISSN: 2172-3184
- Gudykunst, W. B. y Ting-Toomey, S. (1988). *Culture and Interpersonal Communication*. London: Sage.
- Guidry, J.J. y Walker, M. (1999). Assessing Cultural Sensitivity in Printed Cancer Materials. *Cancer Practice*. 7 (6). p. 291-296.

- Guidry, J.J.; Fagan, P y Walker, V. (1998). Cultural sensitivity and readability of breast and prostate printed cancer education materials targeting African Americans". *Journal of the National Medical Association*. 90. p.165–169.
- Guidry, J.J.; Larke, P.; Walker, V.D.; Fagan, P.; Mcdowell, T. y Cormeaux, S. (1996). Cancer prevention materials for African-Americans: cultural sensitivity assessment tool manual [en línea]. Disponible en: <http://www.texas-cancer.info/pcemat/titlepage.html>
- Helitzer, D.; Hollis, C.; Cotner, J y Oestreich, N.(2009). Health literacy demands of written health information materials: an assessment of cervical cancer prevention materials. *Cancer Control*. 16 (1). p. 70-78.
- Hoffman, T. y McKenna, K.(2006). Analysis of stroke patients' and carers' reading ability and the content and design of written materials: recommendations for improving written stroke information. *Patient Education and Counseling*. 60 (3). p 286-93.
- INE. Demografía y población [en línea]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspop.htm. [Consulta: 01 de marzo de 2015]
- Izquierdo Irazo, P. (2004). Representación de la raza en la publicidad: análisis de "El País Semanal, 1997-2003. Tesis leída en la Universidad Complutense de Madrid.
- Jahan, S.; Alsaigul, A.M.; Alharbi, A.M. y Abdelgadir, M.H. (2014). Suitability assessment of health education brochures in Qassim province, Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*. 21 (39). p. 186-192.
- Jansà, J.M. (1998). Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública". *Revista Española de Salud Pública* [en línea]. 72 (3). p.165-168. [Último acceso 1 de octubre de 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000300001&lng=es&nrm=iso.
- Márquez Lepe, E. (2008). Evolución histórica de los discursos políticos sobre inmigración en España: representaciones y contextos". En: Checa y Olmos, F. (ed.): *La inmigración sale a la calle*. Barcelona: Icaria. p.83-122.
- Martínez Pastor, E. (2009). Los mensajes publicitarios analizados desde la comunicación y el derecho. Madrid: Universitas.
- Martínez Pastor, E.; Gaona Pisonero, C. y Vizcaíno-Laorga, R. (2008). *Comunicación Institucional Intercultural. Los CEPI, una iniciativa de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Observatorio de las Realidades Sociales y de la Comunicación.
- Masset, H.A. (1996). Appropriateness of Hispanic print materials: a content analysis". *Health Education Research*. 11
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en salud mental. Hacia la equidad en salud [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad. [Último acceso 1 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Competencia>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Sistema Nacional de Salud [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Último acceso 1 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012.pdf>
- Mohrmann, C.C.; Coleman, E.A.; Coon, S.K.; Lord, J.E.; Heard, J.K.; Cantrell, M.J. y Burks, E.C. (2000). An analysis of printed breast cancer information for African American women". *Journal of Cancer Education*. 15 (1). p. 23-27.
- Moragas Spà, M. (2005). Publicidad institucional: comunicación y civismo. *Barcelona Metròpolis Mediterrànea*. 6, p. 72
- NIH, Evaluating Health Information [en línea]. NIH, 2015. [Último acceso 1 de octubre de 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/evaluatinghealthinformation.html>
- Oliva, J. y Pérez, G. (2009). Inmigración y Salud. *Gaceta Sanitaria* [en línea]. núm. 23, supl.1, p. 1-3. . [Último acceso 1 de octubre de 2015]. Disponible en. <http://www.gacetasanitaria.org/es/inmigracion-salud/articulo/S0213911109003392/>. [Consulta: 01 de marzo de 2015].
- Rees, C.E.; Ford, J.E. y Sheard, C.E. (2003). Patient information leaflets for prostate cancer: which leaflets should healthcare professionals recommend?. *Patient Education and Counseling*. 49 (3). p. 263-272.
- Ronda-Pérez, E.; Ortiz-Barreda, G.; Hernando, C.; Vivescases, C.; Gil-González, D.; y Casabona, J. (2014). Características generales de los artículos originales incluidos en las revisiones bibliográficas sobre salud e inmigración en España". *Revista Española de Salud Pública* [en línea]. vol.88, núm. 6, p. 675-685. [Último acceso 1 de octubre de 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600002&lng=es&nrm=iso.
- Ryan, L.; Logsdon, C.; McGill, S.; Stikes, R.; Senior, B.; Helinger, B.; Small, B. y Winders, D.S. (2014). Evaluation of Printed Health Education Materials for Use by Low-Education Families". *Journal of Nursing Scholarship*. 46 (4). p. 218-228.
- Sandín Vázquez, M.; Río Sánchez, I. y Larraz Antón, R. (2012). Diseño de un catálogo de recursos online para la mejora de la comunicación sanitario - paciente inmigrante". *Revista Española de Comunicación en Salud* [en línea]. 3 (19). p. 38-47. [Último acceso 15 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.aecs.es/revista_3_1.html. ISSN-e 1989-9882
- Shieh, C. y Hosei, B. (2008). Printed Health Information Materials: Evaluation of Readability and Suitability". *Journal of Community Health Nursing*. 25. p. 73-90.
- Thiede, M. (2008). Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note". *Fórum*. 24. p. 1168-1173.
- Thomas, R. K. (2006). *Health Communication*. New York: Springer.
- Valtueña, O. (2000). Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España. *Migraciones*. 8. p. 231-249.
- Wallace, L.S.; Rogers, E.S.; Turner L.W.; Keenum A.J. y Weiss, B.D. (2006). Suitability of written supplemental materials available on the Internet for nonprescription medications. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 63 (1). p. 71-78.

Weintraub, D.; Maliski, S.L.; Fink, A.; Choe, S. y Litwin, M.S. (2004). Suitability of prostate cancer education materials: applying a standardized assessment tool to currently available materials. *Patient Education and Counseling*.55 (2).p.275–280.