REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD
2026, v. 17, n. 2, 189-201
https://doi.org/10.20318/recs.2026.9960

Revisiones

Desafíos y oportunidades de la Mediación Intercultural en Sanidad: una revisión bibliográfica.

Challenges and opportunities of Intercultural Mediation in Health: a bibliographic review.

Rocío Ruiz Hernández[a], Montserrat Monserrat Hernández[a], Ángeles Arjona Garrido[a]

[a] Departamento de Geografía, Historia y Humanidades. Universidad de Almería

Resumen

Introducción: La mediación intercultural en el ámbito sanitario es una herramienta clave para mejorar la equidad y calidad de la atención en contextos multiculturales. **Objetivo**: Analizar los principales retos y fortalezas que resultan de esta profesión, teniendo en cuenta los diversos desafíos que enfrenta en la actualidad; tales como, los prejuicios, las barreras lingüísticas y culturales, la escasez de recursos, los dilemas éticos y la falta de formación y reconocimiento profesional. **Métodos**: Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de Scopus, Web of Science, PubMed y Google Académico en base a una serie de palabras claves previamente concretadas. **Resultados**: Los resultados muestran que esta práctica favorece una atención más inclusiva y centrada en el paciente, mejora la comunicación y la confianza entre profesionales sanitarios-pacientes y reduce las desigualdades en salud. Además, fortalece la cohesión social al adaptar los servicios sanitarios a las necesidades de una población cada vez más diversa. **Conclusiones**: La mediación intercultural se presenta como una estrategia esencial para responder a los retos actuales del sistema sanitario en sociedades multiculturales.

Palabras clave: Comunicación en salud; migración; mediación; interculturalidad; sanidad; atención sanitaria.

Abstract

Introduction: Intercultural mediation in the healthcare sector is a key tool for improving equity and quality of care in multicultural contexts. **Objective**: To analyze the main challenges and strengths of this profession, taking into account the various challenges it currently faces, such as prejudice, language and cultural barriers, lack of resources, ethical dilemmas, and insufficient training and professional recognition. **Methods**: A literature review was conducted using the Scopus, Web of Science, PubMed, and Google Scholar databases, based on a set of previously defined keywords. **Results**: The results show that this practice promotes more inclusive and patient-centered care, improves communication and trust between healthcare professionals and patients, and reduces health inequalities. Additionally, it strengthens social cohesion by adapting healthcare services to the needs of an increasingly diverse population. **Conclusions**: Intercultural mediation emerges as an essential strategy for addressing the current challenges facing healthcare systems in multicultural societies.

Keywords: Health communication; migration; mediation; interculturality; health; healthcare.

CONTACTO: Rocío Ruiz Hernández rocio.rh5@gmail.com

Fecha de envío: 19/12/2025
Fecha de aceptación:29/04/2026

Introducción

La mediación intercultural se define como un proceso de intervención que busca mejorar la comunicación y la convivencia entre grupos culturalmente diversos (Giménez, 1997; Alcaraz et al., 2014). Se trata de un proceso profesional que promueve una relación terapéutica satisfactoria entre personas de diversa procedencia cultural y profesionales de la salud, por medio de una comunicación y entendimiento recíproco, con el fin de mejorar la calidad asistencial y promover una atención sanitaria centrada en la persona. En el ámbito sanitario, esta mediación facilita la relación entre profesionales de la salud y pacientesa través de la traducción lingüística y la interpretación de valores y creencias que influyen en la percepción de la salud y la enfermedad (Guerrero, 2012; Verrept, 2019). Las disparidades raciales y étnicas en la atención médica siguen siendo un indicador de desigualdad en la calidad sanitaria (Betancourt, Corbett & Bondaryk, 2014). Según la OMS, las diferencias culturales pueden generar desconfianza y limitar el acceso equitativo a los servicios de salud (Verrept, 2019). Aquí, estrategias como la identificación de expectativas y la sensibilización intercultural promueven una atención más inclusiva (Alcouffe et al., 2024). Destacando la importancia de tener en cuenta la diversidad y el incremento de las necesidades surgidas en un escenario cada vez más heterogéneo, asegurando el mismo nivel de acceso y utilización de los servicios públicos para toda la ciudadanía.

En las últimas décadas, la mediación intercultural ha cobrado gran relevancia en el ámbito sanitario, especialmente en países como España, donde el aumento de la población migrante ha generado importantes transformaciones en el sistema de salud (Degrie, Gastmans, Mahieu, Dierckx de Casterlé, & Denier, 2017). Este cambio ha requerido una adaptación tanto estructural como legal. La Ley General de Sanidad de 1986 marcó un hito al reconocer el derecho a la sanidad universal, mientras que la reforma de 2012 reforzó este acceso, garantizándolo para todas las personas residentes en España, independientemente de su situación administrativa.

A pesar de estos avances, persisten barreras lingüísticas, culturales y sociales que dificultan el acceso equitativo a la atención médica (Aguilar, Bleda & Centelles, 2019). Factores como las creencias culturales sobre la salud, el miedo a represalias legales o el desconocimiento del sistema sanitario afectan en la decisión de cuándo y cómo acudir a los servicios médicos. Estas diferencias también influyen en la relación médico-paciente, la adherencia a tratamientos y la detección precoz de enfermedades (Priebe et al., 2011).

Para garantizar una atención sanitaria inclusiva, es fundamental adoptar un enfoque que valore la diversidad cultural en los procesos de salud-enfermedad-atención (Fernández-Rufete & Rigaudy, 2009). Integrando la perspectiva de género de forma interseccional, puesto que funciona como determinante social al estructurar desigualdades sociales que influyen directamente en las condiciones de vida, la exposición a riesgos, el acceso a recursos y la atención sanitaria que recibe la ciudadanía. Estas desigualdades se intensifican cuando el género interactúa con otros determinantes sociales como la clase social, la etnicidad o la situación migratoria, lo que repercute en resultados de salud desiguales y evitables (Pérez-Urdiales et al., 2019).

Así, la mediación intercultural se presenta como una herramienta clave para superar estas barreras, facilitando la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud, promoviendo un enfoque centrado en el paciente y contribuyendo a la prevención de conflictos mediante la interpretación de demandas y la promoción de derechos (Guerrero, 2012). Además, fortalece la capacitación del personal sanitario, dotándolo de habilidades para atender íntegramente y de manera efectiva a pacientes de distintos contextos culturales (Chiarenza et al. 2019; Degrie et al., 2017).

En definitiva, la mediación intercultural mejora la relación entre paciente y profesional, fomenta una atención equitativa y accesible, y contribuye a reducir las disparidades en salud (Betancourt, Corbett & Bondaryk, 2014; Verrept, 2019). Siendo su papel principal servir como vía de entendimiento para mejorar la calidad de vida, tanto de sus pacientes como de sus profesionales sanitarios, incluso desde una perspectiva preventiva (Rúa, 2015).

Sin embargo, pese al reconocimiento de su utilidad, se detecta un problema de investigación latente: la existencia de barreras estructurales que merman la calidad sanitaria entre la población migrante, abocándolos a un peor estado de salud; así como la presencia de trabas en la propia práctica de la mediación que reducen su potencial impacto en la equidad asistencial. Por todo ello, y con el fin de analizar dicha problemática, este estudio plantea las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los principales desafíos y oportunidades de la mediación intercultural en sanidad? ¿Cómo impacta esta figura en el acceso y calidad de la atención a poblaciones vulnerables?

Para dar respuesta a estos interrogantes y guiar el análisis de la literatura, este estudio parte de dos hipótesis problematizadoras:

- **H1**: La falta de institucionalización, protocolos unificados y reconocimiento profesional de la figura de la mediación intercultural merma su potencial impacto, perpetuando barreras estructurales (lingüísticas, culturales y de recursos) en el acceso a la sanidad.
- **H2:** La práctica de la mediación intercultural trasciende la mera traducción lingüística, de modo que su integración formal en el sistema sanitario impacta directa y positivamente en la calidad asistencial, promoviendo la equidad, la confianza y la reducción de desigualdades en poblaciones vulnerables.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica con enfoque descriptivo y comparativo centrada principalmente en publicaciones de los últimos diez años. Se incorporó asimismo literatura previa cuando resultó pertinente para contextualizar el objeto de estudio y responder a los objetivos planteados. La búsqueda se desarrolló entre octubre y diciembre de 2024 en las bases de datos Web of Science, PubMed/MEDLINE, Scopus y Google Scholar.

En definitiva, la mediación intercultural mejora la relación entre paciente y profesional, fomenta una atención equitativa y accesible, y contribuye a reducir las disparidades en salud

Inicialmente se priorizaron publicaciones indexadas en Journal Citation Reports (JCR) o Scimago Journal & Country Rank (SJR); sin embargo, ante la limitada producción científica específica sobre mediación intercultural sanitaria, se amplió la búsqueda a Google Scholar. El objetivo fue reducir el sesgo de publicación y recuperar literatura académica complementaria.

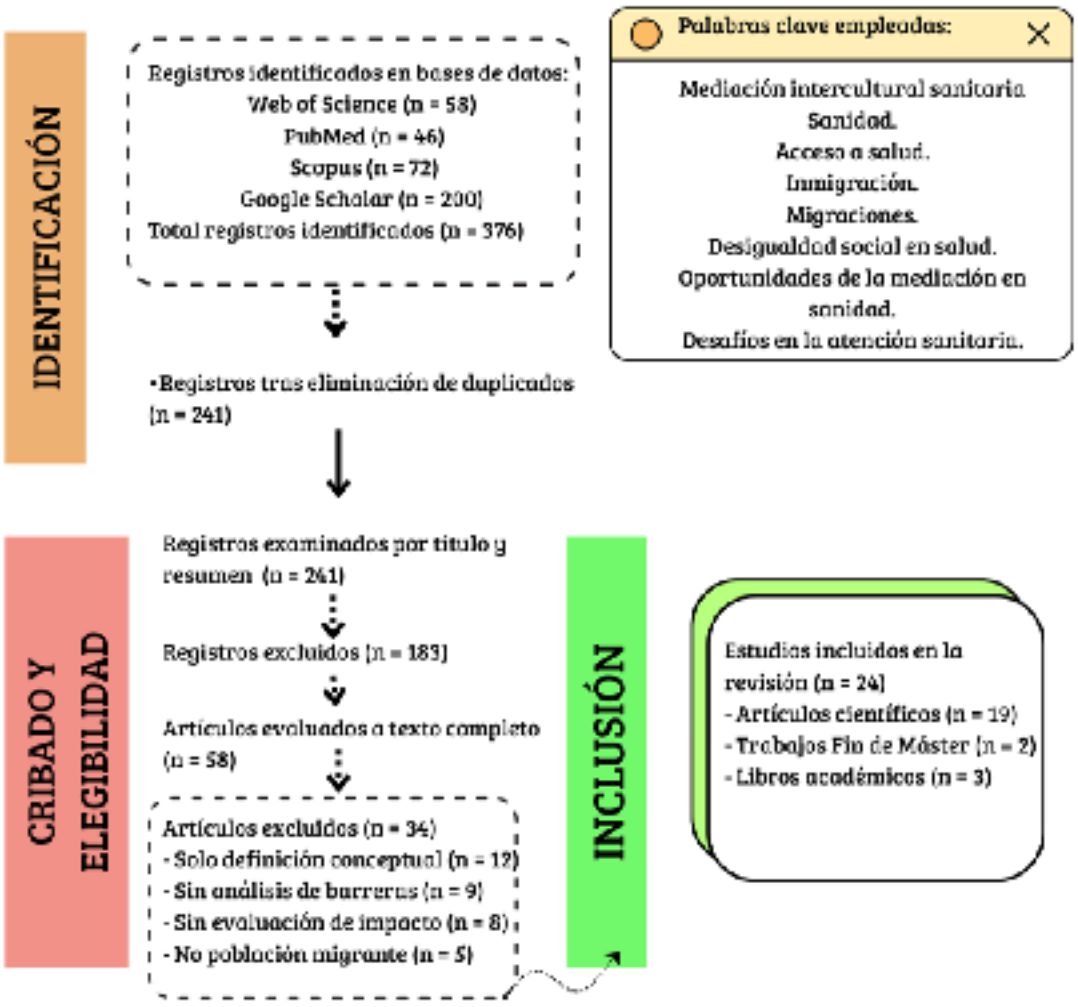
La búsqueda se ejecutó de forma definitiva el día 12 de diciembre de 2024. Para garantizar la replicabilidad del estudio, se aplicaron las siguientes ecuaciones de búsqueda exactas adaptadas a cada base de datos:

- **Scopus**: (TITLE-ABS-KEY(“intercultural mediation” OR “cultural mediation”) AND TITLE-ABS-KEY(“health*” OR “healthcare”)) obteniendo [72] resultados.*
- **Web of Science**: (TS=(“intercultural mediation” OR “cultural mediation”) AND TS=(“health*” OR “healthcare”)) obteniendo [58] resultados.*
- **PubMed**: (“intercultural mediation”[Title/Abstract] OR “cultural mediation”[Title/Abstract]) AND (“health”[Title/Abstract] OR “healthcare”[Title/Abstract]) obteniendo [46] resultados.*
- **Google Scholar**: (“mediación intercultural” AND “sanidad”) obteniendo [200] resultados relevantes.*

En la búsqueda inicial se identificaron un total de 376 registros (Scopus=72; WoS=58; PubMed=46; Scholar=200). Tras la eliminación de duplicados, se obtuvieron 241 documentos únicos, que fueron sometidos a un proceso de cribado por título y resumen, excluyéndose 183 por no ajustarse a los criterios temáticos establecidos.

Posteriormente, se evaluaron 58 textos completos para determinar su elegibilidad. Se excluyeron 34 estudios por presentar un enfoque exclusivamente conceptual, no abordar barreras sanitarias, no analizar el impacto de la mediación intercultural o no centrarse en población migrante. La muestra final quedó compuesta por 24 estudios (19 artículos científicos, 2 trabajos fin de máster y 3 libros académicos). El proceso de selección se presenta mediante el siguiente diagrama de flujo PRISMA.

Gráfico 1. Diagrama flujo de Prisma.



Fuente: Elaboración propia

Los estudios incluidos fueron analizados atendiendo a su nivel de relevancia respecto a los objetivos de investigación (0 = no pertinente; 1 = pertinente; 2 = relevante). Se seleccionaron aquellos que abordaban: (1) la definición de mediación intercultural sanitaria; (2) los obstáculos o barreras en la atención sanitaria a población migrante; y (3) los beneficios e impacto de la mediación en la relación asistencial. La síntesis de resultados se realizó de forma narrativa, dada la heterogeneidad metodológica de los trabajos incluidos.

Tabla 1. Muestra de artículos analizados

Cód. Art.	Referencia	Def. MIS	Problemática/ Barreras MIS	Experiencias MIS	Bº MIS	Rol MIS
A01	Aguilar, M., Bleda, J. & Centelles, C. (2019).			X		
A02	Alcaraz, M. et al. (2014)	X	X			
A03	Alcouffe, L. et al. (2024)	X			X	X
A04	Antonin, M. (2013).	X	X		X	X
A05	Betancourt, J., Corbett, J. & Bondaryk, M. (2014).		X			
A06	Chiarenza, A. et al. (2019)		X			
A07	Degrie, L. et al. (2017)		X			X
A08	Fernández-Rufete, J. & Rigaudy, C. (2009).	X	X		X	X
A09	Fernández, P. (2024)		X	X	X	
A10	Guerrero, C. (2012)	X				X
A11	Krieger, N. (2020).		X			
A12	Lachal, J. et al. (2019)				X	X
A13	Marek, E. & Németh, T. (2020).	X	X		X	X
A14	Menéndez, E. (2018)		X			
A15	Ministerio de Inclusión, SS.SS. y Migraciones (2022)		X			
A16	Pérez-Urdiales, J., Goicolea, I., Sebastián, M.S., Irazusta, A. & Linander, I. (2019)		X	X		
A17	Priebe, S. et al. (2011)		X			
A18	Qureshi, A. et al. (2009)		X		X	
A19	Rodríguez, B. (2015)	X	X		X	X
A20	Rúa, R. (2015)	X		X	X	
A21	Segura, M.T., Alaoui, N. & Salas, A. (2023)	X			X	X
A22	Tzogiou, C., Boes, S. & Brunner, B. (2021)		X			
A23	Uzuntaria, E., Ayyildiz, T. & Seval, M. (2024)					X
A24	Verrept, H. (2019)	X	X	X	X	X
TOTAL	**24**	**10**	**17**	**5**	**11**	**11**

Fuente: Elaboración Propia.

Resultados

Se introducen en este apartado los principales desafíos que enfrenta la mediación intercultural en sanidad y que afectan significativamente a la calidad percibida por sus pacientes, con especial énfasis en la población migrante.

Estigmas y prejuicios.

El estigma puede afectar a las poblaciones más vulnerables y está directamente relacionado con sus problemas de salud. La visión de la sociedad sobre la población migrante y las decisiones políticas que se toman, en torno a ello, tienen un impacto directo en su salud (Alcouffe et al. 2024). Chiarenza et al. (2019) indicaban en su estudió que el estigma, la discriminación y el miedo a ser excluidos suele impedir que busquen atención sanitaria. Este miedo a buscar ayuda sanitaria, dificulta la identificación y tratamiento de problemas de salud en las poblaciones más vulnerables. El racismo y el estigma, junto a sus consecuencias socioeconómicas, son fuentes comprobadas de desigualdad en salud

(Alcouffe et al. 2024). Manifestándose esta discriminación racial de diversas formas y funcionando como un mecanismo de exclusión, que minusvalora y diferencia entre grupos sociales. Pudiendo ser interiorizado por quiénes lo sufren y reforzado a través de estereotipos culturales (Menéndez, 2018). Se entiende el racismo como un determinante social de la salud que opera a través de sistemas estructurales, institucionales e interpersonales, generando desigualdades en las condiciones de vida, el acceso a recursos, la exposición a riesgos y la atención sanitaria. Lo que se traduce en resultados de salud desiguales y evitables entre grupos racializados (Krieger, 2020).

Además, la percepción que tiene el personal sanitario sobre la diversidad cultural puede llevar a un trato desigual. Esto puede derivar en una minimización de los síntomas de los/as pacientes migrantes o a prejuzgar su adherencia al tratamiento (Tzogiou, Boes & Brunner, 2021). La persona migrante puede ser percibida como alguien sospechosa de traer patologías erradicadas y contagiosas; a pesar de que hay varios estudios que demuestran que habitualmente contraen enfermedades propias del lugar al que migran o derivadas de sus condiciones sociales y laborales en el país de destino (Rodríguez, 2015). También, este desconocimiento puede llevarlas a ser etiquetadas como personas que no respetan las normas establecidas, no utilizan correctamente los servicios sanitarios o quieren utilizar recursos que no les pertenecen, incluso por los/as propios/as proveedores sanitarios/as (Rodríguez, 2015). Destacar que algunos/as pacientes migrantes han indicado haber sentido actitudes discriminatorias por parte del personal sanitario que les ha atendido. Esto afecta a la calidad de la atención percibida y dificulta el establecimiento de una relación terapéutica positiva y de confianza (Priebe et al. 2011). Esto remarca la necesidad de incorporar una mirada holística hacia el proceso salud-enfermedad-atención, que tenga en cuenta la influencia de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Rodríguez, 2015). Sin poder obviar, que la categoría de género, condiciona comportamientos, oportunidades y relaciones de poder que afectan de manera desigual en la salud física y mental de las personas migrantes; influyendo directamente en sus experiencias de salud y enfermedad (Fernández, 2024).

Las actuaciones de la mediación intercultural en sanidad permiten reducir el etnocentrismo y los estereotipos negativos, promocionando a su vez la calidad en la atención sanitaria (Alcouffe et al. 2024).

Diversidad lingüística.

La barrera idiomática dificulta la comunicación entre profesionales sanitarios/as y pacientes de diferentes culturas, lo que puede afectar a un diagnóstico y tratamiento adecuado (Tzogiou, Boes & Brunner, 2021). De hecho, sin una comunicación efectiva, las habilidades técnicas del personal sanitario resultan insuficientes (Qureshi, Revollo, Collazos, Visiers & El Harrak, 2009). Una comunicación ineficaz puede derivar en la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales y trámites administrativos más complejos, lo que incrementa los costos del sistema sanitario (Priebe et al., 2011). Para superar este desafío, es fundamental garantizar la accesibilidad a intérpretes y mediadores interculturales en todos los niveles de atención sanitaria (Chiarenza et al., 2019).

Pero en la comunicación intercultural existen 2 retos principales: En primer lugar una percepción errónea, entre los valores del personal sanitario y los del paciente migrante, puede devenir en desconfianza y dificultades en la relación asistencial (Qureshi et al., 2009). En segundo lugar,los diferentes estilos comunicativos, incluyendo la interpretación del tono de voz, la mirada o el lenguaje corporal, pueden llevar a malentendidos (Qureshi et al., 2009). Además, la falta de materiales informativos traducidos y adaptados agrava la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios (Degrie et al., 2017). La ausencia de información clara impide que los pacientes comprendan los tratamientos y participen en programas de prevención de enfermedades (Chiarenza et al., 2019). Siendo esta barrera más acusada entre las mujeres migrantes (Pérez-Urdiales et al. 2019).

En definitiva, las barreras lingüísticas intensifican las dificultades culturales y afectan la calidad de la atención sanitaria (Chiarenza et al., 2019). La comunicación entre médico/a y paciente influye directamente en la satisfacción del paciente, el seguimiento de tratamientos y la adopción de medidas preventivas (Marek & Németh, 2020). Por ello, la mediación intercultural desempeña un papel clave, facilitando la comunicación y asegurando una mejor comprensión de los factores que influyen en la relación asistencial (Segura, Aloui & Salas, 2023).

Diferencias culturales en salud.

Las creencias sobre la enfermedad varían según la cultura, lo que puede generar conflictos con la perspectiva biomédica y afectar la adherencia al tratamiento (Tzogiou, Boes & Brunner, 2021). Prácticas tradicionales, como el uso de hierbas o métodos no convencionales, pueden no ser comprendidas o aceptadas por el personal sanitario, dificultando la relación terapéutica y aumentando la desconfianza (Qureshi et al., 2009; Verrept, 2019). También, existen sesgos de género en los sistemas sanitarios que pueden derivar en diagnósticos tardíos, tratamientos inadecuados o desigual acceso a servicios de salud (Pérez-Urdiales et al., 2019).

Habiendo llegado a la conclusión de que es crucial la integración de mediadores/as interculturales en los equipos de atención sanitaria, la incorporación de personal formado en competencia cultural y el desarrollo de protocolos de comunicación que prioricen la empatía y el respeto hacia las diferencias, teniendo en cuenta la perspectiva de género

Las políticas públicas que no consideran la diversidad existente perpetúan las desigualdades en salud. La falta de legislación inclusiva y la inadaptación de los sistemas sanitarios dificultan el acceso de las poblaciones migrantes a la atención médica (Chiarenza et al., 2019; Verrept, 2019). A esto se suma la situación administrativa de muchas personas migrantes, que, al carecer de documentación, enfrentan barreras en sanidad y en la obtención de diagnósticos certeros (Chiarenza et al., 2019). En algunos casos, los profesionales solo pueden brindar atención de emergencia, mientras que pruebas especializadas quedan restringidas para quienes no tienen cobertura sanitaria (Priebe et al., 2011).

Diferencias de acceso al sistema sanitario y recursos limitados.

Factores socioeconómicos y culturales también influyen en la salud de esta población, ya que las condiciones laborales precarias, la falta de vivienda digna y el acceso limitado a educación e higiene reducen su nivel de bienestar respecto a la población autóctona (Fernández-Rufete & Rigaudy, 2009). Además, muchas personas migrantes priorizan cuestiones económicas y legales sobre su propia salud, lo que retrasa su acceso a los servicios sanitarios (Priebe et al., 2011). Existiendo desigualdades de género que, en interacción con estos determinantes sociales, inciden negativamente en su proceso asistencial (Segura, Alaoui & Salas, 2023).

Para mejorar la equidad en salud, es imprescindible ampliar la cobertura sanitaria, reformar los procedimientos administrativos y garantizar información accesible sobre los derechos a la asistencia médica. Asimismo, es necesario promover políticas inclusivas que reduzcan las barreras políticas, administrativas y culturales que limitan el acceso a la sanidad (Marek & Németh, 2020; Qureshi et al., 2009).

La escasez de fondos dificulta la implementación y sostenibilidad de los programas de mediación intercultural en sanidad, ello agrava las desigualdades en el acceso a la atención médica (Verrept, 2019). La falta de políticas claras y coordinación entre sectores sociales también limita la efectividad de estos programas (Marek & Németh, 2020). Aunque los profesionales sanitarios brindan atención en casos de emergencia, enfrentan restricciones en pruebas diagnósticas y tratamientos costosos. En los últimos años, el gobierno español y las administraciones autonómicas han

impulsado políticas de integración, incluyendo la mediación intercultural en sanidad. La Ley de Extranjería y normativas locales han promovido estos programas, con ejemplos exitosos en Cataluña, Madrid y Andalucía. Actualmente, el 72% de las comunidades autónomas cuentan con servicios de mediación intercultural, mientras que el resto colabora con asociaciones u ONG (Aguilar, Bleda & Centelles, 2019; Raga, 2006).

Pero a pesar de estos avances, sigue siendo necesario consolidar esta profesión en el sistema sanitario, evitando que sea solo una medida temporal. Además, se debe fomentar la participación real de la población migrante en el sistema de salud, ya que, aunque se les exige integración, no siempre se les facilita un acceso equitativo ni una representación adecuada en la toma de decisiones (Aguilar, Bleda & Centelles, 2019).

Falta de formación y reconocimiento profesional.

Para consolidar la profesión de mediador/a intercultural en sanidad, es fundamental establecer una formación adecuada que incluya habilidades como escucha activa, empatía, comunicación efectiva y neutralidad (Alcouffe et al., 2024). La capacidad de adaptación a las necesidades del contexto sanitario también es clave (Qureshi et al., 2009). Además, los profesionales de la salud deben recibir formación en diversidad cultural para comprender la influencia de prácticas y creencias en la atención médica, mejorando así la precisión de diagnósticos y tratamientos (Priebe et al., 2011). La mediación intercultural contribuye a sensibilizar al personal sanitario, fortalecer la coordinación asistencial y promover la salud entre la población migrante (Alcouffe et al., 2024). Siendo, además, esencial que el personal sanitario desarrolle cinco componentes clave para brindar una atención efectiva y centrada en el paciente. Según el modelo de competencia cultural de Campinha-Bacote, estos corresponden con una consciencia, actitud, conocimientos, habilidades y adaptación culturales (Uzuntarla, Ayyildiz & Seval, 2024).

Uno de los principales desafíos actuales es la falta de reconocimiento de esta figura como una profesión igualitaria dentro del sistema sanitario. La desconfianza sobre sus competencias, la falta de integración en Atención Primaria y la visión de esta figura como prescindible dificultan la colaboración interdisciplinar (Fernández-Rufete & Rigaudy, 2009). Además, la ausencia de regulación genera inestabilidad laboral y afecta la calidad de la atención (Verrept, 2019). Esta situación crea un entorno competitivo entre profesionales sanitarios, donde la mediación puede ser vista como innecesaria (Qureshi et al., 2009), reflejando una desconexión entre las necesidades de los/as pacientes y las políticas institucionales (Chiarenza et al., 2019).

Para mejorar la equidad en salud, Verrept (2019) propone acciones como la definición clara de funciones y responsabilidades de los/as mediadores/as, el establecimiento de estándares de calidad y procesos de acreditación, la capacitación continua y la integración sistemática de la mediación en la sanidad.

Dilemas éticos.

Los/as mediadores/as interculturales en sanidad deben equilibrar la confidencialidad del paciente con la necesidad de transmitir información relevante. Para ello, su labor se rige por principios fundamentales como la confidencialidad, la precisión, la imparcialidad y la neutralidad, esenciales para garantizar una mediación ética y responsable (Qureshi et al., 2009). La confidencialidad fortalece la confianza del paciente, mientras que la imparcialidad evita influencias en la toma de decisiones. Sin embargo, esta última puede verse comprometida cuando el mediador/a comparte cultura con el paciente o cuando se vulneran sus derechos (Chiarenza et al., 2019). Además, una interpretación cultural inadecuada puede derivar en diagnósticos erróneos (Tzogiou, Boes & Brunner, 2021).

Otros principios clave son el consentimiento informado, la transparencia y la flexibilidad. El primero es esencial para una intervención ética, mientras que la transparencia ayuda a establecer confianza sin generar expectativas inalcanzables. La flexibilidad es fundamental en un entorno multicultural, donde los mediadores/as deben equilibrar protocolos y diversidad cultural (Alcouffe et al., 2024). Sin embargo, la falta de recursos y la distancia a los centros de salud pueden dificultar el acceso a la atención sanitaria (Aguilar, Bleda & Centelles, 2019).

Garantizar una mediación culturalmente sensible es clave para evitar que los pacientes sean tratados según estereotipos en lugar de sus necesidades individuales (Priebe et al., 2011). Además, la falta de información en varios idiomas y la escasez de mediadores/as agravan los desafíos comunicativos en la atención sanitaria (Priebe et al., 2011). Existe una correlación clara entre la comunicación efectiva, la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y el uso eficiente de los recursos (Alcouffe et al., 2024). En este sentido, la mediación intercultural actúa como un puente cultural y lingüístico que la comunicación y la relación terapéutica. Su impacto es clave para reducir desigualdades en la calidad asistencial, prevenir conflictos y promover una atención más equitativa y eficiente (Qureshi et al., 2009; Rodríguez, 2015).

Implicaciones de la Mediación Intercultural en sanidad.

La mediación intercultural en el ámbito sanitario es una herramienta clave para gestionar la creciente diversidad cultural en la sociedad actual (Verrept, 2019). Sin embargo, como se ha podido corroborar, su implementación enfrenta múltiples desafíos que pueden comprometer la calidad de la atención médica; a la vez que generan desconfianza e insatisfacción entre los pacientes de distintas procedencias culturales (Chiarenza et al., 2019). El objetivo principal de la mediación intercultural es empoderar al paciente y mitigar los efectos de desequilibrio de poder que puedan existir dentro del sistema de atención sanitaria (Verrept, 2019). Así como, pretende intervenir de forma psicosocial en la gestión del cambio, en los riesgos y los conflictos existentes (Rúa, 2015).

La necesidad de establecer sistemas de atención sanitaria que sean culturalmente competentes, que puedan adaptarse y responder a las necesidades de una población cambiante, teniendo en cuenta la diversidad cultural, religiosa, lingüística y de género, se ha convertido gradualmente en una agenda en toda Europa (Marek & Németh, 2020). Garantizar una atención sanitaria que reconozca y valore la diversidad cultural es fundamental para reducir las desigualdades en salud y asegurar que toda la ciudadanía reciba un trato digno y de calidad. En este sentido, la mediación intercultural en contextos sanitarios no solo mejora la accesibilidad a los servicios de salud, sino que también fortalece la confianza en el sistema y fomenta una atención más equitativa y efectiva. Se posiciona como un puente esencial entre pacientes y profesionales, facilitando la comunicación y promoviendo la comprensión mutua. Yendo su impacto más allá de la mera interpretación lingüística, puesto que contribuye a la adaptación efectiva de los servicios sanitarios a las necesidades específicas de las poblaciones migrantes (Alcouffe et al., 2024).

En definitiva, de esta revisión narrativa, donde se han analizado 24 documentos, se han resaltado los siguientes hallazgos:

- En la Tabla 1 se clasifican los 24 estudios seleccionados y se identifican para cada uno las etiquetas e información analizada sobre los desafíos y oportunidades de la mediación intercultural en sanidad.
- Se reconocen 6 barreras que enfrenta la mediación intercultural en sanidad y que suponen un desafío para su práctica.

- Las distintas autorías analizadas coinciden en que estos desafíos pueden afectar a la calidad de la atención sanitaria y obstaculizar la efectividad de la atención médica, aumentando la desconfianza e insatisfacción de los/as pacientes, tanto a nivel nacional como a nivel internacional.
- Se evidencia que la mediación intercultural sanitaria ayuda a prevenir los conflictos sanitarios y los resultados negativos existentes en la salud de las personas migrantes, promoviendo una atención sanitaria más equitativa y eficiente. Además, previene la exclusión social y promueve el respeto por la diversidad cultural.
- Se sostiene la necesidad de capacitación en competencia intercultural por el personal sanitario, para mejorar la calidad sanitaria y conseguir diagnósticos más certeros.

Discusión

Este estudio se planteó para responder a dos interrogantes clave sobre la mediación intercultural.

Respecto a la primera pregunta de investigación - ¿Cuáles son los principales desafíos y oportunidades?-, el análisis destaca seis retos críticos: estigmas y prejuicios; la diversidad lingüística; las diferencias culturales en la salud y el acceso al sistema sanitario; los recursos limitados; la falta de formación y reconocimiento profesional y los dilemas éticos de la profesión.

En este sentido, la mediación intercultural actúa como un puente cultural y lingüístico, facilitando la comunicación y la relación terapéutica. Su impacto es clave para reducir desigualdades en la calidad asistencial, prevenir conflictos y promover una atención más equitativa y eficiente

Sin embargo, junto a estos desafíos la mediación intercultural en el ámbito sanitario presenta diversas oportunidades que pueden transformar la atención médica para pacientes de diferentes culturas. Favorece un diálogo eficaz entre profesionales y pacientes, mejorando la comprensión mutua, reduciendo malentendidos y promoviendo un enfoque personalizado y holístico de la atención (Qureshi et al., 2009; Marek & Németh, 2020).

En cuanto a la segunda pregunta - ¿cómo impacta esta figura en el acceso y calidad de la atención?-, se ha podido corroborar el impacto directo que suponen en la salud de los/as pacientes migrantes. Para ello se hancontrastado estudios españoles con otros a nivel internacional, como en Rusia, Italia, Bélgica y EE.UU, entre otros (Alcouffe et al., 2024; Marek & Németh, 2020; Verrept, 2019; Chiarenza et al., 2019; Tzogiou, Boes & Brunner, 2021; Degrie et al., 2017; Priebe et al, 2011). En todos ellos, se evidencia que la mediación intercultural en el ámbito sanitario desempeña un papel fundamental para mejorar la salud y el bienestar de las personas migrantes (Verrept, 2019). Segura, Alaoui & Salas (2023) confirman su pertinencia para mejorar la accesibilidad equitativa a la atención sanitaria y la calidad asistencial, consolidándose como un recurso formal y profesionalizado que crea entornos de confianza y seguridad. Además, esta figura fomenta un entorno inclusivo y respetuoso, previene la exclusión social y promueve el respeto por la diversidad cultural (Verrept, 2019). Asimismo, contribuye a una atención equitativa, mejora la calidad de la comunicación, refuerza la relación de confianza entre pacientes y profesionales, y promueve el empoderamiento y la participación activa del paciente (Rodríguez, 2015; Alcouffe et al., 2024).

Limitaciones del estudio y propuestas de mejora.

Una de las principales limitaciones de este estudio es la disponibilidad y calidad heterogénea de la literatura sobre mediación intercultural, ampliada a bases de datos como Google Académico debido a la escasez de publicaciones indexadas. Además, la falta de estudios evaluativos que midan objetivamente su impacto y la ausencia de una

definición uniforme del rol del mediador /a dificultan la interpretación y generalización de los hallazgos. El carácter narrativo de esta revisión también puede introducir sesgos en la selección de estudios y limitar su reproducibilidad. Siendo destacable, la escasez de estudios nacionales encontrados sobre esta temática.

Del mismo modo, para favorecer la implementación de la mediación intercultural en el sistema sanitario, se recomienda adaptar su aplicación a los distintos niveles asistenciales. En atención primaria, puede utilizarse como apoyo a la comunicación clínica y a la adherencia terapéutica, mientras que en el ámbito hospitalario resulta relevante su integración en equipos multidisciplinares de servicios con alta complejidad comunicativa. A nivel organizativo, sería fundamental establecer protocolos claros de actuación, coordinación y evaluación, así como promover la formación intercultural del personal sanitario para garantizar una atención equitativa y culturalmente competente.

Conclusiones

La presente revisión ha permitido confirmar las hipótesis problematizadoras planteadas al inicio del estudio. Por un lado, se pone de manifiesto que el problema central radica en la persistencia de barreras lingüísticas, culturales y estructurales que dificultan el acceso equitativo y la calidad de la atención sanitaria en contextos multiculturales, así como en las limitaciones formativas, organizativas y de reconocimiento profesional que aún enfrenta la mediación intercultural sanitaria (H1). Por otro lado, se corrobora que esta figura puede definirse como un puente entre culturas, que, con ayuda profesional e imparcialidad, comunica e interpreta la realidad existente. De este modo se mitigan las desigualdades reproducidas en el plano sanitario, que repercuten en la salud de las poblaciones más vulnerables, como la población migrante (H2). Asimismo, el análisis de la literatura resulta fundamental porque permite sistematizar la evidencia disponible, identificar vacíos y buenas prácticas, y fundamentar la integración efectiva de la mediación como recurso estructural del sistema sanitario, contribuyendo así a una atención más inclusiva, accesible y centrada en la persona.

Para finalizar, se resalta la importancia de seguir trabajando en este tema. Habiendo llegado a la conclusión de que es crucial la integración de mediadores/as interculturales en los equipos de atención sanitaria, la incorporación de personal formado en competencia cultural y el desarrollo de protocolos de comunicación que prioricen la empatía y el respeto hacia las diferencias, teniendo en cuenta la perspectiva de género. De este modo se construye un sistema de salud más justo y accesible.

Contribución de los autores

Las autoras participaron igualmente en la elaboración del manuscrito y aprobaron la versión final presentada.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos presentados en este estudio pueden ser solicitados al autor de correspondencia.

Conflicto de interés

Las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Referencias

Aguilar, M., Bleda, J. & Centelles, C. (2019). Los inmigrantes en el sistema sanitario español: aspectos participativos y de atención a la salud. *Revista Española Salud Pública*,93,1-13. https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201904016/es/

Alcaraz, M., Paredes-Carbonell, J.J., Sancho, C., López-Sánchez, P., García, J.L. & Vivas, D. (2014). Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. *Revista Española de Salud Pública*,88,301-310. https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000200012

Alcouffe, L., Tareau, M.-A., Oberlis, M., Adenis, A. & Vignier, N. (2024). Research in an intercultural context: mediator-investigators of epidemiological health studies, bridges between two worlds. *Frontiers in Public Health*,12,1-16. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1342140

Antonin, M. (2013). *La mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Barcelona: Bellaterra.

Betancourt, J., Corbett, J.& Bondaryk , M. (2014). Addressing disparities and achieving equity: cultural competence, ethics, and health-care transformation. *Chest*,145,143-148. https://doi.org/10.1378/chest.13-0634

Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S. & Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*,19,1-14. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4353-1

Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Dierckx de Casterlé, B. & Denier, Y. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research". *BMC Medical Ethics*,18,1-17. https://doi.org/10.1186/s12910-016-0163-8

Fernández-Rufete, J. & Rigaudy, C. (2009). *El papel de la mediación intercultural en la atención primaria de salud. Estudio de un caso*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autonóma de la Región de Murcia. https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/6039

Fernández, P. (2024). *La diversidad cultural en la atención sanitaria en España: protocolos para la población inmigrante.* Trabajo Final de Máster. Universidad de Alcalá. https://ebuah.uah.es/xmlui/handle/10017/65112

Guerrero, C. (2012). El mediador intercultural en el ámbito sociosanitario. *Revista de Educación Social*,14,1-13. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5358808

Krieger, N. (2020). Measures of racism, sexism, heterosexism, and gender binarism for health equity research: From structural injustice to embodied harm. *American Journal of Public Health*,110(5),656–660. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305682

Lachal J., Escaich M., Bouznah S., Rousselle C., De Lonlay P., Canoui P., Moro M.R. & Durand-Zaleski I. (2019). Transcultural mediation programme in a paediatric hospital in France: qualitative and quantitative study of participants' experience and impact on hospital costs. *BMJ Open*, 9, 1-10. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032498

Marek, E. & Németh, T. (2020). Interkulturális kompetenciák az egészségügyi ellátásban. *Orv Hetil,*161,1322-1330. https://doi.org/10.1556/650.2020.31836

Menéndez, E. (2018). *De saberes médicos tradicionales, populares y científicos. Relaciones y dinámicas racistas en la vida cotidiana*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2022). *Situación de las personas migrantes y refugiadas en España. Informe Anual 2022*. https://www.inclusion.gob.es/ca/web/cartaespana/-/informe-situacion-de-las-personas-migrantes-y-refugiadas-en-espana-2022-

Pérez-Urdiales, I., Goicolea, I., Sebastián, M. S., Irazusta, A., & Linander, I. (2019). Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. *International Journal for Equity in Health*, 18, 59. https://doi.org/10.1186/s12939-019-0958-6

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gadinni, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Puigpinósi, R., Sarvary, A., Soares, J., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Bogic, M. (2011). Buenas prácticas en la atención sanitaria a los migrantes: opiniones y experiencias de profesionales sanitarios en 16 países europeos. *BMC Public Health*,11,1-12. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187

Qureshi, A., Revollo, H-W., Collazos, F., Visiers, C. & El Harrak, J. (2009). La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. *Norte de Salud Mental*, 35, 56-66. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830258

Rodríguez, B. (2015). Desafíos y oportunidades de las situaciones de contacto cultural en el ámbito sanitario. *Index de Enfermería*,24. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300008

Rúa, R. (2015). *Difusión de la cultura de mediación y gestión alternativa de conflictos a través de formación aplicada al ámbito sanitario*. Trabajo Final de Máster. Universitat de Barcelona. https://hdl.handle.net/2445/67526

Segura, M.T., Alaoui, N. & Salas, A. (2023). Mediación Sociosanitaria Intercultural, estrategia de Comunicación en salud en Hospital Universitario Poniente. *Revista Española de Comunicación en Salud*,14, 85-91. https://doi.org/10.20318/recs.2023.7705

Trinchero, H. H. (2000). *Los dominios del demonio: Civilización y barbarie en las fronteras de la nación*. *El Chaco Central*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Tzogiou, C., Boes, S. & Brunner, B. (2021) What explains the inequalities in health care utilization between immigrants and non-migrants in Switzerland?. *BMC Public Health*, 21, 1-15. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10393-9

Uzuntaria, E., Ayyıldız, T. & Seval, M. (2024). Modelo del Proceso de Competencia Cultural Campinha-Bacote y su Uso en la Investigación Enfermera. *Revista de Ciencias Sociales Karaelmas*, 2(1), 89-99. https://izlik.org/JA62KB95KG

Verrept H. (2019). *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550145/