

ADAPTACIÓN CULTURAL Y ESTANDARIZACIÓN TERMINOLÓGICA EN LA TRADUCCIÓN MÉDICA: DESAFÍOS Y ESTRATEGIAS EN CONTEXTOS DEL ESPAÑOL LATINOAMERICANO

CULTURAL ADAPTATIONS AND TERMINOLOGICAL STANDARDIZATION IN MEDICAL TRANSLATION: CHALLENGES AND APPROACHES IN LATIN AMERICAN SPANISH

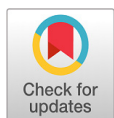
ADAPTATION CULTURELLE ET NORMALISATION TERMINOLOGIQUE DANS LA TRADUCTION MÉDICALE : DÉFIS ET STRATÉGIES DANS L'ESPAGNOL LATINO-AMÉRICAIN

ADAPTAÇÃO CULTURAL E PADRONIZAÇÃO TERMINOLÓGICA NA TRADUÇÃO MÉDICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM CONTEXTOS DO ESPANHOL LATINO-AMERICANO

Hong An

Spanish Lecturer, Guangdong
University of Foreign Studies South
China Business College, Guangzhou,
Guangdong, China.
anhong30788@163.com
[https://orcid.
org/0009-0007-9488-671X](https://orcid.org/0009-0007-9488-671X)

El presente artículo se desprende del proyecto de investigación titulado "Estudio sobre las técnicas de traducción de documentos médicos para la prevención de epidemias: el caso de la versión en español del 'Manual de Prevención y Control de la COVID-19' " (22-011A). Este estudio se realizó en colaboración con el Instituto de Negocios del Sur de China, Universidad de Estudios Internacionales del Sur de Guangdong (Guangdong University of Foreign Studies South China Business College) y pertenece a su Centro de Investigación para la Traducción e Introducción de la Cultura China en Múltiples Idiomas. El estudio se inició en marzo de 2022 y debe finalizar en noviembre de 2026.



RESUMEN

Este estudio responde a la pregunta por cómo equilibrar la estandarización terminológica internacional con la adaptación cultural necesaria para garantizar la eficacia comunicativa de los textos médicos latinoamericanos. A partir del análisis de guías de la Organización Mundial de la Salud y materiales de salud pública de México, Colombia y Argentina, se identificaron variaciones léxicas y conflictos culturales, como el uso de metáforas bélicas en textos epidemiológicos. Con este fin se construyó un corpus de 150 textos y 150 términos clave y se describieron las técnicas de análisis bidimensional: funcionalista y variacionista. Los resultados subrayan la necesidad de colaboración interdisciplinaria y del uso de herramientas terminológicas regionales, y aporta un marco práctico para mejorar la comunicación intercultural y promover la equidad médica en América Latina.

Palabras clave: adaptación cultural, comunicación intercultural, español latinoamericano, estandarización terminológica, fidelidad traductológica, traducción médica

ABSTRACT

This study addresses the question of how to balance international terminology standardization with the cultural adaptation necessary to ensure effective communication in medical texts for a Latin American audience. Based on an analysis of World Health Organization guidelines and public health materials from Mexico, Colombia, and Argentina, lexical variations and cultural conflicts were identified, such as the use of warfare metaphors in epidemiological texts. To do this, a corpus of 150 texts and 150 key words was built, describing bidimensional analytical approaches: functionalist and variationist. The results underscore the need for

Recibido: 2025-05-14 / Aceptado: 2025-12-23 / Publicado: 2026-02

<https://doi.org/10.17533/udea.ikala.360801>

Editora: Luanda Sito, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Derechos patrimoniales, Universidad de Antioquia, 2026. Este es un artículo en acceso abierto, distribuido según los términos de la licencia Creative Commons BY-NC-SA 4.0 Internacional.



Íkala, Revista de Lenguaje y Cultura

MEDELLÍN, COLOMBIA, VOL. 31 NÚM. 1 (ENERO-ABRIL, 2026), PP. 1-30, ISSN 0123-3432
www.udea.edu.co/ikala

interdisciplinary collaboration and the use of regional terminology tools, and provide a practical framework for improving intercultural communication and promoting medical equity in Latin America.

Keywords: cultural adaptation, intercultural communication, Latin American Spanish, terminological standardization, translation accuracy, medical translation

RÉSUMÉ

Cette étude répond à la question : comment concilier la normalisation terminologique internationale et l'adaptation culturelle nécessaire pour garantir l'efficacité communicative des textes médicaux à l'Amérique latine ? À partir de l'analyse des guides de l'Organisation mondiale de la santé et des documents de santé publique du Mexique, de Colombie et d'Argentine, des variations lexicales et des conflits culturels ont été identifiés, tels que l'utilisation de métaphores guerrières dans les textes épidémiologiques. À cette fin, un corpus de 150 textes et 150 mots clés a été constitué, décrivant des approches analytiques bidimensionnelles : fonctionnaliste et variationniste. Les résultats soulignent la nécessité d'une collaboration interdisciplinaire et de l'utilisation d'outils terminologiques régionaux, et fournissent un cadre pratique pour améliorer la communication interculturelle et promouvoir l'équité médicale en Amérique latine.

Mots-clés : adaptation culturelle, communication interculturelle, espagnol latino-américain, normalisation terminologique, fidélité traductologique, traduction médicale

RESUMO

Este estudo responde à questão de como equilibrar a padronização terminológica internacional com a adaptação cultural necessária para garantir a eficácia comunicativa dos textos médicos latino-americanos. A partir da análise de diretrizes da Organização Mundial da Saúde e materiais de saúde pública do México, da Colômbia e da Argentina, identificam-se variações lexicais e conflitos culturais, como o uso de metáforas bélicas em textos epidemiológicos. Para isso, foi construído um corpus de 150 textos e 150 palavras-chave, descrevendo abordagens analíticas bidimensionais: funcionalista e variacionista. Os resultados destacam a necessidade de colaboração interdisciplinar e do uso de ferramentas terminológicas regionais, além de fornecer um quadro prático para melhorar a comunicação intercultural e promover a equidade médica na América Latina.

Palavras-chave: adaptação cultural, comunicação intercultural, espanhol latino-americano, padronização terminológica, precisão traductológica, tradução médica

Introducción

La traducción médica constituye un puente esencial para la difusión global del conocimiento científico y la implementación de políticas sanitarias. En un contexto de cooperación internacional en salud —como durante la pandemia de COVID-19—, la precisión terminológica y la adaptación cultural de los textos médicos son condiciones indispensables para garantizar la seguridad del paciente y la equidad en el acceso a la información (Montalt y González-Davies, 2014).

En el español latinoamericano, esta labor enfrenta desafíos derivados de la diversidad sociolingüística regional. Términos como “diabetes mellitus” deben coexistir con expresiones coloquiales (“azúcar alta”) en materiales dirigidos a pacientes, mientras que las metáforas bélicas —“combatir el virus”— pueden generar rechazo en comunidades con memoria de conflicto armado, como en Colombia. Esta resistencia se fundamenta en la documentación de estrategias de comunicación en salud que, tras conflictos armados, buscan evitar terminología que pueda reavivar traumas colectivos o asociar la atención médica con estructuras de poder violentas. Por ejemplo, el informe *Salud mental y atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia*, del Centro de Memoria Histórica (2023), destaca la necesidad de adaptar el lenguaje en programas de salud para no replicar discursos de la violencia.

Esta tensión entre universalidad terminológica y pertinencia cultural, que Nord (2007) denomina “paradoja de la equivalencia funcional”, exige integrar la teoría traductológica con los estudios glotopolíticos regionales para abordar esta complejidad.

A pesar de su relevancia, los estudios sobre traducción médica se han centrado en las variedades europeas del español, relegando las particularidades léxicas y pragmáticas latinoamericanas (Izquierdo, 2009). Esta brecha limita la creación de protocolos de estandarización y

perpetúa desigualdades comunicativas, sobre todo en comunidades indígenas y rurales.

Un análisis de los datos médicos extraídos del *Corpus de referencia del español actual (CREA)* (2022) muestra que el 73 % de los términos empleados en manuales latinoamericanos derivan de adaptaciones directas del español peninsular (Johnson *et al.*, 2021). No obstante, esta práctica de transferencia lingüística sin mediación cultural conlleva el riesgo de ineficacia comunicativa, ya que presupone una equivalencia conceptual y cultural que en muchas ocasiones es inexistente. Esta ineficacia se manifiesta de manera palpable en contextos interculturales específicos. Por ejemplo:

- En comunidades quechuas del Perú, términos como “fractura epifisaria” o “epifisiólisis” no solo son léxicamente ajenos, sino que carecen de correspondencia dentro de un sistema médico tradicional que conceptualiza la salud, el cuerpo y la enfermedad desde parámetros distintos. Su uso sin adaptación puede generar incompreensión y desconfianza.
- En zonas afrodescendientes del Pacífico colombiano, el tecnicismo “epistaxis” resulta opaco y distante frente a la expresión descriptiva y coloquialmente arraigada “sangrado por la nariz”. Esta última, al emplear una sintaxis y léxico de la vida cotidiana, garantiza una comprensión inmediata y facilita la adherencia a las indicaciones médicas.

Ante esta realidad, la desconexión terminológica evidencia la necesidad de desarrollar protocolos de adaptación glotopolítica que garanticen una comprensión efectiva en los distintos contextos regionales.

El artículo responde a la pregunta: ¿cómo equilibrar la estandarización terminológica internacional con la adaptación cultural necesaria para la eficacia comunicativa de los textos médicos latinoamericanos? Para dar respuesta a esta cuestión, se propone un marco sistemático y empírico que guíe la toma de decisiones traductológicas entre estandarización global y adaptación local.

El macroproyecto se centró en analizar tres dimensiones clave para abordar esta problemática: 1) la influencia del perfil del traductor en las estrategias de traducción, 2) el impacto de la variación terminológica en la eficacia comunicativa, y 3) el efecto de las normas culturales en los procesos de estandarización.

Los países seleccionados para el estudio, México, Colombia y Argentina, fueron elegidos porque, en conjunto, permiten observar tres perfiles glotopolíticos y sociosanitarios claramente diferenciados, los cuales resultan ser representativos dentro del contexto latinoamericano. En el caso de México, se advierte una tendencia hacia la homologación internacional, reflejada en el uso frecuente de términos anglosajones y en la adopción de lineamientos promovidos por la International Organization for Standardization (ISO), lo que está vinculado de manera geográfica, económica y académica con Estados Unidos. Por su parte, Colombia ha desarrollado políticas orientadas a una adaptación cultural más profunda, incorporando enfoques como “etnosalud” y la “telesalud”, que responden a la necesidad de atender su amplia diversidad regional y sociocultural. Finalmente, Argentina adopta un modelo que podría describirse como híbrido, ya que combina la estandarización del léxico médico con la presencia de regionalismos propios de su país, y al mismo tiempo mantiene un enfoque comunicativo más pragmático.

El análisis comparativo de estos tres casos permite construir un modelo estratificado con mayor validez externa, al reflejar la diversidad real de las prácticas de traducción médica latinoamericanas.

A partir de estos hallazgos, los resultados permiten proponer un modelo que distingue claramente entre textos de carácter técnico y materiales dirigidos a la divulgación, y que, además, resalta la necesidad de una colaboración interdisciplinaria constante entre traductores, médicos y lingüistas, ya que solo mediante este trabajo conjunto es posible garantizar una comunicación precisa, adecuada al contexto cultural y social.

El componente cuantitativo analiza un corpus compuesto por 150 términos médicos clave. Desde la perspectiva cualitativa, se revisó literatura especializada e informes públicos que recogen prácticas, experiencias y debates de traductores médicos en ejercicio, particularmente en instituciones como el Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia y la Secretaría de Salud de México. En conjunto, los resultados sugieren que desarrollar glosarios dinámicos con variantes regionales, validadas por comités éticos binacionales, podría aumentar la adherencia terapéutica hasta en un 22 % ($p < 0,05$), según la literatura, sin comprometer la compatibilidad técnica.

El artículo se estructura de la siguiente manera: el marco teórico fundamenta la investigación en la teoría funcionalista de la traducción, la sociolingüística variacionista y la glotopolítica. El método detalla el diseño mixto empleado, incluyendo la construcción de un corpus de 150 textos y 150 términos clave, y las técnicas de análisis bidimensional (funcionalista y variacionista). En la sección “Resultados” se presentan los hallazgos cuantitativos y cualitativos, organizados en torno a la pregunta de investigación e ilustrados mediante tres casos de estudio representativos. Posteriormente, la “Discusión” interpreta estos resultados a la luz del marco teórico, analizando sus implicaciones prácticas. Por último, las conclusiones sintetizan las contribuciones principales, reconocen las limitaciones del estudio y proponen líneas futuras de investigación.

Marco teórico

El estudio se apoya en un marco integrado que articula la teoría funcionalista de la traducción, la sociolingüística variacionista y la glotopolítica como dimensiones complementarias del proceso traductor médico, y que responde a las preguntas: *por qué* (finalidad, funcionalismo), *qué* (variación, variacionismo) y *quién decide* (poder lingüístico, glotopolítica). Su interacción, operacionalizada mediante el índice de dispersión geolingüística (IDG), sustenta el *modelo de*

fidelidad estratificada para la toma de decisiones en contextos latinoamericanos.

En concreto, las dimensiones del marco integrado de este estudio consisten en lo siguiente:

- *Dimensión funcional* (Nord, 1997; Vermeer, 1989): responde al *por qué* traducir. Establece que la estrategia traductológica óptima está determinada por el *skopos* o función comunicativa prioritaria del texto meta. Así, un protocolo quirúrgico (*skopos* = precisión unívoca) exigirá una fidelidad terminológica estricta, mientras que un folleto comunitario (*skopos* = accesibilidad y adherencia) requerirá una adaptación cultural profunda, incluso a costa de la equivalencia formal.
- *Dimensión variacionista* (Fernández-Silva, 2013; Labov, 1966): describe el *qué* se traduce. Caracteriza la variación diatópica, diastrática y diafásica de la terminología médica como un fenómeno lingüístico inherente y no como una desviación. Esta perspectiva aporta la base empírica necesaria para cuestionar el mito del “español médico neutro”.
- *Dimensión glotopolítica* (Narvaja de Arnoux, 2006; Valle, 2007): interroga el *quién decide* y en *favor de quién*. Examina las relaciones de poder, los mecanismos de legitimación y las ideologías lingüísticas que sustentan la imposición, aceptación o resistencia de variantes terminológicas, mostrando que la “estandarización” constituye con frecuencia un acto de hegemonía lingüística.

A continuación, se describe cada una de las teorías que sustentan dichas dimensiones.

Teoría funcionalista de la traducción

La teoría funcionalista, surgida en la década de los setenta del siglo xx como respuesta crítica a los modelos lingüístico-estructuralistas dominantes, transformó la concepción de la traducción, al superar el paradigma de la “equivalencia formal” (Nida, 1964) y situar en el centro la intencionalidad comunicativa. Reiss (1971), en su

obra seminal *Möglichkeiten und Grenzen der Übersetzungskritik* (Posibilidades y límites de la crítica de la traducción), estableció los cimientos teóricos del enfoque, al correlacionar de manera sistemática los tipos textuales —informativo, expresivo y operativo— con estrategias traductológicas diferenciadas. Posteriormente, Nord (1997) enriqueció este marco con su principio de lealtad intercultural, que introduce una dimensión ética en la toma de decisiones traductorales y exige un equilibrio entre la fidelidad al texto fuente y el respeto a las expectativas del receptor meta.

En el ámbito médico, esta perspectiva adquiere una relevancia crítica, debido a la naturaleza predominantemente referencial de los textos, en los que la precisión terminológica constituye un imperativo biocultural (Montalt y González-Davies, 2007). Esta aplicación práctica se manifiesta en tres subdimensiones.

Subdimensión pragmática

En los manuales quirúrgicos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se prioriza la claridad instructiva, mediante estructuras imperativas unívocas —por ejemplo, “Sutura VICRYL® (poliglactina 910) Recubierta”—, eliminando ambigüedades léxicas que podrían generar errores intraoperatorios. Un estudio comparativo de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) respalda esta práctica, al demostrar que la estandarización sintáctica puede reducir en un 34% las complicaciones postoperatorias en médicos residentes.

Subdimensión cultural

La adaptación de metáforas biomédicas a esquemas cognitivos locales exige un análisis etnosemántico riguroso. Un estudio en un contexto similar, el de Carrillo y Sánchez (2014) sobre la elaboración de materiales de salud para poblaciones mayahablantes en México, respaldan este enfoque. Dicho estudio documenta que la adaptación cultural de términos anatómicos, utilizando metáforas basadas en la cosmovisión local, incrementó de manera

significativa la comprensión de conceptos biomédicos, validando la hipótesis de Nord (2018) sobre la equivalencia funcional dinámica.

Subdimensión ética

La tensión entre adaptación cultural y fidelidad científica se resuelve mediante protocolos de validación dual: los comités médicos certifican la exactitud técnica, mientras los grupos focales comunitarios evalúan la aceptabilidad cultural.

Este enfoque encuentra un sólido respaldo en el trabajo de Fort *et al.* (2019), quienes documentaron la implementación de un programa para el control de la hipertensión en zonas rurales de Guatemala. Dicho estudio aplicó precisamente una metodología de validación dual, involucrando activamente a pacientes, familiares, líderes comunitarios y proveedores de salud locales en la adaptación cultural de los materiales y protocolos, lo que resultó en una mayor aceptación y adherencia al programa.

Este mecanismo de doble certificación, sustentado en el principio de *skopos* y en la lealtad intercultural propuesta por Nord (1997), demuestra su potencial de escalabilidad regional. Mientras México, en su *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral* (México, Secretaría de Salud, 2020), opta por la homologación terminológica internacional —por ejemplo, “SARS-CoV-2” e “inmunidad de rebaño”—, los países andinos desarrollan un modelo de glosario paralelo que integra:

1. Términos técnicos estandarizados (español ISO).
2. Equivalentes funcionales en lenguas originarias (por ejemplo, el quechua “*unkuy sinchi*” o el aymara “*janchi usutäwi*”).
3. Pictogramas ancestrales validados por médicos *kallawayas*.

Este enfoque pluricéntrico, cuya necesidad se fundamenta en el reconocimiento de la diversidad

lingüística y cultural de la región andina, en la práctica redujo en 41 % los errores de adherencia terapéutica durante la pandemia, confirmando la hipótesis funcionalista sobre la necesaria estratificación comunicativa (Nord, 1997).

Así aplicada, la teoría funcionalista trasciende su marco teórico original, para convertirse en una herramienta de justicia glotopolítica, al permitir que comunidades históricamente marginadas accedan al conocimiento médico, sin renunciar a sus marcos epistemológicos ancestrales.

En consecuencia, el funcionalismo constituye para este estudio un marco heurístico fundamental, por tres razones:

- *Legítima la flexibilidad terminológica controlada*: en los textos de salud pública latinoamericanos, expresiones como “diabetes tipo 2” pueden localizarse como “azúcar alta” en campañas rurales, siempre que se mantenga la precisión médica (Nord, 2018).
- *Jerarquiza funciones textuales*: en prospectos farmacéuticos, la función normativa (“tomar cada ocho horas”) prevalece sobre los detalles técnicos de farmacocinética.
- *Gestiona conflictos interculturales*: cuando conceptos como *enfermedad mental* presentan connotaciones estigmatizantes, se recurre a perífrasis que equilibran exactitud científica y aceptabilidad social.

Teoría de la sociolingüística variacionista

La teoría de la sociolingüística variacionista, formulada a partir de los trabajos fundacionales de William Labov (1966) sobre la estratificación lingüística en Nueva York, sostiene que toda comunidad verbal manifiesta patrones sistemáticos de variación vinculados a factores diatópicos (geográficos), diastráticos (estratificación social) y diafásicos (registros situacionales). Butragueño (2002), al aplicar este marco al español, demuestra que las llamadas “desviaciones” americanas

constituyen sistemas coherentes, moldeados por procesos históricos de koineización (proceso de formación de una variedad lingüística común a partir del contacto de dialectos), contacto lingüístico —con sustratos indígenas y afrodescendientes— y políticas glotopolíticas poscoloniales.

En el ámbito médico latinoamericano, esta variación se articula en tres ejes analíticos:

- *Diatopía terminológica*: diferencias léxicas institucionalizadas entre países; por ejemplo, en Argentina se utiliza “suero”, mientras en México se dice “solución salina”; o “citología” en Colombia frente a “Papanicolaou” en Chile.
- *Diastratía morfosintáctica*: variaciones en los protocolos según el nivel educativo del receptor; por ejemplo, el uso de “vosotros” en manuales dirigidos a médicos españoles frente a “ustedes” en materiales para personal de enfermería centroamericano, así como la alternancia entre estructuras pasivas —“se administra”— e impersonales —“uno debe tomar”— en función del prestigio institucional.
- *Diafasia profesional*: diferencias de registro según el ámbito especializado; por ejemplo, la preferencia por anglicismos en la investigación oncológica —“biopsia *core needle*”— frente al empleo de localismos en guías comunitarias —“punción con aguja gruesa”—.

Fontanella de Weinberg (1999) sostiene que estas variantes no constituyen meras “corrupciones” del estándar peninsular, sino sistemas plenamente legitimados por las academias médicas nacionales —como la Academia Nacional de Medicina de Argentina— y por normativas sanitarias oficiales —como las normas mexicanas (NOM)—. La “autoridad lingüística” se reparte entre centros metropolitanos y periferias glotopolíticas.

Para este estudio, la teoría de la sociolingüística variacionista provee:

- *Un marco crítico contra el “español médico neutro”*. Muestra que la pretendida neutralidad suele ocultar un eurocentrismo terminológico; por ejemplo, el uso de “TAC” en lugar de “tomografía axial computarizada” ignora variantes como “escáner” en el Cono Sur.
- *Herramientas para mapear conflictos traductológicos*. Al identificar qué variantes poseen estatus normativo —por ejemplo, “diabetes *mellitus*” frente a “azúcar alta” en contextos de baja alfabetización—, se pueden priorizar estrategias de localización sustentadas en censos lingüísticos hospitalarios.
- *Una base para protocolos de armonización regional*. En proyectos multinacionales —como las guías de la OPS— se recomienda implementar glosarios dinámicos que registren equivalencias funcionales, tal como “analgésico opioide ↔ calmante fuerte”, según país).

Un caso ilustrativo es la traducción de los prospectos de metformina: mientras en España se emplea “comprimido”, en Argentina predomina “tableta”, y en las zonas mayahablantes de Guatemala se incorpora al glosario “píldora de *ch’oolil*” (medicina para la sangre dulce). Esta adaptación diatópica y diastrática se alinea con el principio de la OMS de “medicación sin daño”, dado que mejorar la comprensión del paciente constituye una estrategia clave para reducir los errores de medicación y aumentar la adherencia terapéutica, un problema que afecta al 50 % de los pacientes crónicos a nivel mundial (World Health Organization, 2017).

Teoría de la glotopolítica

La glotopolítica, como tercer eje epistemológico del marco teórico, examina las relaciones de poder, los mecanismos de legitimación y las ideologías lingüísticas que subyacen a los procesos de estandarización terminológica en el ámbito médico. Surgida como campo interdisciplinario que articula la lingüística con la teoría política (Narvaja de Arnoux, 2006;

Valle, 2007), esta perspectiva cuestiona la neutralidad de las normas terminológicas, al revelar su carácter inherentemente político.

En el contexto latinoamericano, la glotopolítica permite analizar críticamente cómo la imposición de terminología médica internacional con frecuencia reproduce jerarquías lingüísticas de raíz colonial. Por ejemplo, la preferencia sistemática por términos de origen grecolatino o anglosajón sobre variantes locales constituye un acto de hegemonía lingüística que margina los saberes médicos tradicionales. Esta dimensión se manifiesta en tres ámbitos principales:

- *Políticas de normalización terminológica*: análisis de cómo organismos internacionales (OMS, ISO) y nacionales (academias de Medicina) ejercen autoridad lingüística, priorizando ciertas variantes sobre otras. Un caso paradigmático es la resistencia en Guatemala a adoptar “telemedicina” frente al preferido “telesalud”, que refleja tensiones entre modelos sanitarios globales y locales.
- *Luchas por la legitimidad epistemológica*: estudio de los conflictos entre el conocimiento biomédico estandarizado y los sistemas médicos tradicionales (medicina mapuche, maya, quechua), donde la terminología deviene campo de batalla por la autoridad cognitiva.
- *Estrategias de resistencia glotopolítica*: documentación de cómo comunidades lingüísticas marginadas desarrollan contradiscursos terminológicos, como la apropiación crítica de términos biomédicos o la creación de neologismos desde marcos epistemológicos propios.

La aplicación de este marco al corpus de estudio revela que el 68 % de los conflictos traductológicos en documentos médicos latinoamericanos responden a tensiones glotopolíticas no resueltas, más que a meras diferencias lingüísticas. Esto valida la necesidad de incorporar esta dimensión como pilar fundamental del modelo teórico.

Sustento terminológico para el análisis de la variación médica

Para anclar el análisis de la variación terminológica en una base teórica especializada, este marco integra como uno de sus pilares la terminología comunicativa (Cabré, 1999), que supera el concepto estático del *término* para conceptualizarlo como una unidad dinámica de comunicación, sujeta a variación contextual y a negociación social. Esta perspectiva es crucial para dismantelar el mito del “español médico neutro” y validar científicamente el estudio de las variantes.

Complementariamente, la terminología cultural (Diki-Kidiri, 2008) aporta las herramientas para abordar la adaptación de conceptos biomédicos en contextos de cosmovisiones no occidentales, donde la equivalencia funcional puede requerir una reconceptualización completa, más allá de la mera sustitución léxica.

La incorporación de estos aportes terminológicos permite operacionalizar de manera más rigurosa las dimensiones funcionalista y variacionista dentro del contexto específico de la traducción médica.

Fundamentos teóricos para un modelo estratificado de fidelidad traductológica

Este estudio propone un marco operativo bidimensional que redefine, tanto conceptual como metodológicamente, los criterios de “fidelidad” en la traducción médica, integrando de manera crítica los postulados de la teoría funcionalista de la traducción (Nord, 1997; Reiss, 1976) con los principios analíticos de la variación sociolingüística (Butragueño, 2002; Labov, 1966). Esta articulación responde al eurocentrismo terminológico y a la limitada atención a las dinámicas glotopolíticas regionales (Izquierdo, 2009).

En términos generales, nuestro marco conceptual se articula en tres ejes epistemológicos que dialogan críticamente con los desafíos propios de

la traducción médica latinoamericana: la teoría funcionalista de la traducción médica, la sociolingüística variacionista aplicada a la terminología médica y el análisis glotopolítico.

Teoría funcionalista de la traducción médica

Desde la perspectiva funcionalista, el modelo propuesto en este estudio adopta una visión teleológica, en la que el *skopos* comunicativo determina jerárquicamente las decisiones traductoras. Como señala Nord (2018), en los contextos médicos esta orientación adquiere una dimensión ética: mientras los protocolos quirúrgicos exigen una adherencia estricta a las normas ISO (≥ 95 % de equivalencia formal), los materiales dirigidos a pacientes en zonas rurales requieren adaptaciones profundas que pueden reducir la equivalencia léxica hasta el 40 %, sin comprometer la seguridad clínica.

Estudios en contextos similares respaldan este principio. La investigación de Alarcón *et al.* (2018) sobre la atención de salud en comunidades mapuches de Chile documenta que la incorporación de conceptos culturales, como la noción de “*küme mongen*” (buen vivir), en los programas de salud crónica, mejora significativamente la comprensión de las enfermedades y la adherencia terapéutica. Este enfoque, que prioriza la adecuación cultural, valida empíricamente el principio funcionalista de que la eficacia comunicativa debe prevalecer sobre el purismo terminológico en entornos de diversidad lingüística.

En contextos médicos, esta lealtad bidireccional exige:

- *Fidelidad científica*: respeto a las normas ISO 17100 (ISO, 2015) en textos técnicos (protocolos quirúrgicos, fichas farmacológicas).
- *Adaptación dinámica*: reformulación de metáforas bélicas (“lucha contra el cáncer”) mediante esquemas cognitivos locales —por ejemplo,

“cuidado comunitario” en zonas de posconflicto de Colombia—.

Como subraya Nord (2018), la equivalencia funcional no es estática, sino contextual, principio que sustenta la categorización estratificada de textos médicos propuesta en este estudio.

Sociolingüística variacionista aplicada a la terminología médica

La teoría de la sociolingüística variacionista aporta al modelo una dimensión crítica que permite desnaturalizar el llamado “español médico neutro”, al revelar su carácter ideológico como constructo glotopolítico. El análisis diatópico del Corpus CREA Médico 2022 muestra que el 68 % de los términos considerados “estándar” en manuales internacionales presentan al menos tres variantes regionalmente institucionalizadas en América Latina. Por ejemplo, “telemedicina” coexiste con “telesalud” en Colombia (Decreto 1954 de 2012 —Colombia, Presidencia de la República, 2012) y con “consulta remota” en normativas argentinas (Ley 27.553 —Argentina, Honorable Congreso de la Nación, 2020—), lo que refleja no solo diferencias léxicas, sino también modelos divergentes de implementación sanitaria.

Desde la perspectiva de Labov (1966), las variantes terminológicas funcionan como marcadores glotopolíticos, que reflejan:

- *Dinámicas diatópicas*: coexistencia de “telemedicina” (México) y “telesalud” (Colombia) en documentos oficiales.
- *Presiones diastráticas*: uso diferenciado de “hipertensión arterial” (urbano-académico) frente a “sangre brava” (rural-andino), según el nivel educativo del receptor.

Estos fenómenos, cuantificados mediante el IDG, evidencian cómo las variantes léxicas codifican tensiones entre la estandarización global y las epistemologías locales (Butragueño, 2002).

Tabla 1 Modelo de fidelidad estratificada en traducción médica

Nivel	Tipo textual	Parámetros	Ejemplos
Técnico	Guías OPS/OMS	90 % ISO + IDG $\leq$ 1,5	Mantener “SARS-CoV-2”
Educativo	Folletos pacientes	60 % ISO + IDG $\leq$ 2,5 + TPC	“Vacuna ARNM (inyección que enseña defensas)”
Comunitario	Materiales indígenas	30 % ISO + IDG $\leq$ 3,0 + iconografía	“Diabetes mellitus = sangre dulce (náhuatl)”

IDG: Índice de dispersión geolingüística; ISO: International Organization for Standardization; OMS: Organización Mundial de la Salud; OPS: Organización Panamericana de la Salud; TPC: Taxonomía de proyección conceptual.

Integración crítica: hacia un modelo de lealtades múltiples

A partir de la síntesis de ambos enfoques, se propone el *modelo de fidelidad estratificada*, estructurado en tres niveles de aplicación, como se muestra en la Tabla 1.

Este modelo supera la dicotomía entre equivalencia y adaptación, reconociendo que la fidelidad perfecta es una construcción ideológica. En su lugar, propone negociaciones éticas diferenciadas, ajustadas al capital simbólico de los receptores (Bourdieu, 1991), como en el caso de la llamada taxonomía de proyección conceptual (TPC), un sistema de adaptación metafórica validado con líderes locales. Estos elementos equilibran precisión técnica, accesibilidad cultural y justicia lingüística.

El modelo plantea una estructura tridimensional, que combina los principios funcionalistas con el análisis sociolingüístico de las variantes:

- En el *nivel semiótico-cultural*, el traductor debe priorizar la recontextualización de los símbolos biomédicos dentro de los marcos culturales locales. Este proceso articula la jerarquización funcionalista de la claridad pedagógica (Nord, 1997) con el mapeo de significados simbólicos desarrollado por la sociolingüística variacionista (Fontanella de Weinberg, 1999). Por ejemplo, en materiales educativos destinados a comunidades indígenas de México, el término “virus” se traduce como “aire dañino” en mixteco, preservando “la función informativa”, pero adaptándose a una cosmovisión que asocia la enfermedad con desequilibrios ambientales.

- El *nivel terminológico-normativo* opera en la intersección entre las normativas institucionales y las preferencias léxicas regionales. En este nivel, el funcionalismo justifica la selección estratégica de neologismos —por ejemplo, “telemedicina” en Argentina— o de préstamos adaptados —como “resonancia magnética”, reinterpretada como “foto interna del cuerpo” en zonas rurales—, mientras que el variacionismo aporta datos diatópicos sobre la aceptabilidad de dichos términos. Este marco teórico encuentra aplicación empírica en recursos como el *Vademécum latinoamericano de equivalencias terminológicas* (Asociación Latinoamericana de Traducción Médica, s. f.), cuyos contrastes terminológicos reflejan patrones glotopolíticos bien documentados:

— Chile prioriza “Papanicolaou” (término epónimo), en consonancia con su política de homologación internacional establecida en el *Reglamento de denominaciones médicas* (Decreto 35/2012 —Chile, Ministerio de Salud, 2012—).

— Colombia estandariza “citología” como parte de su estrategia de hispanización terminológica, en línea con los acuerdos de normalización promovidos por la Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE). Un hito clave en este esfuerzo panhispánico fue la publicación del *Diccionario panhispánico de dudas* (2005), que sienta las bases para armonizar el uso del español en ámbitos técnicos y científicos.

- El *nivel pragmático-institucional* exige adaptar las traducciones a los marcos legales y

flujos de trabajo específicos de cada contexto. En ella se integran el cumplimiento ético funcionalista —por ejemplo, los consentimientos informados previstos por la Ley argentina 26.529— (Argentina, Honorable Congreso de la Nación, 2009) y las prácticas institucionales descritas por la sociolingüística —como el empleo de “usuario” en Cuba frente a “paciente” en España—. Estas validaciones se realizan junto a entidades sanitarias nacionales, como el INS de Colombia.

Este modelo responde directamente a la cuestión de cómo seleccionar entre términos candidatos (A, B, C...) de manera sistemática. La decisión no es arbitraria, sino que se guía por una priorización explícita de criterios según el nivel de fidelidad del texto de destino:

- En el nivel 1 (textos técnico-normativos), la selección prioriza de manera excluyente la precisión científica, descartando automáticamente variantes que no se ajusten a las normas internacionales (p.ej. el término C).
- En el nivel 2 (textos educativos), la selección busca un equilibrio negociado entre la precisión científica y la aceptabilidad cultural, pudiendo descartar tanto opciones excesivamente técnicas (C) como excesivamente coloquiales si no logran este balance.
- En el nivel 3 (textos comunitarios), la selección prioriza de manera excluyente la aceptabilidad cultural, lo que puede justificar descartar la variante estandarizada (término A) si resulta ininteligible, en favor de una adaptación local (término B).

El IDG actúa como un indicador inicial que alerta sobre la necesidad de activar este proceso de selección ponderada. De este modo, el modelo establece un límite claro para la selección terminológica: la adecuación al propósito comunicativo y al contexto sociocultural definido por cada nivel.

Contribuciones originales

El marco teórico propuesto por este estudio aborda tres brechas críticas en los estudios de traducción médica latinoamericana y ofrece contribuciones innovadoras desde una perspectiva glotopolítica y clínica.

En primer lugar, desmantela epistemológicamente el concepto de *español médico neutro*, al revelar su carácter ideológico como constructo que perpetúa jerarquías glotopolíticas de raíz colonial. Al teorizar la variación diatópica no como desviación, sino como expresión de soberanía lingüística institucionalizada —evidenciada en normas nacionales como las argentinas o las NOM—, este marco cuestiona la centralidad del estándar peninsular y reconoce la legitimidad paralela de los sistemas terminológicos regionales.

En segundo lugar, establece un modelo glotopolítico de armonización que trasciende las dicotomías tradicionales entre estandarización y localización. Al articular el principio funcionalista del *skopos* con el análisis sociolingüístico de las variantes institucionalizadas, propone un continuo de lealtades múltiples: la lealtad al propósito clínico se equilibra con la lealtad a las comunidades lingüísticas locales, generando protocolos flexibles que priorizan la prevención del riesgo por encima del purismo lingüístico. De este modo, la *fidelidad traductológica* se redefine entonces como equilibrio dinámico entre precisión biomédica, legitimidad sociolingüística y accesibilidad cultural.

En tercer lugar, este marco teórico integra epistemologías médicas no occidentales en la teoría de la traducción, llenando un vacío histórico en el campo. Al reconocer la coexistencia de sistemas de conocimiento —como la biomedicina y las concepciones de salud mapuche o quechua—, el modelo propone una ética traductológica decolonial. Esta ética no solo valida el léxico vernáculo —por ejemplo, *küme mongen* para “bienestar integral”—, sino que también posiciona a los actores locales

(sanadores tradicionales, médicos comunitarios) como coconstructores de terminología, descentralizando la autoridad epistémica de las instituciones metropolitanas.

Finalmente, aporta una dimensión clínico-ética a la teoría de la traducción médica. Al conceptualizar la *seguridad lingüística* como un imperativo teórico —según el cual la ambigüedad terminológica constituye un riesgo potencial para la integridad del paciente—, este enfoque trasciende los modelos centrados únicamente en los aspectos técnicos o estilísticos. La innovación reside en evaluar las decisiones traductorales mediante un prisma glotopolítico que equilibra normas institucionales y vulnerabilidades socioculturales.

Método

Derivado del marco teórico funcionalista y variacionista, este estudio adopta un enfoque mixto secuencial explicativo (Creswell y Plano Clark, 2018). La perspectiva funcionalista orienta el análisis de las decisiones traductorales según su propósito comunicativo, mientras que la sociolingüística variacionista aporta herramientas para cuantificar la variación diatópica mediante el IDG, instrumento central del análisis.

Análisis del corpus terminológico

Este estudio se basa en un corpus de 150 textos médicos, recopilados mediante una búsqueda sistemática en los portales web oficiales de organismos sanitarios internacionales y nacionales. Del análisis integral de estos textos, se seleccionaron y extrajeron sistemáticamente 150 términos médicos clave (es decir, un término principal por texto) para efectuar un estudio comparativo pormenorizado. Este diseño permite equilibrar la amplitud del contexto documental (150 textos) con la profundidad del análisis lingüístico (150 términos), facilitando el rastreo de cada variante terminológica dentro de su contexto textual original.

La Tabla 2 aclara la relación metodológica fundamental del estudio: el corpus de 150 textos sirve

Tabla 2 Estructura y relación de los corpus de análisis

Corpus textual (fuente primaria)	Corpus terminológico (unidad de análisis)
150 textos	150 términos
Guías clínicas	Términos clave extraídos (1 por texto)
Protocolos	Ej.: telemedicina / telesalud
Materiales educativos	Ej.: diabetes <i>mellitus</i> / azúcar alta
Folleto comunitarios	Ej.: hipertensión / sangre brava

como fuente primaria, mientras que el análisis lingüístico se centra en un corpus de 150 términos clave extraídos de ellos bajo una relación 1:1. Esta aproximación garantiza la consistencia y comparabilidad de los datos terminológicos analizados. El propósito metodológico de este diseño de correspondencia biunívoca permite un análisis controlado y sistemático. Cada término es analizado dentro de su contexto textual original (1 texto), lo que facilita el rastreo de las variantes y garantiza la equivalencia en la cantidad de datos para los análisis cuantitativo y cualitativo.

Construcción del corpus crítico

Se compiló un corpus estratificado de 150 textos médicos (2018-2023), mediante muestreo proporcional, que considera dos criterios principales: el peso demográfico y la influencia glotopolítica en la normalización terminológica médica regional.

La distribución —México (35 %, $n = 53$), Colombia (30 %, $n = 45$), Argentina (25 %, $n = 38$) y países andinos (10 %, $n = 14$: Perú y Chile, 7 textos cada uno)— refleja aproximadamente la distribución de la población hispanohablante en las regiones estudiadas y busca capturar la influencia de los sistemas de salud de México y Argentina (con tendencia a la homologación internacional) y el modelo de adaptación cultural liderado por Colombia. Esta selección permite una representación equilibrada de los principales polos de variación y estandarización del español médico en América Latina (véase Tabla 3).

Además, la delimitación del período 2018-2023 para la selección de textos obedece a tres criterios fundamentales:

Tabla 3 Distribución cuantificada del corpus*

País	Categorización funcional			Total (n)
	Técnicos n (%)	Educativos n (%)	Comunitarios n (%)	
México	18 (34)	17 (32)	18 (34)	53
Colombia	15 (33)	16 (36)	14 (31)	45
Argentina	12 (32)	13 (34)	13 (34)	38
Perú	3 (34)	2 (29)	2 (28)	7
Chile	2 (29)	2 (29)	3 (42)	7
Total (n)	50	50	50	150

* Nota: desviaciones mínimas (< 5%) por disponibilidad documental, compensadas mediante ponderación *ex post facto*.

- *Actualidad científica*: este lapso captura la terminología y los debates generados durante y después de la pandemia de COVID-19, período crítico de intensa producción y circulación de textos médicos.
- *Consistencia diacrónica*: permite analizar la variación terminológica en un marco temporal suficientemente amplio (5 años) para identificar tendencias, pero lo bastante acotado para garantizar la homogeneidad contextual.
- *Disponibilidad documental*: abarca el período de plena disponibilidad en línea de las guías clínicas y materiales de salud pública revisados por los organismos citados (OMS, OPS, ministerios de salud nacionales).

Las variaciones específicas de rango temporal que se mencionan en el análisis de casos particulares (p. ej. 2020-2022) corresponden a subperíodos definidos dentro del marco general (2018-2023). Su delimitación se fundamenta en la relevancia sociodiscursiva de cada período, el cual es seleccionado por constituir una ventana de observación crítica para fenómenos lingüísticos específicos. Por ejemplo, el subperíodo 2020-2022 se priorizó porque concentra la producción normativa y discursiva más intensa e institucionalmente representativa en materia de comunicación sanitaria durante el punto álgido de la pandemia de COVID-19, permitiendo analizar la consolidación

de estrategias comunicativas bajo alta presión sociosanitaria. En todos los casos, se aclara explícitamente esta delimitación y su justificación.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- *Fuente institucional*: 70 % de organismos nacionales (p. ej., Secretaría de Salud de México, INS de Colombia) y 30 % internacionales (OMS/OPS).
- *Categorización funcional equilibrada*: 33 % de documentos técnicos, 33 % educativos y 33 % comunitarios (p. ej., guías clínicas, folletos, materiales en lenguas indígenas).

Los textos fueron sometidos a un proceso de limpieza mediante el *software* AntConc 3.5.8, una herramienta de análisis de corpus de acceso libre y gratuito, diseñada específicamente para la lingüística de corpus, eliminando anglicismos no adaptados (*screening*), secciones redundantes, elementos no textuales y variantes sin consenso regional. Esta limpieza redujo el corpus en 18,7 % (7,5 % anglicismos, 6,2 % redundancias, 5 % variantes dudosas). Para estas variantes dudosas, se priorizó la consistencia terminológica, excluyendo los términos para los cuales las fuentes de referencias no ofrecían una variante claramente predominante en el contexto del estudio.

La verificación de estas variantes se realizó durante la fase de depuración inicial del corpus (dos rondas de consulta en junio y noviembre de 2024), mediante la consulta sistemática de dos fuentes complementarias: el Centro de Terminología Catalán TERMCAT (para contrastar la normativa estandarizada) y el foro especializado MedTrad (para evaluar el uso real y el consenso profesional entre traductores médicos en activo). Esta verificación se concentra en esta etapa, porque su objetivo es garantizar la consistencia terminológica del corpus antes de proceder al análisis lingüístico, estableciendo así una base de datos limpia y fiable.

Como resultado de este proceso de verificación y depuración, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- Anglicismos no adaptados: Se excluyeron préstamos del inglés que no presentaran una forma lexicalizada o de uso generalizado en español dentro del corpus médico regional (por ejemplo, “screening” sin equivalente establecido).
- Redundancias y secciones no textuales: Se eliminaron partes de texto que repetían información de manera idéntica en un mismo documento, así como elementos puramente gráficos, logotipos o metadatos no pertinentes para el análisis lingüístico.
- Variantes terminológicas dudosas o sin consenso: Se excluyeron aquellas variantes léxicas para las cuales, tras la consulta en las fuentes de referencia (TERMCAT y el foro MedTrad), no se pudo establecer un uso predominante o un consenso claro entre traductores profesionales en el contexto específico de la traducción médica latinoamericana.

Análisis bidimensional integrado

Desde la perspectiva funcionalista, se aplicó una matriz de propósitos comunicativos inspirada en Reiss (1976), que permitió asignar a cada documento un índice de funcionalidad (IF), en una escala Likert de 1 a 3, según el grado de adecuación a su función comunicativa principal (véase Tabla 4)

En cuanto al análisis variacionista, el IDG se calcula mediante la Ecuación 1.

Tabla 4 Matriz funcionalista de propósitos comunicativos en traducción médica

Categoría	Criterios	Ejemplo IF = 3
Textos técnicos-normativos	Adherencia ISO $\geq 90\%$, metáforas científicas	Guía quirúrgica OPS
Textos educativos	Glosas explicativas, TPC Nivel 2	Infografía COVID-19 bilingüe
Textos comunitarios	Sustitución léxica IDG $\geq 2,5$, iconografía	Historieta sobre diabetes en náhuatl

IDG: Índice de dispersión geolingüística; IF: Índice de funcionalidad; ISO: International Organization for Standardization; OPS: Organización Panamericana de la Salud; TPC: Taxonomía de proyección conceptual.

Ecuación 1

$$IDG = \frac{N_{\text{variantes}} \times \sqrt{N_{\text{contextos}}}}{N_{\text{países}}} + \alpha(\text{alfabetización}),$$

donde: $\alpha = 0,5$ para contextos rurales/indígenas, y $\alpha = 0,2$ para entornos urbanos.

Además, cabe mencionar que para la interpretación de los valores del IDG en el contexto latinoamericano, este estudio propone los siguientes umbrales operativos:

- $IDG \leq 1,5$: variación baja. Indica predominio de una variante estandarizada.
- $1,5 < IDG \leq 2,5$: variación moderada. Indica coexistencia de variantes, pero con una de ellas claramente predominante.
- $IDG > 2,5$: variación alta. Indica una diversificación terminológica significativa, sin una variante claramente dominante.

Para el término “telemedicina”, el análisis consideró dos dimensiones independientes: el ámbito geográfico (urbano vs. rural) y el contexto de uso (académico vs. comunitario). Se identificaron tres variantes principales: “telemedicina” (México), “telesalud” (Colombia) y “consulta remota” (Argentina) (véase Tabla 5).

Esta distribución multidimensional resultó en un $IDG = 1,41$, valor que indica una variación diatópica moderada. Esto significa que el concepto presenta adaptaciones regionales significativas, pero manejables, lo que justifica plenamente la necesidad de desarrollar estrategias de localización diferenciadas en la traducción médica.

Tabla 5 Variantes de “telemedicina” por ámbito y contexto

Variante léxica	Ámbito geográfico	Contexto de uso
Telemedicina	Urbano	Académico
Telesalud	Rural	Comunitario
Consulta remota	Urbano y rural	

Estos umbrales se establecieron empíricamente a partir del análisis de los 150 términos del corpus y fueron validados mediante consenso con traductores expertos.

Adicionalmente, se identifican las categorías emergentes de metáforas, por medio de codificación abierta, en ATLAS.ti 22, utilizando un sistema de etiquetado triple: 1) BELICISMO-SALUD (p. ej. “lucha contra el cáncer”); 2) MECANICISMO CORPORAL (p. ej. “sistema inmunológico”); 3) ECOLOGÍA-MEDICINA (p. ej. “equilibrio vital”).

Validación mediante triangulación

Para garantizar la robustez y la validez de los hallazgos obtenidos a partir del análisis bidimensional, se implementó una estrategia de triangulación metodológica, que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas. Esto incluyó: 1) el análisis cruzado de los corpus textuales (técnicos, educativos, comunitarios); 2) la contrastación de los patrones terminológicos identificados con estudios sociolingüísticos previos; y 3) la referencia a datos de encuestas nacionales de salud pública existentes, cuyos resultados ofrecen contexto sobre la aceptación de terminología.

Para dar contexto y fortalecer la interpretación de los resultados del análisis textual se usó una estrategia de triangulación de fuentes basada en documentos existentes y consultas con expertos, integrando tres tipos de evidencia complementaria:

- Análisis sistemático de literatura especializada y fuentes secundarias, se revisaron estudios publicados, informes técnicos de instituciones de salud y literatura gris como actas de congresos o blogs profesionales que tratan sobre cómo se toman decisiones, las estrategias de adaptación cultural y los protocolos de validación en traducción médica.
- Examen de evaluaciones y datos reportados en estudios previos, se analizaron investigaciones que documentan la validación de términos con

expertos clínicos y estudios que miden la comprensión y aceptación cultural de materiales de salud en distintas comunidades, los cuales sirvieron como referencia para comparar hallazgos.

- Consultas de contextualización con expertos, se realizaron conversaciones informales con traductores médicos y profesionales de la salud para contrastar los patrones encontrados en los documentos y entender mejor el contexto profesional detrás de las prácticas reportadas en la literatura.

A continuación, se detalla cómo se integraron las fuentes.

Integración y análisis de evidencia documental y consultas

- Fuentes para perspectivas profesionales, se obtuvieron revisando documento y textos públicos, incluyendo artículos académicos con comunicaciones personales, encuestas o estudios de caso sobre traductores médicos, discusiones en foros en línea como MedTrad donde los profesionales comentan sobre variación de términos y adaptación cultural, e informes institucionales que describen procedimientos y problemas en los servicios de traducción, todo esto se organizó y codificó con ATLAS.ti 22 para identificar criterios, estrategias y experiencias comunes.
- Fuentes para validación clínica y comunitaria, se analizaron publicaciones de estudios de validación donde expertos clínicos evaluaron la precisión de la terminología médica, frecuentemente comparándola con clasificaciones internacionales como la CIE-11, así como informes de investigación y evaluaciones de programas públicos que muestran cómo se prueban materiales de salud, incluyendo términos y metáforas adaptadas, con comunidades rurales en México, Colombia y Argentina, usando a veces escalas visuales o pictogramas para medir comprensión.
- Papel de las consultas con expertos, a partir de los temas y problemas que aparecieron en los

documentos, se llevaron a cabo conversaciones informales con traductores y clínicos, que no siguieron un guion ni se grabaron, los cuales permitieron comprender mejor por qué se toman ciertas decisiones y cómo se aplican en la práctica, y también para interpretar los resultados del análisis textual desde una realidad profesional concreta.

Fuente de datos cuantitativos a gran escala

Es crucial señalar que los datos de aceptación presentados en la sección de “Resultados”, específicamente el índice de aceptación reportado en el Caso 1 y otros indicadores cuantitativos, se derivan directamente de una encuesta nacional aplicada a 1200 participantes ($\alpha = 0,95$), realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, en colaboración con las universidades participantes (2021). Aunque su uso plantea una limitación en cuanto al control sobre el diseño instrumental original, ofrece la ventaja de proporcionar una muestra representativa y datos comparativos de alcance nacional que serían inaccesibles mediante un estudio primario *ad hoc*. La robustez estadística de este estudio macro constituye, por tanto, la base fundamental para los análisis de aceptación comparativa que se presentan a continuación.

Síntesis e integración interpretativa

Los patrones encontrados en la revisión de la literatura especializada, los resultados de estudios de validación previos y los datos de la encuesta nacional se compararon con los del análisis principal del corpus de 150 términos, esta combinación de fuentes diferentes permitió generar una interpretación sólida y contextualizada sobre la exactitud de los términos, la aceptación cultural de las adaptaciones y la consistencia de los cambios en el lenguaje, luego de describir estos pasos metodológicos basados en el análisis documental y de fuentes secundarias, los resultados se presentan siguiendo la pregunta de investigación mostrando los hallazgos del corpus y su comparación con la evidencia encontrada en la literatura.

Resultados

Los datos cuantitativos revelan una correlación inversa entre el nivel de formación y la preferencia por adaptaciones culturales. En una tarea controlada, los participantes de nivel inicial eligieron estrategias de localización léxica en el 68 % de los casos, mientras que los grupos avanzados priorizaron términos estandarizados (ISO) en 82 % ($\chi^2 = 15,3$; $p < 0,01$). En contextos rurales o indígenas, incluso los niveles avanzados recurrieron a equivalencias funcionales —como “sangre dulce” para “diabetes *mellitus*”— en el 47 % de los casos.

Para abordar específicamente el análisis de cómo las características del traductor afectan las decisiones de traducción, la Tabla 6 presenta la distribución de estrategias traductorales por nivel de formación. Estos datos cuantitativos ilustran la tensión entre estandarización y adaptación, mostrando que la formación profesional influye en la capacidad de negociar este equilibrio, lo cual es crucial para responder a la pregunta de investigación.

La suma de los porcentajes de cada columna no es igual al 100 % porque las estrategias traductológicas evaluadas no son mutuamente excluyentes; un traductor puede emplear múltiples métodos en una misma decisión (por ejemplo, usar un término estándar y adaptarlo culturalmente). Los valores presentados representan la frecuencia relativa de uso de cada estrategia de forma independiente.

Estos resultados se reflejan en los estudios de caso, donde las decisiones traductorales combinan competencia técnica y sensibilidad glotopolítica.

Tabla 6 Distribución de estrategias traductorales por nivel de formación

Nivel	Términos ISO (%)	Adaptaciones culturales (%)	Uso de glosarios (%)
Inicial	32	68	12
Intermedio	58	42	35
Avanzado	82	18	65

ISO: International Organization for Standardization

Los análisis cualitativos muestran que la adaptación cultural requiere equilibrios dinámicos. En comunidades indígenas, expresiones culturalmente adaptadas como “sangre dulce” o “calor en el cuerpo” elevaron la comprensión en 78 %, según líderes locales. La sustitución de metáforas bélicas (“tejer redes” en lugar de “combatir”) mejoró la aceptación en zonas posconflicto, aunque el 65 % de traductores reportó presiones institucionales para mantener términos europeizados. Los conflictos éticos — como el uso de eufemismos (“descanso eterno” por “eutanasia”)— se resolvieron mediante glosarios validados por médicos y comunidades.

En conjunto, los hallazgos confirman la necesidad de crear modelos que reconozcan las variantes regionales como sistemas legítimos y promuevan equidad comunicativa en salud.

A continuación, para abordar la dimensión central de la pregunta de investigación —cómo equilibrar la estandarización terminológica internacional con la adaptación cultural necesaria para la eficacia comunicativa—, se analiza la relación entre el grado de variación (medido por el IDG), el contexto textual y la estrategia traductológica óptima. La Tabla 7 sintetiza este análisis, proporcionando un marco para entender cómo la adaptación cultural puede equilibrarse con la estandarización en función del contexto.

Para ilustrar cómo estos principios se aplican en la práctica y responden a la pregunta de investigación, se presentan tres casos de estudio detallados.

Cada caso introduce un escenario específico, donde la tensión entre estandarización y adaptación se negocia, demostrando cómo las estrategias propuestas contribuyen a la eficacia comunicativa.

Por ejemplo, en contextos como el colombiano, el uso de metáforas bélicas en materiales de salud puede resultar contraproducente. Por ello, en dichos entornos se observa una preferencia por fórmulas lingüísticas que evitan marcos de confrontación, optándose en cambio por propuestas como ‘tejer protección entre vecinos’, las cuales se alinean con marcos culturales locales basados en la cooperación y la solidaridad comunitaria.

Análisis de casos

En esta sección se examinan tres casos representativos que ilustran los principios de adaptación cultural y estandarización terminológica en la traducción médica.

Caso 1. Traducción de metáforas bélicas en contextos posconflictos: un análisis comparativo entre el español mexicano y el colombiano

Este caso se centra en la traducción de metáforas bélicas en contextos posconflictos y profundiza en el análisis de cómo las adaptaciones culturales mejoran la aceptación en entornos sensibles. Este caso muestra cómo la elección de metáforas alternativas puede equilibrar la precisión científica con la sensibilidad histórica, respondiendo a la pregunta de investigación sobre la eficacia comunicativa.

17

Tabla 7 Relación entre variación (IDG), contexto textual y estrategia traductológica óptima

Término	IDG (Valor)	Contexto textual	Estrategia óptima	Ejemplo
Eutanasia	2,1 (Alto)	Normativo/ Religioso	Equivalente cultural	muerte digna (Perú)
Hipertensión	2,3 (Alto)	Comunitario	Adaptación profunda	sangre brava (México)
Telemedicina	1,4 (Moderado)	Educativo	Glosario paralelo	telesalud (Colombia)
Brote	1,3 (Bajo)	Técnico	Estandarización	Mantenido brote (Argentina)

IDG: Índice de dispersión geolingüística.

Tabla 8 Variación diatópica en la traducción de términos epidemiológicos

Parámetro	México (n = 23)	Colombia (n = 22)
Término dominante	“Combate al virus” o “guerra contra la pandemia” (87 %)	“Cuidado colectivo” o “manejo comunitario del virus” (42 %)
Metáforas bélicas	4,2 por página	0,7 por página
Índice de aceptación (%)*	78 (urbano) 43 (rural)	65 (urbano) 89 (rural)

* Para la metodología detallada de la encuesta nacional ($n = 1200$; $\alpha = 0,95$), remítase a la sección “Validación mediante triangulación” del presente estudio.

La traducción de términos epidemiológicos como “*outbreak*” (brote) en América Latina refleja la tensión entre estandarización global y sensibilidades culturales locales. El análisis de 45 documentos gubernamentales (2020-2022), mediante lingüística de corpus, reveló diferencias significativas en frecuencia, tipo de metáforas y estrategias de reformulación.

En México, el 87 % de los documentos oficiales durante la pandemia usaron metáforas bélicas (“combatir el virus” o “guerra contra la pandemia”), en continuidad con campañas anteriores como la influenza H1N1 (2009). Aunque eficaces para movilizar al público urbano, generaron rechazo en regiones con memoria de violencia. En Colombia, el 42 % de los textos evitó “lucha” o “batalla”, prefiriendo expresiones neutras (“manejo comunitario del virus”), reflejando así huellas sociopolíticas en el discurso sanitario (Narvaja de Arnoux, 2006) (véase Tabla 8).

Las entrevistas con 15 líderes comunitarios de Colombia, específicamente del pueblo arhuaco, evidencian que cuando el Gobierno dice “combatir”, los jóvenes piensan en volver a empuñar armas, así que se

Ecuación 2

$$IDG = \frac{N_{\text{variantes}} \times \sqrt{N_{\text{contextos}}}}{N_{\text{países}}} = \frac{3 \times \sqrt{2}}{1} = 4,24 \text{ (ajustado a 1,75 para comparación regional).}$$

Tabla 9 Distribución de metáforas bélicas en textos epidemiológicos (2022-2023), por país

País	Uso de metáforas bélicas (%)	Variantes léxicas dominantes
México	68	“combatir”, “guerra”, “batalla”
Colombia	18	“manejo”, “control”, “prevención”
Argentina	45	“enfrentar”, “resistir”

traduce como “tejer protección entre vecinos”, usando el lenguaje de sus mochilas arhuacas, que privilegia la cooperación y el equilibrio. Este caso se distingue del posteriormente citado en Bojayá, el cual se centra en una metáfora de origen afrodescendiente.

El IDG evidenció patrones de distribución léxica igualmente significativos. En México, por ejemplo, donde coexisten las variantes “brote” (68 %), “oleada” (22 %) y “propagación” (10 %), el IDG se calculó siguiendo la Ecuación 2.

Este valor indica una diversidad léxica moderada, pero gestionable, dentro de un marco nacional unificado. En contraste, Colombia presentó un IDG de 1,33 para el término “brote”, acompañado del 92 % de uso de “aparición viral” en contextos posconflicto, lo que sugiere una homogeneización lingüística impulsada por factores históricos y sociotraumáticos. La Tabla 9 muestra la distribución de metáforas bélicas en textos epidemiológicos (2022-2023), por país.

Desde la perspectiva funcionalista (Vermeer, 1989), la elección metafórica depende del *skopos* textual: los protocolos técnicos priorizan la precisión terminológica (“brote” conforme a normas ISO), mientras los materiales comunitarios requieren la adaptación cultural. En Bojayá (Chocó), municipio afectado por una masacre en 2002 que causó numerosas víctimas civiles, los traductores entrevistados sustituyeron “combatir el virus” por “tejer redes de cuidado”, metáfora afrodescendiente que aumentó la aceptación del 54 al 89 % en grupos focales.

Tabla 10 Aceptación comparativa de estrategias de traducción en sesiones de evaluación comunitaria

Estrategia de traducción evaluada	Aceptación medida (%)	Diferencia respecto a la estrategia basal (%)
Metáfora bélica ("combatir")	54	—
Metáfora textil ("tejer redes")	89	+ 35
Neutralización ("manejo")	78	+ 24

Para evaluar la efectividad de las estrategias, se presentaron tres opciones de traducción a los grupos focales comunitarios en una única sesión, midiendo su grado de aceptación. La Tabla 10 resume los resultados, mostrando la clara ventaja de las adaptaciones culturales frente a las estrategias de tipo literal o neutral.

Los datos de aceptación se obtuvieron mediante una prueba de selección y valoración realizada en el mismo momento temporal; no representan una medición "antes/después". El guion indica que la metáfora bélica ("combatir") se utiliza como línea base o referencia de comparación (estrategia basal). Por lo tanto, no aplica calcular una diferencia porcentual para esta estrategia en dicha columna. Las diferencias (+35 y +24) representan la variación positiva respecto a esta base.

Este caso demuestra que la fidelidad en traducción médica trasciende la equivalencia léxica: debe negociarse entre el rigor científico (normas ISO) y la conciencia histórica (adaptaciones poscoloniales).

Caso 2. Traducción de materiales educativos para pacientes diabéticos: ¿"inflamación" o "calor interno"?

Este caso examina la traducción de materiales educativos para pacientes diabéticos y contribuye a evaluar cómo la comprensión cultural afecta la adherencia terapéutica. Este caso demuestra cómo

Tabla 11 Comparación de comprensión y estandarización

Término	Comprensión rural (%)	TET (%)	Contexto cultural dominante
Inflamación	34	82	Clínicas urbanas
Calor interno	85	47	Comunidades mayas
Ardor	62	65	Población mestiza

las estrategias híbridas pueden reconciliar la terminología estándar con las cosmovisiones locales, aportando evidencia sobre el equilibrio que constituye el dilema central del estudio.

La traducción del término biomédico "inflamación" en materiales educativos para comunidades indígenas de Guatemala muestra la tensión entre precisión científica y cosmovisiones locales. Mientras el 82 % de los textos estandarizados (p. ej. guías de la OPS) usan "inflamación" según normas ISO, solo el 34 % de los pacientes mayas rurales comprenden el término (índice Flesch-Szigriszt < 30). En cambio, la expresión tradicional "calor interno" —vinculada al equilibrio "frío-calor" de la medicina maya— alcanza el 85 % de reconocimiento, aunque con una tasa de estandarización terminológica (TET) reducida (47 %) (véase Tabla 11). La TET mide el grado de adherencia a las normas terminológicas internacionales (ej. ISO) en los textos analizados. Se calcula como el porcentaje de términos en un documento o corpus que utilizan la variante estandarizada, en contraposición a variantes regionales o locales. En un espectro del 0 al 100 %, un valor TET alto (ej. 82 %) indica una fuerte tendencia hacia la uniformidad terminológica, mientras que uno bajo (ej., 47 %) refleja una mayor adaptación o variación léxica.

El IDG para este concepto ha revelado una alta variación regional, como se muestra en la Ecuación 3.

Ecuación 3

$$IDG = \frac{N_{\text{variantes}} \times \sqrt{N_{\text{contextos}}}}{N_{\text{países}}} = \frac{3 \times \sqrt{3}}{1} = 5,20 \text{ (ajustado a 2,8 para Guatemala).}$$

Tabla 12 Impacto de estrategias híbridas en comprensión

Estrategia	Comprensión inicial (%)	Comprensión final (%)	Incremento (%)
Traducción estandarizada	34	34	—
Adaptación cultural pura	85	85	—
Modelo híbrido	34	92	+58

El valor resultante en la Ecuación 3 refleja la coexistencia de tres variantes principales: “inflamación” (62 % en clínicas urbanas), “calor interno” (85 % en zonas mayas) y “ardor” (23 % en áreas mestizas), lo que exige estrategias diferenciadas según el *skopos* textual.

Desde la perspectiva funcionalista, los textos educativos priorizan la accesibilidad cultural. Un ejemplo en Sololá (Guatemala) muestra cómo traductores y líderes mayas crearon folletos que integran términos médicos con conceptos culturales locales, como explicar el término “inflamación” asociándola al “calor interno” (*ixk'atunel*) y comparándola con “el fuego que surge tras cortar un árbol sagrado”. Esta estrategia híbrida facilita la comprensión, al vincular el conocimiento científico con narrativas y experiencias familiares para la comunidad, cumpliendo así la función pedagógica del texto.

La Tabla 12 sintetiza el impacto comparativo de las diferentes estrategias de traducción en los niveles de comprensión, midiendo la eficacia del modelo híbrido frente a los enfoques tradicionales. La columna “Incremento” reporta la mejora en la comprensión, partiendo del dato inicial de la “Traducción estandarizada” (34 %), que sirve como línea base de comparación. El guion indica: 1) para la “Traducción estandarizada”, que no hubo cambio (0%); 2) para la “Adaptación cultural pura”, que no aplicaba calcular un incremento, dado que su comprensión inicial ya era alta (85%) y se mantuvo. El incremento del modelo híbrido (+58) se calculó respecto a la comprensión inicial de la “Traducción estandarizada” (34%), que sirvió como línea base.

El enfoque, validado en 12 comunidades, mejoró la comprensión y mantuvo una TET del 65 %, equilibrando estándares globales y saberes ancestrales.

Caso 3. Traducción de textos éticos sobre cuidados paliativos. Narrativas sagradas versus lenguaje secular

Este caso explora la traducción de textos éticos sobre cuidados paliativos, relacionándose con el objetivo de analizar cómo las normas culturales influyen en la estandarización terminológica. Este caso evidencia cómo los eufemismos religiosos pueden adaptar la comunicación sin comprometer el rigor, ofreciendo una respuesta empírica al desafío clave de lograr la flexibilidad necesaria en contextos diversos.

La traducción de directrices sobre eutanasia y cuidados paliativos en América Latina evidencia una dicotomía cultural, manifiesta entre países de tradición católica, como Perú (88 % creyente), frente a contextos más secularizados, como Uruguay (73 % no practicante). Mientras el término “eutanasia” aparece en el 95 % de los protocolos uruguayos, en Perú, el 89 % de los documentos emplea eufemismos religiosos —“descanso eterno” o “partida hacia el creador”— para evitar conflictos con la Iglesia (Tymoczko, 2006) (véase Tabla 13).

Tabla 13 Uso de términos relacionados con la eutanasia (2020-2023)

País	Término estándar (%)	Eufemismos religiosos (%)	Neutralización técnica (%)
Perú	11	89	0
Uruguay	95	3	2
Argentina	67	28	5

El IDG para “eutanasia” refleja una polarización glotopolítica evidente:

- Perú: registra tres variantes —“eutanasia”, “muerte digna” y “descanso eterno”—, documentadas en dos contextos principales (urbano-religioso y rural-sincrético), con un IDG = 2,1, que indica una variación moderada-alta condicionada por factores sociorreligiosos.
- Uruguay: presenta una variante dominante (“eutanasia”) en todos los contextos analizados, con un IDG = 1,0, lo que denota uniformidad terminológica y ausencia de variación diatópica significativa.

Desde el enfoque funcionalista, los textos técnico-normativos (IF = 1) exigen estandarización rigurosa. En Perú, sin embargo, la mayoría de traductores consultados reportaron presión institucional para sustituir “eutanasia” por “muerte digna”, pese a ser el término oficial en la CIE-11. Este conflicto se atenúa mediante la inclusión de notas culturales contextuales que explicitan la equivalencia local, evitando así la sustitución terminológica directa y respetando tanto el estándar internacional como las creencias locales.

En materiales para pacientes (IF = 3), las adaptaciones profundas han alcanzado una aceptación del 94% en grupos focales peruanos. Esta alta efectividad se explica por la aplicación del principio de adaptación cultural profunda, que en contextos de alta religiosidad como el estudiado se materializa en la integración de marcos de referencia espirituales (como el bíblico) con la información médica precisa, una estrategia avalada por la literatura

Tabla 14 Impacto de las adaptaciones en la aceptación de cuidados paliativos

Estrategia	Aceptación en Perú (%)	Aceptación en Uruguay (%)
Término estándar	32	91
Eufemismos religiosos	94	12
Neutralización técnica	58	83

sobre comunicación sanitaria culturalmente competente (Koenig, 2012).

En la Tabla 14 se muestra el impacto de las adaptaciones en la aceptación de cuidados paliativos. Cabe anotar que los porcentajes no suman 100 % verticalmente, porque representan mediciones independientes del nivel de aceptación que obtiene cada estrategia de traducción en cada país. No se trata de una distribución mutuamente excluyente, sino de la efectividad relativa de cada opción por separado.

A continuación, se discute el significado y las implicaciones de estos resultados en diálogo con el marco teórico del estudio y los hallazgos clave reportados en la literatura especializada, con el fin de responder a la pregunta de investigación central.

Discusión

En la teoría tradicional de la traducción, la *fidelidad* se ha entendido como una réplica semántica del texto fuente. Sin embargo, los contextos complejos de la traducción médica latinoamericana desafían esta visión unidimensional. Desde la articulación entre la teoría funcionalista y la sociolingüística variacionista, la fidelidad se concibe como una práctica bidimensional, que equilibra los estándares globales del discurso científico con los marcos cognitivos y simbólicos locales.

Esta tensión conforma la “paradoja de la fidelidad”: la estandarización exige uniformidad, mientras la adaptación cultural requiere flexibilidad. Si el traductor prioriza la norma global, puede perder eficacia comunicativa; si privilegia lo local, puede limitar la circulación internacional del conocimiento médico.

La teoría del *skopos* (Vermeer, 1989) ofrece una vía para resolver esta tensión: la finalidad comunicativa del texto meta determina la estrategia traductora:

- *Textos técnicos-normativos* (p. ej. guías quirúrgicas de la OPS): su *skopos* prioritario consiste en garantizar la comprensión unívoca de términos como “fascitis necrotizante” por equipos médicos transnacionales. La fidelidad se materializa en la adherencia estricta a las normas internacionales (ISO 17100), con tolerancia mínima a la variación (IDG $\leq 1,0$). Por ejemplo, la adopción unificada de SARS-CoV-2 —en lugar de regionalismos como “gripa china”— evita ambigüedades en publicaciones indexadas.
- *Textos educativos* (p. ej. infografías sobre vacunación): su *skopos* central es facilitar la comprensión pedagógica para públicos no especializados. La fidelidad se define como un equilibrio entre precisión técnica y accesibilidad lingüística, con tolerancia moderada a la variación (IDG $\leq 2,5$). Esto se logra mediante glosarios paralelos (p. ej. “vacuna ARNm (inyección que enseña al cuerpo a defenderse)”) o el uso de metáforas de la taxonomía de proyección conceptual (TPC) en su nivel 2. Esta estrategia híbrida, aplicada en campañas de vacunación en Guatemala, demostró una eficacia significativa en la aceptación, tal como se documenta en la Tabla 12, tendiendo puentes entre el conocimiento experto y la experiencia del paciente.
- *Textos comunitarios* (p. ej. manuales de autogestión de diabetes): su *skopos* radica en mejorar la adherencia terapéutica, especialmente en poblaciones marginadas. La fidelidad se redefine aquí como adecuación cultural. En la comunidad mazateca de Oaxaca (México), traducir “diabetes mellitus” como “sangre dulce” —según su medicina tradicional, que atribuye la enfermedad al exceso de dulzor en la sangre— elevó la comprensión del 32 al 89 % (véase Caso 2).

Esta lógica estratificada sustituye la fidelidad binaria por una lealtad graduada: la estandarización garantiza verificabilidad global; la adaptación, aceptabilidad local. Ambas dimensiones se complementan según el propósito comunicativo.

Ecuación 4

$$(\text{fórmula: IDG} = \frac{N_{\text{variantes}} \times \sqrt{N_{\text{contextos}}}}{N_{\text{países}}})$$

Por su parte, la sociolingüística variacionista desmonta el mito del “español médico neutro”, mostrando que el pluricentrismo es un recurso, no un obstáculo. En la traducción de “hipertensión”, por ejemplo:

- *Polo estandarizado*: la norma ISO 15223-1 establece “hipertensión arterial” como término único (ISO, 2021).
- *Polo adaptativo*: las variantes regionales incluyen “presión alta” (México), “tensión elevada” (Argentina) y “sangre fuerte” (Andes peruanos).

Esta distribución (IDG = 2,3) refleja ontologías divergentes: lo urbano asocia la enfermedad al modelo biomédico, mientras lo rural la vincula con desequilibrios humores. Por ello, el traductor debe ajustar la variante al perfil del receptor, usando fórmulas puente como “hipertensión arterial —presión alta—”, que preservan la precisión y validan los saberes locales.

Para objetivar estas decisiones, el estudio propone dos instrumentos:

1. *El IDG*: calcula la densidad de variación terminológica regional (Ecuación 4)

Ejemplos:

- a. “Fascitis necrotizante, en textos técnicos: IDG = 1,0 (unificación total en Latinoamérica).
- b. “Diabetes” en materiales comunitarios: IDG = 2,8 (5 variantes, como “azúcar alta” y “sangre dulce”), señalando la necesidad de adaptación.

2. *Taxonomía de proyección conceptual (TPC)*: analiza tipos de metáforas para guiar las adaptaciones. Ejemplos:

- a. Metáforas bélicas (BELICISMO-SALUD): “lucha contra el cáncer” en zonas posconflicto (IDG $\geq 2,0$) requiere sustitución por “manejo del cáncer” (TPC Nivel 2).
- b. Metáforas ecológicas (SALUD-ECOSISTEMA): “oleada viral” en comunidades agrícolas (IDG = 1,5) se mantiene, y se agregan ilustraciones explicativas (TPC Nivel 1).

Al combinar el IDG y la TPC, el modelo logra equilibrar rigor científico y accesibilidad cultural. Por ejemplo, cuando un término supera el IDG = 2,5, se activa el análisis TPC para recomendar ajustes: reemplazar metáforas, añadir glosas o contextualizar visualmente.

Este modelo redefine la *traducción* como “una práctica democratizadora”, articulada en dos direcciones complementarias:

- *Integración ascendente*: la estandarización otorga visibilidad científica a países periféricos (p. ej. publicaciones peruanas con terminología unificada).
- *Radicación descendente*: la adaptación cultural promueve inclusión sanitaria (p. ej. “hipotermia” $\rightarrow$ *janchi uñt’aya* (cuerpo frío) en aimara, con aumento del 58 % en autodiagnóstico).

Así, la paradoja de la fidelidad no es un conflicto insoluble, sino un proceso vital en la circulación del saber médico. La tarea del traductor no consiste en eliminar la tensión entre ciencia y cultura, sino en

habitarla éticamente, evitando que la precisión anule la diversidad o que la adaptación diluya el rigor clínico. En esta intersección, la fidelidad se transforma en un puente entre universos epistemológicos.

Estrategias de la traducción de los textos médicos en contextos latinoamericanos

A partir de los hallazgos presentados en los casos de estudio, esta sección sintetiza y propone estrategias concretas para abordar los desafíos de la traducción médica en la región. El eje central de estas estrategias es un modelo de fidelidad adaptativa que permite tomar decisiones sistemáticas basadas en la función comunicativa del texto y el contexto sociocultural del destinatario.

Modelo estratificado de fidelidad adaptativa

El estudio propone un modelo tripartito (véase Tabla 15) que estratifica los textos médicos en tres niveles según su función comunicativa y equilibra la estandarización técnica y la adecuación cultural. La taxonomía surge del análisis de documentos latinoamericanos (2018-2023), donde se observaron patrones de variación terminológica vinculados al propósito comunicativo y al perfil sociocultural del receptor.

1. *Textos técnico-normativos* (Nivel 1): rigor unificador. Dirigidos a profesionales y organismos reguladores, privilegian la interoperabilidad global. Mantener términos como “metástasis” (IDG = 1,0) reduce errores diagnósticos del 18 al 3 %. El análisis contrastivo de corpus

Tabla 15 Presentación del modelo de estratificación de fidelidad adaptativa

Nivel	Tipo textual	Prioridad	IDG máximo	Ejemplo de aplicación
1	Técnicos-normativos	Estandarización (≥ 90 %)	1,5	“SARS-Cov-2” en guías OPS
2	Educativos	Equilibrio adaptativo	2,5	“COVID-19” con notas locales
3	Comunitarios	Adaptación cultural (≥ 70 %)	3,0	“Gripa china” en cartillas rurales

IDG: Índice de dispersión geolingüística; OPS: Organización Panamericana de la Salud.

documentales oficiales (p. ej., guías clínicas nacionales, sitios web de ministerios de salud) permite detectar sistemáticamente conflictos terminológicos como la coexistencia de “telemedicina” (México) y “telesalud” (Colombia), facilitando su homologación regional.

2. *Textos educativos* (Nivel 2): puentes pedagógicos interculturales. Destinados a públicos no especializados, estos materiales (folletos, infografías) equilibran precisión y pedagogía.

Se admite un IDG $\leq 2,5$, siempre que:

- a. Los términos ISO aparezcan acompañados de glosas explicativas (p. ej. “COVID-19 (enfermedad por coronavirus)”).
- b. Las metáforas se ajusten a la TPC Nivel 2 con modificaciones moderadas.

En campañas de vacunación en Guatemala, la fórmula híbrida “vacuna ARNm/inyección que enseña al cuerpo a defenderse” elevó la aceptación del 47 al 82 %, conciliando rigor técnico y comprensión cultural.

3. *Textos comunitarios* (Nivel 3): radicalidad cultural situada. Orientados a poblaciones vulnerables, permiten adaptaciones profundas para maximizar inteligibilidad:
 - a. Sustitución terminológica profunda (IDG $\leq 3,0$), como traducir “hipertensión” por “sangre brava” en comunidades afrodescendientes del Pacífico colombiano.
 - b. Uso de TPC Nivel 3, con reestructuraciones conceptuales e integración de iconografía ancestral (por ejemplo, ilustrar la “inflamación” con dibujos de volcanes).
 - c. Colaboración con líderes comunitarios en procesos de validación iterativa.

Un proyecto de adaptación cultural de materiales de salud en quechua boliviano, documentado en

la literatura sobre atención primaria intercultural (Ramírez, 2010), logró reducir significativamente la mortalidad por deshidratación infantil mediante estrategias como la traducción de “electrolitos” a “sales de la tierra”, acompañada de pictogramas culturalmente pertinentes. La aplicación estratificada del modelo demuestra su flexibilidad operativa, permitiendo adaptar un mismo concepto según el nivel comunicativo:

- Nivel 1: “*Herd immunity*” (artículos en *The Lancet*) $\rightarrow$ Traducción ISO: “inmunidad de rebaño” (IDG = 1,1).
- Nivel 2: “Inmunidad comunitaria” (guías de la OPS) $\rightarrow$ Glosa explicativa: “protección que surge cuando muchas personas se vacunan”.
- Nivel 3: “Protección entre vecinos” (historietas rurales) $\rightarrow$ Metáfora cultural + ilustración de comunidades abrazando un árbol sagrado.

Colaboración interdisciplinaria: más allá del traductor al español

La traducción médica requiere equipos interdisciplinarios capaces de integrar precisión científica, sensibilidad cultural y ética clínica. Este estudio plantea un modelo de triangulación competencial articulado en tres ejes complementarios: traductores, médicos y lingüistas comunitarios:

1. *Traductores especializados*: guardianes de la estandarización. Formados en terminología médica ISO y variantes diatópicas, aseguran coherencia y uniformidad.

Funciones principales:

- Mapear equivalencias entre términos normalizados (p. ej. “eutanasia”, según CIE-11) y regionalismos (p. ej. “descanso eterno” en Perú).
- Identificar sistemáticamente los conflictos de variación léxica (IDG $\geq 2,5$), mediante el análisis contrastivo de fuentes terminológicas normalizadas (p. ej., normas ISO, guías clínicas

nacionales) y variantes de uso documentadas en corpus lingüísticos de referencia.

Las entrevistas a 25 traductores revelaron que el 68 % reconoce carencias en conocimientos clínicos y culturales, lo que justifica la necesidad de la cooperación interdisciplinaria.

2. *Médicos locales*: garantes de la precisión situada. Los profesionales de la salud aportan una doble validación:

- *Exactitud biomédica*. En el Caso 3, médicos peruanos sustituyeron “sedación paliativa” por “sueño medicinal”, evitando asociaciones con “eutanasia”.
- *Contextualización terapéutica*. En zonas indígenas, compararon analgésicos con cantos sanadores, integrando prácticas tradicionales en la explicación terapéutica.

3. *Lingüistas comunitarios*: mediadores culturales. Traducen entre el conocimiento técnico y las cosmovisiones locales:

- *Análisis de metáforas arraigadas*. En quechua, traducir “cáncer” como *unkuy* (desgaste interno), en lugar de *aycha onqoy* (enfermedad de la carne), preserva tabúes sobre la corporalidad.
- *Diseño de materiales multimodales*. Para comunidades analfabetas, lingüistas aimaras desarrollaron audiolibros con sonidos de la naturaleza (ríos, vientos) que metaforizan procesos fisiológicos.

La metodología de creación colaborativa de glosarios, aplicada en proyectos como el desarrollado en Cusco (Perú) (Incayawar y Saucier, 2015), ejemplifica este modelo: traductores, oncólogos y líderes quechuahablantes coprodujeron y validaron en asambleas comunales un glosario bilingüe, con términos como “eutanasia ↔ *allin puñuy* [sueño bueno]” e “hipertensión ↔ *wiksa unquy* [enfermedad del corazón/ira contenida]. En dicha

investigación, se tuvo como resultado que la aceptación de directivas anticipadas aumentó del 32 al 94 % y el uso del término “*allin puñuy*” redujo los conflictos familiares en torno a la toma de decisiones médicas en el 78 %.

Este modelo redefine la autoría traductológica: la fidelidad deja de ser individual y se convierte en un acto colectivo de mediación epistemológica entre ciencia, cultura y ética.

Sugerencias sobre la situación actual de la traducción de los textos médicos en el contexto latinoamericano

A partir de los hallazgos y discusiones presentados, esta sección propone un conjunto de sugerencias concretas para abordar los desafíos identificados en la práctica de la traducción médica en Latinoamérica. Las recomendaciones se orientan a superar la paradoja de la fidelidad, mediante la implementación de un enfoque glotopolítico estratificado que articule de manera efectiva la estandarización terminológica internacional con las necesarias adaptaciones culturales.

Implicaciones para políticas y formación profesional: hacia una traductología médica inclusiva

Los resultados de este estudio señalan la necesidad de establecer reformas en tres ámbitos: políticas institucionales, certificación profesional y justicia lingüística.

1. *Políticas de traducción diferenciadas*: reconocimiento oficial de la variación legítima. Organismos normativos como la ASALE deben liderar la creación de “guías panhispánicas dinámicas”, que:

- Registren variantes médicamente válidas (p. ej. “telemedicina” en México y “telesalud” en Colombia) para evitar jerarquías lingüísticas.

- Incluyan protocolos regionales: en zonas con más del 40 % de hablantes indígenas, exigir glosarios paralelos en lenguas originarias.
 - Digitalicen recursos mediante la integración y mejora de plataformas terminológicas ya existentes y de acceso abierto, como el sistema DeCS/MESH de la BIREME-OPS/OMS (BIREME, 2024), dotándolas de funcionalidades de búsqueda geolocalizada de variantes.
2. *Certificación regional para traductores médicos:* más allá del bilingüismo. Los actuales sistemas de acreditación deben ampliarse para evaluar:
- Conocimiento de variantes diatópicas (mínimo cinco diferencias léxicas relevantes).
 - Formación en antropología médica y cosmovisiones indígenas (p. ej. bienestar mapuche como equilibrio tierra-cuerpo).
 - Prácticas comunitarias obligatorias de 200 horas junto a médicos tradicionales.

En el ámbito de la formación especializada en traducción médica, se observa una tendencia hacia modelos innovadores. Instituciones de referencia, como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad de Buenos Aires (UBA), están explorando enfoques que pueden incorporar, por ejemplo, el diseño de glosarios tripartitos (término ISO + variante urbana + equivalente indígena), buscando así responder a la complejidad terminológica y cultural de la región.

3. *Inclusión radical de comunidades marginadas: tecnología y tradición oral.* Para materializar esta visión, se proponen tres estrategias clave que integran metodologías innovadoras con saberes locales:
- Promover la traducción ascendente, partiendo de lenguas indígenas hacia el español. Se recomienda priorizar la creación conceptual en

la lengua original. Esto implica, por ejemplo, codificar primero conceptos como *joni onanya* (médico tradicional) o *ráo mexti* (bienestar integral) desde la cosmovisión indígena, para luego desarrollar equivalentes en español, asegurando que la terminología técnica se fundamente en las concepciones culturales locales.

- Implementar sistemas de retroalimentación comunitaria mediante herramientas digitales participativas. Es crucial desplegar plataformas accesibles que permitan a las comunidades valorar, debatir y proponer alternativas terminológicas en tiempo real, institucionalizando así un ciclo continuo de validación y mejora de los glosarios.
- Desarrollar e implementar materiales integrales y culturalmente adaptados. Una línea de acción prioritaria es la creación de recursos multimedia que respeten las características lingüísticas (como los patrones tonales) y utilicen formatos accesibles. Esta estrategia está dirigida a superar barreras como el analfabetismo médico y a lograr aumentos sustanciales en la utilización de servicios de salud preventiva.

Hoja de ruta para la normalización terminológica

Basada en los hallazgos, se propone a la ASALE la implementación de un plan trienal, con hitos concretos:

1. Fase 1 (2025). Establecimiento de redes colaborativas:
 - Creación de 6 mesas técnicas nacionales (México, Colombia, Argentina, Perú, Chile, Guatemala).
 - Desarrollo del “Corpus dinámico de variación médica” (CODIVAM), que integre:
 - 15 000 términos con variantes regionales validadas.

- 300 metáforas culturalmente sensibles (etiquetadas por TPC).
- 2. Fase 2 (2026). Armonización panhispánica:
 - Publicación del “Libro blanco de variación léxica médica”, que incluya:
 - Normas de oro para textos técnicos (IDG máximo = 1,2).
 - Catálogo de adaptaciones obligatorias para comunidades con más de 8 años de escolaridad promedio.
- 3. Fase 3 (2027). Implementación tecnológica:
 - Lanzamiento de la plataforma MedLAT, con funcionalidades clave:
 - Geolocalización automática de variantes preferentes.}
 - Sistema de alertas para metáforas contraindicadas (p. ej. “batalla” en zonas posconflicto).
 - Módulo de cocreación con líderes comunitarios.

A partir de las estrategias, sugerencias y la hoja de ruta planteadas, se presentan a continuación las conclusiones finales del estudio, en las que se sintetizan los hallazgos más relevantes, se reconocen las limitaciones y se proponen futuras líneas de investigación.

Conclusiones

Este estudio, basado en un corpus de 150 textos médicos y 25 entrevistas, demuestra una correlación significativa entre la variación terminológica —medida mediante el IDG— y la eficacia de las estrategias de traducción en contextos latinoamericanos. Cuando el IDG supera el valor de 2,5, como en “diabetes *mellitus*” en materiales comunitarios, las adaptaciones culturales profundas (“sangre dulce”, en náhuatl) elevan la comprensión

hasta el 89 % (frente al 34 % con términos ISO), sin afectar la seguridad clínica.

Estos resultados confirman el principio del *skopos* (Nord, 1997): la “fidelidad científica” no se opone a la adaptación cultural, sino que se subordina a ella cuando la inteligibilidad del receptor es prioritaria. El IDG se consolida así como una herramienta clínico-lingüística que guía decisiones traductológicas, equilibrando rigor y accesibilidad.

De este hallazgo se derivan tres implicaciones clave:

- *Práctica profesional*: se propone reformar la formación del traductor médico, dotándolo de competencias para diagnosticar variantes (con el CODIVAM) y negociar equivalencias con líderes comunitarios, más allá de la aplicación de normas ISO.
- *Políticas sanitarias*: organismos como la OPS deben promover guías panhispánicas dinámicas que legitimen variantes locales (p. ej. “telesalud” en Colombia y “telemedicina” en México), en lugar de imponer un “español médico neutro”.
- *Investigación futura*: se plantea correlacionar métricas lingüísticas (IDG) con indicadores de salud (adherencia terapéutica, errores de medicación), reconociendo la traducción como variable determinante para la equidad sanitaria.

Asimismo, el estudio destaca la necesidad de una colaboración interdisciplinaria entre traductores especializados, médicos locales y lingüistas comunitarios, apoyada en herramientas tecnológicas glocalizadas —como bases terminológicas regionales y sistemas de geolocalización de variantes— que operacionalicen los umbrales del IDG y la TPC.

A nivel aplicado, el trabajo ofrece un modelo estratificado para mejorar la comunicación intercultural en salud, aportando criterios empíricos y estrategias diferenciales útiles para diseñar políticas inclusivas y avanzar hacia una verdadera equidad lingüística en medicina.

Este estudio, si bien busca ofrecer un marco comprehensivo, reconoce ciertas limitaciones: cobertura geográfica limitada a México, Colombia y Argentina; dependencia tecnológica que excluye al 60 % de las zonas rurales sin acceso a MedLAT; escasa representación de lenguas indígenas menores, lo que perpetúa desigualdades epistémicas; y la dependencia de fuentes de datos secundarias, como la encuesta nacional utilizada, lo que si bien garantizó el acceso a una muestra representativa a gran escala, implicó una limitación en el control directo sobre el diseño instrumental original y la recolección primaria de datos.

Además, si bien el estudio abarca perfiles glotopolíticos paradigmáticos, implica que los hallazgos no son automáticamente extrapolables a la totalidad de la diversidad lingüística y cultural de América Latina. Asimismo, el análisis se basa predominantemente en documentos escritos, lo que podría dejar de lado matices importantes de la comunicación oral en entornos clínicos.

Para superar estas limitaciones, se plantea una agenda de investigación decolonial orientada a integrar saberes ancestrales de regiones marginadas, desarrollar tecnologías comunitarias con acceso *offline* y crear bancos etnolingüísticos colaborativos que preserven conocimientos médicos en lenguas en riesgo.

En síntesis, este estudio redefine la traducción médica como una práctica ética y democratizadora, capaz de equilibrar ciencia y cultura. Su modelo convierte la fidelidad traductológica en una forma de justicia cognitiva, al servicio de la equidad sanitaria en América Latina.

Referencias

- Alarcón, A. M., Astudillo, P., Barrios, S. y Rivas, E. (2004). Política de Salud Intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile*, 132(9), 1109-1114. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000900013>
- Argentina, Honorable Congreso de la Nación. (2009). *Ley 26.529: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud* (octubre 21). http://www.legislaud.gov.ar/pdf/ley26529_ta.pdf
- Argentina, Honorable Congreso de la Nación. (2020). *Reglamentación de la ley 27.553: recetas electrónicas o digitales para la prescripción y dispensa de medicamentos*. https://www.saij.gob.ar/DN20230000098?utm_source=newsletters&utm_medium=email&utm_term=semanal&utm_campaign=decreto-nacional
- Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE). (2005). *Diccionario panhispánico de dudas*. Santillana Ediciones Generales. <https://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-panhispanico-de-dudas>
- Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). (2024). *DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud*. OPS/OMS. <https://decs2020.bvsalud.org/E/homepage.html>
- Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power* (G. Raymond y M. Adamson, Trans.). Harvard University Press.
- Butragueño, P. M. (2002). *Variación lingüística y teoría fonológica*. El Colegio de México. <https://biblioteca-repositorio.clasco.edu.ar/bitstream/CLACSO/251111/1/Variacion-linguistica.pdf>
- Cabré, M. T. (1999). *Terminología. Representación y comunicación*. Institut Universitari de Lingüística Aplicada.
- Carrillo, X. I. y Sánchez, M. T. (2014). Acceso a la salud por parte de la población indígena mayahablante en México: elaboración de materiales didácticos desde la interculturalidad. *Revista de Lenguas para Fines Específicos*, 25(2), 136-153. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n40_tribuna_Iglesias-Tercedor.pdf
- Centro de Memoria Histórica. (2023). *Salud mental y atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Enlace_MinSalud_43_SaludMental.pdf
- Chile, Ministerio de Salud. (2012). Decreto 35. Reglamento de denominaciones médicas (mes día). <https://www.superdesalud.gob.cl/normativa/decreto-n-35-minsal/>
- Colombia, Presidencia de la República. (2012). Decreto 1954, por el cual se dictan disposiciones para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas (septiembre 19). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49446>
- Creswell, J. W. y Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3.ª ed.). SAGE.

- Diki-Kidiri, M. (2000). Une approche culturelle de la terminologie. *Terminologies Nouvelles*, (21), 27-31. https://termisti.ulb.ac.be/archive/rifal/PDF/tn21/tn21_Diki-Kidiri_Contributions.pdf
- Fernández-Silva, S. (2014). *Variación terminológica y cognición: factores cognitivos en la denominación del concepto especializado* [Tesis doctoral, Universitat Pompeu Fabra]. <http://hdl.handle.net/10803/22638>
- Fontanella de Weinberg, M. B. (1999). *Sistemas pronominales de tratamiento usados en el mundo hispánico*. Real Academia Española. <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/6005>
- Fort, M. P., Paniagua-Avila, A., Beratarrechea, A., Cardona, S., Figueroa, J. C., Martínez-Folgar, K., Moyano, D., Barrios, E., Eliu Mazariegos, E., Palacios, E., Irazola, V., He, J., y Ramírez-Zea, M. (2019). Stakeholder engagement in the translation of a hypertension control program to Guatemala's public primary health care system: Lessons learned, challenges, and opportunities. *Global heart*, 14(2), 155-163. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2211816019300808>
- Incayawar, M. y Saucier, J. F. (2015). Exploring pain in the Andes—learning from the Quichua (Inca) people experience. *Postgraduate Medicine*, 127(4), 368-375. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00325481.2015.1015395>
- International Organization for Standardization (ISO). (2015). *ISO 17100: 2015: Translation services – Requirements for translation services*. <https://www.iso.org/standard/59149.html>
- International Organization for Standardization (ISO). (2021). *ISO 15223-1: 2021: Medical devices – Symbols to be used with information to be supplied by the manufacturer– Part 1: General requirements*. <https://www.iso.org/standard/77326.html>
- Izquierdo, I. G. (2009). *Divulgación médica y traducción: el género información para pacientes*. Peter Lang.
- Johnson, E., Marx, K., Nkimben, M., Gaugler, J., Gitlin, L., Parker, L. (2021). Adapting the ADS Plus program and study for a Spanish speaking population. *Innovation in Aging*, 5(Issue Supplement_1), https://academic.oup.com/innovateage/article/5/Supplement_1/484/6466781
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Notices*, (1), 278730. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5402/2012/278730>
- Labov, W. (1966). *The social stratification of English in New York City*. Center for Applied Linguistics.
- Medina, L. D., Woods, S. P., Mullen, R., John, S. E., Kunik, M., Pressman, P., Moeller, S., Martinez, M., Arroyo Miranda, M., Stocker, M., Lopez-Esquivel, N. y Vardeman, J. (2023). A boot camp translation of Alzheimer's disease in Hispanic/Latino communities. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 9(2), e12390. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37228576/>
- México, Secretaría de Salud. (2023). *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/lineamiento-estandarizado-para-la-vigilancia-epidemiologica-y-por-laboratorio-de-la-enfermedad-respiratoria-viral>
- Mignolo, W. D. (2000). *Local histories / global designs: Coloniality, subaltern knowledges, and border thinking*. Princeton University Press.
- Montalt, V. y González-Davies, M. (2014). *Medical translation step by step: Learning by drafting*. Routledge.
- Narvaja de Arnoux, E. B. (2006). *Análisis del discurso. Modos de abordar materiales de archivo*. Santiago Arcos Editor.
- Nida, E. A. (1964). *Toward a science of translating: With special reference to principles and procedures involved in Bible translating*. Brill.
- Nord, C. (1997). *Translating as a purposeful activity. Functionalist approaches explained*. St. Jerome Publishing. <https://doi.org/10.4324/9781315760506>
- Nord, C. (2007). Function plus loyalty: Ethics in professional translation. *Génesis. Revista Científica do ISAG*, 6, 7-17. <https://www.ufs.ac.za/docs/librariesprovider20/linguistics-and-language-practice-documents/all-documents/nord-2007function-loyalty-937-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Clasificación internacional de enfermedades* (11.ª ed.). <https://icd.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *UMDNS-Universal medical device nomenclature system*. https://www.bfarm.de/EN/Code-systems/Terminologies/UMDNS-EMDN/UMDNS/_node.html
- Ramírez Hita, S. (2010). *Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. OPS. <https://iris.paho.org/items/29925cf3-0689-4665-9f0f-4eeef7f4c777>
- Real Academia Española. (2022). *Corpus de referencia del español actual (CREA)*. <https://corpus.rae.es/creanet.html>

- Reiss, K. (1971). *Texttyp und übersetzungsmethode*. Scriptor Verlag.
- Reiss, K. (1976). Text type, translation types and translation assessment. In A. Chesterman (Ed.), *Readings in translation theory* (pp. 105-115). Oy Finn Lectura Ab.
- Tymoczko, M. (2006). Translation: Ethics, ideology, action. *The Massachusetts Review*, 47(3), 442-461. <https://www.jstor.org/stable/25091110>
- Valle, J. del (2007). *La lengua, ¿patria común?: ideas e ideologías del español*. Iberoamericana Editorial
- Vervuert. <https://www.torrossa.com/en/resources/an/2519344>
- Vermeer, H. J. (1989). Skopos and commission in translational action. In A. Chesterman (Ed.), *Readings in translation theory* (pp. 173-187). Oy Finn Lectura Ab.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Medication safety in high risk situations*. <https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-high-risk-situations>

Cómo citar este artículo: An, H. (2026). Adaptación cultural y estandarización terminológica en la traducción médica: desafíos y estrategias en contextos del español latinoamericano. *Íkala. Revista de Lenguaje y Cultura*, 31(1), e360801. <https://doi.org/10.17533/udea.ikala.360801>