

# Humanizar la comunicación en salud: humanidades médicas y traducción



Isabel García-Izquierdo

Grupo GENTT, Universitat Jaume I, España

[igarcia@uji.es](mailto:igarcia@uji.es)

<https://orcid.org/0000-0001-8208-4479>

## Resumen

La comunicación en salud se ha convertido en un tema central en las últimas décadas, sobre todo desde la irrupción del paradigma centrado en el paciente o *patient-centred care*. En el contexto de las *medical humanities*, crece el interés por las cuestiones éticas y los valores, y los estudios abogan por un abordaje interdisciplinario de la comunicación, que tenga en cuenta las necesidades y expectativas de los pacientes, con el fin de humanizar la comunicación. En este trabajo reflexionamos sobre los conceptos de comunicación y humanización en salud, con especial énfasis en la perspectiva de los pacientes, y planteamos algunas aportaciones que, desde la investigación en el campo de la traducción, pueden ayudar a humanizar dicha comunicación. En concreto, presentamos las propuestas derivadas de recientes proyectos de investigación del grupo GENTT (Géneros textuales para la traducción).

**Palabras clave:** comunicación en salud, humanidades médicas, atención centrada en el paciente, humanización, asimetrías, investigación en traducción

## Humanizing Health Communication: Medical Humanities and Translation

### Abstract

Health communication has become a central issue in recent decades, especially since the emergence of the patient-centred care paradigm. In the context of the medical humanities, there is a growing interest in ethical issues and values. Recent research advocates for an interdisciplinary approach to communication encompassing patients' needs and expectations ultimately aiming to *humanize* communication. In this paper we reflect upon the concepts of communication and humanization in the area of health, with a special emphasis on the patients' perspective, and drawing from some research contributions in the field of translation studies focused on humanizing. More specifically, we present proposals stemming from recent research projects of the GENTT Group (Textual Genres for Translation).

**Keywords:** healthcare communication, medical humanities, patient centred care, humanisation, asymmetries, research in translation



## Humaniser la communication en santé : sciences humaines médicales et traduction

### Résumé

La communication en santé est devenue une question centrale au cours des dernières décennies, en particulier depuis l'émergence du paradigme des soins centrés sur le patient. Dans le contexte des *humanités médicales*, l'intérêt pour les questions éthiques et les valeurs a augmenté et des études ont préconisé une approche interdisciplinaire de la communication qui tienne compte des besoins et des attentes des patients afin d'humaniser la communication. Dans cet article, nous réfléchissons aux concepts de communication et d'humanisation dans le domaine de la santé, en mettant l'accent sur le point de vue des patients, et en proposant quelques contributions de la recherche dans le domaine de la traduction qui peuvent aider à humaniser cette communication. Plus précisément, nous présentons les propositions issues des récents projets de recherche du groupe GENTT (Genres textuels pour la traduction).

**Mots-clés :** communication en matière de santé, humanités médicales, soins centrés sur le patient, humanisation, asymétries, recherche en traduction

## Humanização da comunicação em saúde: humanidades médicas e tradução

### Resumo

A comunicação em saúde se tornou uma questão central nas últimas décadas, especialmente desde o surgimento do paradigma do atendimento centrado no paciente. No contexto das humanidades médicas, o interesse está crescendo em questões e valores éticos, e nos estudos que defendem uma abordagem interdisciplinar da comunicação que leve em conta as necessidades e expectativas dos pacientes para humanizar a comunicação. Neste artigo, refletimos sobre os conceitos de comunicação e humanização em saúde, com ênfase especial na perspectiva dos pacientes, e propomos algumas contribuições que, a partir de pesquisas no campo da tradução, podem ajudar a humanizar essa comunicação. Especificamente, apresentamos as propostas derivadas de projetos de pesquisa recentes do grupo GENTT (gêneros textuais para tradução).

**Palavras-chave:** comunicação em saúde, humanidades médicas, atendimento centrado no paciente, humanização, assimetrias, pesquisa em tradução

## Introducción

Históricamente la relación médico-paciente se ha abordado desde una perspectiva biomédica, centrando la atención en el razonamiento puramente fisiopatológico y sin tomar en cuenta aspectos psicosociales y emocionales. A partir de los 2000, sin embargo, hubo un cambio hacia un modelo biosicológico, que se centra en el paciente en su conjunto y no solo en la enfermedad (Dean & Street, 2016; Montalt, 2017; Muñoz Miquel y García-Izquierdo, 2020).

Este nuevo modelo, que influyó notablemente en la comunicación, dio lugar a lo que se conoce como paradigma centrado en el paciente o *patient-centred care* (Epstein *et al.*, 2005; Montalt-Resurrecció y García-Izquierdo, 2016), que implica, entre otras cuestiones, tener en cuenta las necesidades y emociones del paciente, promover su autonomía y empoderamiento en la gestión de su salud o fomentar una relación comunicativa más igualitaria entre los agentes implicados, en definitiva, humanizar la comunicación (Borja y García-Izquierdo, 2025; Hoyos *et al.*, 2008).

Paralelamente, nació un campo interdisciplinario e intercultural que, como afirma Montalt-Resurrecció (2021), conduce hacia un modelo de la medicina y la salud más holístico, comprensivo e inclusivo. El creciente interés en la ética y los valores son el principal impulso para la emergencia y consolidación de este campo, denominado *medical humanities*, o, en el ámbito académico, *health humanities* (2021, p. 137).

Cole *et al.* (2015) definían las *medical humanities* como “An inter- and multidisciplinary field that explores contexts, experiences, and critical and conceptual issues in medicine and health care, while supporting professional identity formation” (p. 12).

Desde la perspectiva comunicativa, en el campo de los estudios de traducción también se han realizado avances en la relación de esta

con las humanidades médicas. Así, como afirma Montalt-Resurrecció (2021):

The entanglements between translation and medical humanities [...] point in the direction of re-introducing the human element which has been eroded both in healthcare and in translation. This will entail developing a holistic view in which the biomedical coexists with the historical, ethical, emotional, cultural and social dimensions of language and communication. (p. 144)

La traducción siempre se ha considerado una actividad de mediación, entendida esta como el grado “to which translators intervene in the transfer process by feeding their own knowledge and beliefs into their processing of a text” (Hatim y Mason 1997, p. 147). En este sentido, desde la traductología diversos autores han desarrollado marcos conceptuales centrados en los receptores, que pueden resultar de especial interés para esta nueva dirección de la comunicación desde el punto de vista de los pacientes. Entre ellos cabe destacar la traducción heterofuncional (Nord, 1997) o intergenérica (García-Izquierdo y Montalt-Resurrecció, 2013), la traducción intralingüística (Jensen, 2015; Jensen y Zethsen, 2012, Zethsen 2009, 2018), la desteterminologización (Campos Andrés, 2013; Montalt-Resurrecció y González-Davies, 2007), la traducción centrada en el usuario (para proporcionar herramientas prácticas y métodos que ayuden a empoderarse al traductor para actuar en favor de sus lectores, Suojanen *et al.* 2015), la comprensibilidad como problema de traducción (García-Izquierdo y Montalt-Resurrecció, 2017; Jensen, 2015), el *audience design* (García-Izquierdo y Montalt-Resurrecció, 2013; Mason, 2000; Montalt-Resurrecció *et al.*, 2016) o la traducción centrada en el paciente (Montalt-Resurrecció, 2017).

Algunos autores, además, amplían el modelo centrado en los pacientes para desarrollar un marco más complejo centrado en las relaciones *relationship-centred care* —Coyne *et al.*, 2018;

Derksen et al., 2015; Hamovitch et al., 2018—, cuyo centro de gravedad son las interacciones entre los distintos participantes (pacientes, profesionales sanitarios, familiares, cuidadores, intérpretes/mediadores —en los casos en que estén presentes en la consulta—, traductores, instituciones, etc.), ya que, en mayor o menor medida, todos ellos intervienen en el proceso de comunicación y en la toma de decisiones.

En las próximas páginas, reflexionaremos sobre la comunicación en salud y sobre cómo, desde la investigación en el campo de la traducción (y la comunicación especializada), es posible aportar soluciones para lograr su humanización, en la línea que proponen las humanidades médicas.

## 1. La comunicación en salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Department of Health and Human Services, 2000), la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. En el informe *Healthy People 2010* (Department of Health and Human Services, 2000) se destacan los atributos que debe tener una comunicación de salud efectiva, a saber:

1. Precisión: el contenido es válido y sin errores de hecho, interpretación o juicio.
2. Disponibilidad: el contenido es enviado o colocado donde la audiencia puede tener acceso al mensaje. Su colocación dependerá de la audiencia, la complejidad del mensaje y el propósito. Para este fin, deben incluirse desde canales interpersonales de comunicación hasta redes sociales, así como TV, radio, kioscos públicos o medios electrónicos, tales como periódicos e Internet.
3. Balance: el contenido debe ser apropiado, además de contemplar los beneficios y riesgos de acciones potenciales. Debe reconocer perspectivas diferentes y válidas de un asunto.

4. Consistencia: el contenido debe exhibir consistencia interna y estar en línea con otras informaciones sobre el tema que hayan sido publicadas por expertos.
5. Competencia cultural: el diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe contemplar los diferentes grupos poblacionales y sus características, tales como etnia, raza, lenguaje, niveles de educación e incapacidad.
6. Evidencia base: evidencia científica relevante que haya sido revisada y analizada rigurosamente para formular guías prácticas, medidas de ejecución y criterios de implementación, así como evaluaciones de tecnologías para aplicaciones de telesalud.
7. Alcance: el mensaje debe estar al alcance de la mayor cantidad de personas pertenecientes al público objetivo de la comunicación.
8. Fiabilidad: la fuente de la información es creíble y el contenido se mantiene actualizado.
9. Repetición: envío de información de forma reiterativa para reforzar el impacto que pueda tener en la audiencia.
10. Oportuno: el contenido se encuentra disponible cuando la audiencia está más receptiva o necesita la información específica.

Para Busse y Godoy (2016):

La comunicación en salud ha sido definida como el arte y las técnicas para informar, influir y motivar al público sobre temas de salud relevantes desde la perspectiva individual, comunitaria e institucional. Se ocupa de la prevención de enfermedades, las políticas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades y los individuos. Como su propio nombre lo indica, es un campo totalmente multidisciplinario: además de [las] ciencias de la salud y de la comunicación, se enriquece con la antropología, la sociología, la psicología, la neurociencia y la ingeniería, entre otras disciplinas. (p. 11)

En opinión de Rimal y Lapinski (2009): “Communication is at the heart of who we are as human beings. It is our way of exchanging information; it also signifies our symbolic capability” (pp. 247-247a). Anteriormente, Craig (1999) afirmaba: “Communication [...] is not a secondary phenomenon that can be explained by antecedents psychological, sociological, cultural, or economic factors; rather, communication itself is the primary, constitutive social process that explains all these other factors” (p. 126).

Sin embargo, como afirman Montalt-Resurrecció y García-Izquierdo (2016), los profesionales e investigadores de la mayoría de las profesiones y disciplinas tienden a ver la comunicación como un fenómeno secundario y meramente instrumental, no como un fin en sí misma. Esto mismo ocurre con los profesionales sanitarios, que se centran en la atención médica a los pacientes. Así se deduce, por ejemplo, de las conclusiones de un estudio sobre el consentimiento informado realizado por Muñoz-Miquel y García-Izquierdo (2020), en el que se afirma:

De la opinión de los profesionales se desprende que estos esfuerzos por facilitar la comprensión del documento constituyen casos relativamente aislados, puesto que lo habitual es que el profesional no preste tanta atención a que el documento escrito, como tal, se entienda (p. 145).

En general, tal y como se destaca en Bellés-Fortuño y García-Izquierdo (2025b), a partir de los diferentes análisis cualitativos y cuantitativos desarrollados con profesionales y pacientes por el grupo GENTT, “The results obtained [...] define trends that do not always correspond to ideal clinical communication practices in multilingual and multicultural settings” (s. p.).

Ríos Hernández (2011) revisa los conceptos y diferentes modelos teóricos que ha habido en las últimas décadas para definir la comunicación en salud y destaca que, a pesar de la

importancia del individuo como agente para propiciar el cambio de la comunicación en la población, son fundamentales también sus pares y los grupos comunitarios. En este sentido, es fundamental destacar la relevancia de la noción de *comunidad de conocimiento*, también denominada *comunidad discursiva* o *comunidad de práctica*, para una adecuada comprensión de la comunicación en salud.

Swales (1990, pp. 24-32) proponía seis criterios para definir a una comunidad discursiva, que podemos resumir en que sus miembros tienen finalidades públicas comunes; utilizan determinados mecanismos de intercomunicación; emplean formas de participación para proporcionar información y *feedback*; usan géneros para comunicar sus propósitos, utilizan léxico específico y, por último, el número de miembros de la comunidad discursiva es limitado. En otras palabras, y siguiendo la definición de Bazerman y Paradís (1991), el término *discourse community* identifica a un grupo de gente que comparte normas, características, patrones o prácticas del lenguaje como consecuencia de los procesos de comunicación que activan y de la identificación entre sus miembros. Este concepto ha sido criticado por la uniformidad o las relaciones simétricas que se derivan de su definición. De ahí que en García-Izquierdo y Montalt-Resurrecció (2022) se defina a cada una de estas comunidades como distintas culturas socioprofesionales o culturas de grupos de interés, que existen dentro y fuera de una cultura étnica y nacional particular y que comparten sistemas conceptuales, conocimiento previo de la disciplina, roles en una organización o sistema particular de distribución del trabajo, responsabilidades, código ético, estatus social hábitos de comunicación, prácticas discursivas, registros, preferencias terminológicas, pero también motivaciones personales, expectativas, preocupaciones en relación con su salud, necesidades de socialización o de empoderamiento, etc., en función de los casos. Por ejemplo, dentro del contexto español, los

cardiólogos o los neurólogos pueden compartir una misma cultura étnica y nacional, e incluso un mismo sistema de salud, pero pueden tener diferentes culturas disciplinares o profesionales. Por el contrario, los cardiólogos españoles, italianos o británicos pueden compartir más en términos de conocimiento o discurso por lo que respecta a su disciplina o profesión que los cardiólogos con los neurólogos españoles (García-Izquierdo y Montalt-Resurrecció, 2022, p. 2).

En resumen, hay que considerar dos nociones de cultura: en términos nacional/étnico/lingüístico y en términos socioprofesionales. Porque de ellas pueden derivarse las asimetrías o *health disparities* (Department of Health and Human Services, 2000) en la comunicación médico-paciente.

En un monográfico en 2016 de la revista *Panace@*, dedicado a la comunicación escrita para pacientes, se destaca la centralidad de los procesos de comunicación y de mediación entre los pacientes y los profesionales sanitarios, y se ahonda en la idea de que la comunicación en estos contextos se caracteriza por una serie de “asimetrías de partida relativas a los conocimientos previos, al estatus socioprofesional, a los intereses y expectativas, y en muchos casos, a las lenguas y culturas” (Montalt-Resurrecció y García-Izquierdo 2016b, p. 81).

Hay dos factores sociales que muestran la existencia de asimetrías culturales en los contextos médico-sanitarios y que, según Montalt-Resurrecció y García-Izquierdo (2016), representan dos caras de la misma moneda a la que llamamos “cultura”: la democratización del conocimiento especializado y, por tanto, la comunicación entre expertos y no expertos, separados por la posesión o no de conocimiento experto, que da lugar a las llamadas asimetrías intralingüísticas; y el fenómeno de la migración y la movilidad en un mundo interconectado de manera creciente, que propicia que los pacientes emigrantes se tengan que enfrentar a una lengua profesional y unos valores sobre la

salud distintos a los suyos, lo que da lugar a la asimetrías interlingüísticas.

Para García-Izquierdo y Montalt-Resurrecció (2022), un sistema culturalmente competente, que proporciona servicios de salud que cubran las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de los pacientes de manera efectiva puede ayudar a mejorar los resultados en salud y la calidad asistencial y puede contribuir a la eliminación de disparidades étnicas y raciales en salud (Betancourt *et al.*, 2015).

A continuación, reflexionaremos sobre cómo podemos, desde la investigación en traducción y comunicación, contribuir a nivelar estas asimetrías, con el objetivo de humanizar la comunicación en salud y conseguir con ello un sistema culturalmente más eficiente.

## 2. Humanizar la comunicación en salud

Cuando exploramos la noción de comunicación (y traducción) centrada en el paciente, encontramos diferentes dimensiones: la clínica, la lingüístico-comunicativa y la cultural, a la que acabamos de referirnos (véase Montalt-Resurrecció *et al.*, 2024). Para entender bien el concepto y mejorar la comunicación, es necesario tener en cuenta, por tanto, el contexto en el que esta se produce, las diferentes culturas nacionales, médicas, institucionales (comunidades discursivas o de práctica) o las tipologías de participantes en la interacción comunicativa y sus expectativas.

Son muchos los estudios, sobre todo desde la perspectiva de la psicología y la salud (Cuesta *et al.* 2017; Hoyos Hernández *et al.*, 2008; Serrano Villalobos, 2018), que han reivindicado la necesidad de humanizar la comunicación, es decir, devolver a la comunicación su papel primario, tras la deshumanización del discurso que se produjo especialmente en el siglo xx, motivada en parte por la tecnificación de la atención sanitaria, la búsqueda de eficiencia o la masificación (Gutiérrez, 2017). Humanizar

es escuchar y comprender, formarse para mejorar la comunicación, porque, como se afirma en el prólogo de Cuesta *et al.*, 2017, “humanizar la salud humaniza la vida y también la muerte”. En la introducción a su trabajo, Hoyos *et al.* (2008) definen la humanización como:

[el] abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual, mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia. De esta manera, se encuentra asociada con las relaciones que se establecen, al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivo. (p. 1)

Aunque para estos autores “no hay suficientes referentes empíricos sobre la humanización en salud” (p. 1), poco a poco, no obstante, se van realizando estudios que destacan el papel de la humanización y proponen estrategias para alcanzarla. Desde la perspectiva de la administración, en el caso de España, por ejemplo, en los años 80 ya hubo intentos de promover estrategias de humanización en salud, pero no fue hasta los 2000 cuando las comunidades autónomas empezaron a desarrollar en sus departamentos de salud planes integrales de humanización para intentar que se pueda vivir en comunidades sanas, mejor informadas y con mejores condiciones de vida. Estos planes incluían medidas como la formación de los profesionales sanitarios en habilidades comunicativas, el fomento de la empatía y la compasión, la promoción de la atención integral y personalizada, o el uso de nuevas tecnologías para mejorar la atención sanitaria. Son varias las comunidades autónomas que cuentan con escuelas de salud y que promueven actividades de alfabetización en salud para pacientes.

Con todo, en el Informe Situación de la humanización en la atención sanitaria en España. Revisión 2023-2024, realizado por Zarco y Martín-Urrialde (2024), se destaca que, a

pesar de los avances y de que, en general, el estado de la humanización en España cuenta con buena salud, por así decirlo, todavía hay margen de mejora, sobre todo en la extensión de los planes de humanización a todo el territorio, lo que comportaría también la creación de comisiones de humanización en todas las comunidades autónomas y la formación generalizada de los profesionales en habilidades comunicativas.

La necesidad de estudios que ahonden en la humanización en salud es reiterada en el epílogo de dicho trabajo, que firma B. Ruiz, director del Instituto Universitario de Pacientes y de la Cátedra de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC):

Debemos reforzar y seguir apoyando la cultura de humanización que impregna ya de forma sobresaliente a nuestro SNS [Sistema Nacional de Salud]. Lo debemos hacer con estudios y trabajos que ahonden en conceptos, aporten metodología e instrumentos para su pleno desarrollo por parte de quienes atienden a las personas y que propongan sistemas de evaluación de los resultados de las acciones realizadas a nivel de las organizaciones que permitan la universalización de las mejoras. (Zarco y Martín-Urrialde, 2024, p. 43)

Precisamente realizar estudios que ahonden en estos conceptos y aporten propuestas de mejora desde la perspectiva discursiva y traductológica es el propósito de las investigaciones del grupo GENTT de la Universitat Jaume I, interesado en la investigación de la comunicación especializada multilingüe y, en la última década, en la comunicación en los ámbitos de salud. En concreto, el grupo se propuso abordar el análisis de las estrategias de humanización en el sistema de salud de la Comunidad Valenciana, centrándose en determinados géneros médicos en la práctica clínica, puesto que los indicios apuntaban a que, a pesar de los esfuerzos de los planes de apuntados arriba, no se evidencia una mejora en la eficacia de la aplicación de

estos en nuestro sistema de salud, sobre todo por la falta de comprensibilidad en la comunicación (Borja y García-Izquierdo, 2025; García-Izquierdo y Bellés, 2024; García-Izquierdo y Montalt, 2017).

### 2.1. La aportación del grupo GENTT

Desde una perspectiva multidimensional (textual y discursiva, legal, socioprofesional y pedagógica), en los proyectos recientes del grupo GENTT<sup>1</sup> se han utilizado diferentes metodologías para contribuir a la humanización de la comunicación en salud. En concreto:

- Se han mapeado y descrito los principales géneros de la comunicación en salud (Montalt-Resurrecció *et al.*, 2024), se han realizado análisis textuales con corpus y se han diseñado recursos tecnológicos *ad hoc* (García-Izquierdo y Borja, 2024).
- Se ha realizado un análisis crítico de los marcos legislativos en los que funcionan los géneros médicos (Martínez Carrasco y Ordóñez López, 2023).
- Se ha abordado la interacción comunicativa entre profesionales sanitarios y pacientes, especialmente en el protocolo del consentimiento informado y se han realizado recomendaciones de mejora (Borja y García-Izquierdo, 2025; García-Izquierdo y Bellés, 2024; García-Izquierdo *et al.*, 2022; Muñoz-Miquel y García-Izquierdo, 2020).

- Se ha estudiado la importancia de la formación en habilidades comunicativas, utilizando técnicas de dramaturgia para simular situaciones reales de consulta (Montalt *et al.*, 2024; Muñoz-Miquel, 2023), y
- Se ha estudiado el papel de los diferentes agentes (sociedades médicas,<sup>2</sup> hospitales, administraciones) en la mejora de la comunicación. (Martínez Carrasco, 2022).<sup>3</sup>

Desde la perspectiva comunicativa (redacción, traducción e interpretación), en opinión de Montalt-Resurrecció (2017), los principales ámbitos que hay que considerar en la traducción centrada en el paciente (*patient-centred translation*) son:

- Lengua materna del paciente
- Relevancia y significación
- Inteligibilidad
- Empatía: privilegiar la persona en el uso del lenguaje.
- Conciencia del contexto y la situación
- Conciencia de las diferencias culturales y la pluralidad de la atención sanitaria
- Profesionalismo en las labores de traducción
- Ética: respeto, inclusividad, equidad, etc.
- Confianza en la traducción o mediación interlingüística e intercultural
- Accesibilidad y multimodalidad

Todos estos aspectos están íntimamente relacionados y podemos subsumirlos, a efectos explicativos, para analizar los resultados de las diferentes vertientes de la investigación

1 Este trabajo se ha realizado en el contexto de diferentes proyectos financiados del grupo GENTT: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PGC2018-098726-B-I00. Creating multilingual resources for improving doctor-patient communication in Public Health Services (HIPOCRATES); Conselleria de Educación y Universidades de la Generalitat Valenciana (CIAICO/2022/032). Formar en comunicació clínica a la Comunitat Valenciana. Orientacions i aplicacions didàctiques per adaptar el disseny curricular universitari i millorar la comunicació clínica; y Plan de promoción de la investigación Universitat Jaume I: Las sociedades médicas como agentes estratégicos en la comunicación médico-paciente (UJI-B2022-06).

2 Como se explica en líneas posteriores, en el contexto del proyecto del grupo GENTT, actualmente en vigor, sobre Sociedades médicas, se han realizado entrevistas en profundidad a siete profesionales miembros de las Juntas Directivas de diferentes sociedades médicas para conocer su opinión acerca de la importancia de la comunicación y el papel que dichas sociedades pueden jugar en la mejora de la misma.

3 García-Izquierdo, I., & Bellés-Fortuño, B. (2020). Entrevista a los responsables de la redacción de modelos de Consentimiento Informado de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Inédita.

apuntadas arriba, en tres grandes dimensiones, relacionadas con el contexto, el contenido de la comunicación y la actitud de los participantes, como se detalla a continuación.

### **2.1.1. Caracterización del contexto de comunicación**

Es muy importante tener en cuenta el contexto en el que se utilizan algunos géneros en el ámbito de la salud (como actos performativos). Informes médicos, consentimientos informados, guía para pacientes, etc. suelen utilizarse en hospitales y centros de salud en unas condiciones de comunicación que no siempre son óptimas (Montalt-Resurrecció *et al.*, 2024).

En investigaciones recientes del grupo GENTT, hemos utilizado métodos cualitativos, como grupos focales, encuestas y entrevistas, tanto con profesionales de la medicina como con pacientes, familiares y asociaciones (Bellés y García-Izquierdo, 2025b; García-Izquierdo *et al.*, 2021; García-Izquierdo y Bellés, 2024; Muñoz y García-Izquierdo, 2020) para determinar cuál es la percepción de los participantes respecto al contexto en el que se produce la comunicación. Para la mayoría de los facultativos, y también para los pacientes, las condiciones no son las óptimas y están lejos de reflejar los postulados del paradigma de la atención centrada en el paciente. La falta de tiempo para la lectura comprensiva de la documentación, la poca estandarización de los protocolos o la dificultad para comprender el contenido, de la que enseguida hablaremos, así como la falta de conciencia de las diferencias entre pacientes y culturas, especialmente cuando nos encontramos con contextos sanitarios multilingües y multiculturales, hacen que las condiciones en que se produce la comunicación sean mejorables.

Sería injusto decir que todos los profesionales de la salud obvian las cuestiones contextuales, porque ya muchos son conscientes de la importancia de considerar las diferencias para

abordar adecuadamente la comunicación en salud (algunos incluso sacan a relucir el concepto de humanización) y destacan la importancia de prestar asistencia sanitaria desde la escucha al paciente. Pero la realidad es que la mayoría reconoce que no se cuida la comunicación por falta de tiempo y la actitud a la hora de comunicarse no siempre es adecuada en este sentido (García-Izquierdo y Montalt, 2022, p. 9). Desde el punto de vista administrativo, además, son muy pocas las instituciones que cuentan con servicios profesionales de traducción para facilitar la tarea comunicativa. Es muy habitual que sean los propios profesionales los que traduzcan al paciente o que se recurra a algún familiar o a aplicaciones como Google Translator (Bellés y García-Izquierdo, 2025b).

### **2.1.2. Comprensibilidad**

Hemberg y Sved (2021) o García-Izquierdo y Montalt-Resurrecció (2022) consideran la falta de comprensión del contenido de los géneros utilizados en el ámbito de la salud una violación de la dignidad y los derechos de las personas. Esta situación puede ser habitual cuando el paciente no habla la lengua institucional utilizada por los profesionales sanitarios.

Para Hemberg y Sved (2021):

Not being understood and not understanding can be considered suffering related to care, where patients feel unsafe, sad, shameful and alone. Suffering in care can, in turn, lead to a worsening of patients' symptoms of illness. When patients feel that their mother tongue is respected by nursing staff, patients' feelings of loneliness and alienation can decrease. We saw here that the participants often experienced suffering related to care and could feel that their rights were compromised when they did not receive care in their mother tongue. Language barriers can result in patients perceiving a person speaking another language as being terse or rude, because language touches upon a significant emotional

dimension and helps preserve personal and linguistic identity. (p. 49)

En relación con la interpretación, en su estudio también revelan que los pacientes se sienten vulnerables y su autonomía se puede ver comprometida cuando son sus parientes más cercanos los que actúan como mediadores lingüísticos, situación que lamentablemente es más habitual de lo que debería, como hemos apuntado arriba.

Junto con las barreras lingüísticas en la comunicación oral, se sitúan también los problemas de comprensibilidad en la comunicación escrita.

En García-Izquierdo y Montalt-Resurrección (2017), se aborda el análisis de la comprensibilidad de los textos escritos para pacientes en contextos institucionales. En concreto, se analiza, utilizando las fórmulas de legibilidad INFLEZ para el español, un corpus de *fact sheet for patients*, cuyos resultados se complementan con análisis cualitativos: cuestionarios a redactores y traductores de los textos y grupos focales con pacientes. Del análisis triangulado se deduce que, a pesar de que muchos textos tendrían, desde el punto de vista de las fórmulas cuantitativas, un nivel de complejidad normal, los pacientes consideran en su análisis cualitativo que necesitan que se complementen los contenidos de los textos con explicaciones más adecuadas, sobre todo en lo que respecta a los términos técnicos (o las siglas) y que se mejoren las cuestiones formales, tipográficas, con el uso de tamaños de letra más adecuados, imágenes, etc. que los harían más amigables. También en García-Izquierdo (2022) se aborda la utilización de elementos metadiscursivos en el consentimiento informado y se concluye que los emisores de los documentos no utilizan adecuadamente algunas de las estrategias que podrían mejorar la comprensión. Por último, en García-Izquierdo *et al.* (2022) se recogen recomendaciones o buenas prácticas para la redacción de consentimientos informados que se pueden extrapolar a otros géneros.

En relación con la accesibilidad y la multimodalidad, la pandemia de 2020 obligó a activar las modalidades de telemedicina y teleconsulta, lo que en muchas ocasiones ha comportado el empeoramiento de la comunicación por las barreras visuales y auditivas y la falta de comunicación no verbal. (Montalt *et al.*, 2024).

En García-Izquierdo y Montalt (2022) se aborda en particular la importancia de la utilización de la lengua materna de los pacientes en la comunicación y se concluye que existe una diferencia de percepción entre médicos y enfermeras (más “cercanas” en el trato y con más predisposición a utilizar la lengua materna del paciente) y que todavía hay margen de mejora en la consideración del uso de la lengua materna como factor clave para la comprensibilidad.

Desde el punto de vista de la administración de salud, en una entrevista no publicada, realizada por García-Izquierdo y Bellés, en febrero de 2020, con responsables de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, como parte del análisis del estado de la cuestión sobre la utilización de consentimientos informados, se puso de manifiesto que en la redacción de los textos no participan lingüistas, sino que son los miembros del Departamento de Salud, junto con los responsables de los comités de ética, quienes los redactan. Esto mismo se ha podido corroborar en las siete entrevistas que hemos realizado recientemente, en el contexto del proyecto sobre sociedades médicas citado en la nota 2,<sup>4</sup> con profesionales médicos miembros de diferentes directivas, quienes destacan que es la administración de salud (o los propios hospitales) la encargada de redactar la documentación y que las sociedades médicas raramente intervienen; como mucho, realizan recomendaciones sobre los procedimientos a seguir a partir de las evidencias. Si a ello unimos

4 Las sociedades médicas como agentes estratégicos en la comunicación médico-paciente, Plan propio de investigación de la Universitat Jaume I (UJI-B2022-06).

los resultados de los estudios cualitativos desarrollados entre los años 2018 y 2020 con profesionales de la salud, en los que se ponía de manifiesto que, en ocasiones, a pesar de existir documentación sancionada por la administración de sanidad, cada hospital redactaba su propia documentación, podemos concluir que en ningún caso existe participación de expertos en lengua y traducción en la redacción (o revisión al menos) de los textos de información para pacientes.

### 2.1.3. Actitud de los participantes en la interacción

Un tercer aspecto fundamental que hay que considerar es la actitud de los participantes en el acto de comunicación, tanto de los facultativos, como de los pacientes y sus familiares.

En relación con la actitud de los facultativos, para Epstein *et al.* (2005) los conceptos clave de la comunicación centrada en el paciente que deben tener en cuenta los profesionales pasan por un tratamiento individualizado, considerando las necesidades, ideas y expectativas personales (por ejemplo, ser especialmente sensible con temas que son tabú en determinadas culturas —Montalt-Resurrecció y García-Izquierdo, 2016, 2022), siendo conscientes siempre de la diversidad de pacientes, de que estos deben ser tratados como un individuo único en su contexto psicosocial, y por la ayuda al paciente para que sea capaz de compartir la responsabilidad de su proceso terapéutico, implicándolo en las elecciones sobre su salud en la medida en que este quiera (Montalt-Resurrecció *et al.*, 2024).

No obstante, estudios recientes del grupo GENTT (Bellés y García-Izquierdo, 2025a; Muñoz-Miquel, 2019; Muñoz y García-Izquierdo, 2020) ponen de manifiesto la falta de empatía en la comunicación, tanto desde el punto de vista oral (aspectos emocionales y comunicación no verbal), como desde el punto de vista escrito. En la interacción oral, muchos

profesionales tienden a considerar que se trata de una cualidad innata y, especialmente en casos de situaciones delicadas, se concentran en la información factual, dejando de lado las emociones. Respecto de los textos escritos, los pacientes afirman que el grado de empatía con que está redactado un texto les suscita un “ruido emocional”, emociones y sentimientos que pueden interferir en la comprensión (García-Izquierdo y Montalt, 2017).

Es cierto que existen muchos tipos de pacientes (Montalt *et al.*, 2024) y que, en ocasiones, el profesional puede encontrarse con que el paciente es poco colaborativo o incluso tiene actitudes inadecuadas, a veces motivadas por el estrés emocional (apatía, falta de interés en su propio proceso terapéutico, agresividad, etc.), pero estamos convencidos de que la ética profesional debe situarse por encima de estas situaciones; sobre todo cuando nos encontramos en situaciones de comunicación intercultural e interlingüística, en las que la empatía juega un papel fundamental (Montalt-Resurrecció, 2022).

En función de cómo se desarrollen estas tres dimensiones que acabamos de comentar, pueden producirse lo que los autores del informe *Healthy People 2010* (Department of Health and Human Services, 2000) llaman *health disparities* (asimetrías, en los trabajos de García-Izquierdo y Montalt-Resurrecció, 2013, y Montalt-Resurrecció y García-Izquierdo, 2016, 2022), que es necesario nivelar.

## 3. Conclusiones

A partir de lo expuesto y en línea con las investigaciones de GENTT, podemos proponer algunas acciones para mejorar la comunicación y humanizarla. En general, debemos seguir fomentando la investigación empírica, con la participación de todos los agentes implicados (profesionales, pacientes, administraciones). Además, sería interesante:

Lograr mejorar la comprensibilidad de los géneros (escritos y orales) para pacientes y su

diseño desde una actitud empática. Estrategias como evitar palabras ambiguas o alarmantes, dar explicaciones explícitas y proporcionar información clara (determinologización, uso de imágenes, etc.) y de manera positiva sobre los procesos terapéuticos, explicar claramente los efectos en la vida diaria, o utilizar gestos y un tono de voz adecuado y amigable, intentando entender los sentimientos de los pacientes (especialmente cuando hay diferencias culturales y lingüísticas) pueden mejorar sensiblemente la comunicación. Asimismo, esforzarse por animar a los pacientes a expresar sus sentimientos y empoderarlos es un reto para los profesionales que puede marcar las diferencias en la práctica clínica (Montalt-Resurrecció *et al.*, 2024; Muñoz-Miquel, 2019, 2023).

Desde el punto de vista de los profesionales de la traducción que intervienen en los procesos comunicativos en salud, y desde una perspectiva de la traducción centrada en el paciente (Montalt, 2017; Montalt *et al.*, 2024), debemos promover y defender la utilización de las técnicas de traducción intralingüística: “adapting, simplifying, or making content explicit to adapt communication to a non-expert audience such as patients” (Hemberg y Sved, 2021, p. 42), con el objetivo de no excluir a ningún paciente. En este sentido, son fundamentales los conceptos de recontextualización (Bassnett, 2013), reformulación (Ciapuscio, 2003), traducción heterofuncional y *shift* (Munday, 2002), que nos ayudarán a realizar las adaptaciones pertinentes.

Debemos promover y defender la relación entre comunidades culturales (o de práctica) distintas. La estructura variable de algunos documentos en función de los hospitales, a pesar de que muchos de ellos están regulados —y por ende deberían presentar prototipicidad y recurrencia— puede dificultar la comunicación. De hecho, tal variabilidad puede provocar situaciones de asimetría en el trato en función de las condiciones de cada hospital y

las características de su personal. Por lo tanto, hay que sensibilizar a los profesionales de la importancia de tener modelos normalizados y sancionados, y reivindicar el papel de los especialistas en comunicación (redacción y traducción) en el proceso de diseño comunicativo puesto que, como hemos apuntado, en la mayoría de las ocasiones no existe una revisión por parte de estos.

En este mismo sentido, lograr influir en las administraciones públicas para que entiendan la importancia de promover materiales adecuados sin duda redundará en una mejora del sistema y en el ahorro de recursos (adherencia a los tratamientos). Hay que crear políticas que reduzcan las barreras lingüísticas y administrativas para el bienestar de los pacientes.

De igual forma, es importante lograr que los futuros profesionales sanitarios reciban una mejor formación en comunicación clínica y en competencia cultural e intercultural. De ahí que sea fundamental sensibilizar a estos profesionales y a sus formadores (especialmente en las universidades) para que se considere que las habilidades comunicativas son un aspecto fundamental de la formación (García-Izquierdo y Montalt, 2022, p. 10; Muñoz-Miquel, 2019; 2023).

En esta línea, es importante ponderar el papel del traductor como mediador intercultural en el ámbito de la salud, en cuanto este ha de tener en cuenta el impacto de la distancia cultural cuando traduce (o interpreta) y, en este sentido, en ocasiones tiene que “recrear” o “transcrear” (Katan, 2013, Liddicoat, 2015) para contrarrestar el posible monólogo entre expertos.

Hemos visto que la mejora en la comunicación es un eje clave para la mejora del sistema sanitario. Esta pasa por la formación, tanto de los futuros profesionales de la salud y de la mediación (intérpretes y traductores) en las universidades, como de los profesionales en

ejercicio, mediante la formación continuada para el reciclaje profesional.

Ahora bien, para ello es fundamental la implicación de todos los agentes que intervienen en el proceso, comenzando por las administraciones sanitarias y continuando por los profesionales y los propios pacientes. Hay que seguir haciendo pedagogía desde la comunicación en salud para conseguir un sistema culturalmente competente, es decir, un sistema más humanizado, en el que todos los participantes cumplan su papel desde una postura ética y comprometida.

Podemos afirmar que el campo de la humanización en salud es multidisciplinario, por lo cual desde la investigación en traducción y comunicación también se pueden realizar aportaciones muy relevantes. Así que, por supuesto, hay que seguir investigando desde diferentes perspectivas, porque existe margen de mejora, como hemos visto, y solo la investigación permitirá seguir avanzando para proporcionar más recursos a profesionales y pacientes.

## Referencias

- Bassnett, S. (2013). *Translation*. Routledge.
- Bazerman, C., & Paradis, J. G. (Eds.). (1991). *Textual dynamics of the professions: Historical and contemporary studies of writing in professional communities*. University of Wisconsin Press.
- Bellés-Fortuño, B., & García-Izquierdo, I. (2025a). Empathic communication in healthcare settings. In B. Bellés-Fortuño (Ed.), *Multidisciplinary and multicultural discourses: Research and profession*. Vernon Press (en prensa).
- Bellés-Fortuño, B., & García-Izquierdo, I. (2025b). Intercultural awareness in the medical consultation: The informed consent (IC). In F. Yus (Ed.), *The pragmatics of metadiscourse. Insights from intercultural and cross-cultural communication*. Mouton De Gruyter (en prensa).
- Borja, A., & García-Izquierdo, I. (2025). Humanising doctor-patient communication: the Hipocrates project. In R. Martínez & A. Muñoz-Miquel (Eds.), *Humanisation of translation/communication in medical and health-care settings*. Publicaciones de la Universitat de València (en prensa).
- Busse, P., & Godoy, S. (2016). Comunicación y salud. *Cuadernos.info* (38), 10-13. <https://cuadernos.info/index.php/cdi/article/view/24237>
- Campos Andrés, O. (2013). Procedimientos de desteminologización: traducción y redacción de guías para pacientes. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 14(37), 48-52. <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n37-tradyterm-OCamposAndres.pdf>
- Ciapuscio, G. E. (2003). Formulation and reformulation procedures in verbal interactions between experts and (semi-) laypersons. *Discourse Studies*, 5(2), 207-233. <https://doi.org/10.1177/1461445603005002004>
- Cole, T. R., Carlin, N. S., & Carson, R. A. (2015). *Medical humanities: An introduction*. Cambridge University Press.
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: A concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Craig, R. T. (1999). Communication theory as a field. *Communication Theory*, 9(2), 119-161. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1468-2885.1999.tb00355.xv>
- Cuesta, U., Peñafiel, C., Terrón, J. L., Bustamante, E., & Gaspar, S. (Coords.). (2017). *Comunicación y salud*. Dextra Editorial.
- Dean, M., & Street Jr., R. L. (2016). Patient-centered communication. En E. Wittenberg, B. R. Ferrell, J. Goldsmith, T. Smith, S. L. Ragan, M. Glajchen, G. Handzo (Eds.), *Textbook of palliative care communication* (pp. 238-245). Oxford University Press.
- Department of Health and Human Services (2000). *Healthy people 2010. Understanding and improving health*. U. S. Department of Health and Human Services. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED443794.pdf>

- Derksen, F., Bensing, J., Kuiper, S., van Meeren-donk, M., & Lagro-Janssen, A. (2015). Empathy: What does it mean for GPs? A qualitative study. *Family Practice*, 32(1), 94-100. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu080>
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516-1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>
- García-Izquierdo, I., & Bellés-Fortuño, B. (2024). Improving clinical communication: A qualitative study on the informed consent. *Revista de Lingüística y Lenguas Aplicadas*, 19, 71-83. <https://doi.org/10.4995/rlyla.2024.19803>
- García-Izquierdo, I., Bellés-Fortuño, B., & Moro, M. (2021). Estudio para la mejora en la comunicación del consentimiento informado: La perspectiva de los profesionales sanitarios. *Actas del vii Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud* (vol. 1). Murcia, España.
- García-Izquierdo, I., & Borja Albi, A. (2024). La comunicación en contextos de salud: Generación de recursos tecnológicos para la mejora de la eficacia comunicativa del consentimiento informado. *Cadernos de Tradução*, 44(1), e95247. <https://doi.org/10.5007/2175-7968.2024.e95247>
- García-Izquierdo, I., Borja, A., & Montalt, V. (2022). Guía de buenas prácticas. Recomendaciones para mejorar el proceso y el diseño del Consentimiento informado. Web del proyecto Hipócrates. <https://view.genially.com/62724ff11be632001196f5bf>
- García-Izquierdo, I., & Montalt-Resurrecció, V. (2013). Equigeneric and intergeneric translation in patient-centred care. *Hermes. Journal of Language and Communication in Business*, (51), 39-51. <https://doi.org/10.7146/hjlc.v26i51.97436>
- García-Izquierdo, I., & Montalt-Resurrecció, V. (2017). Understanding and enhancing comprehensibility in text for patients in an institutional health care context in Spain: A mixed methods analysis. In P. Santaemilia & S. Maruenda-Bataller (Eds.), *Specialised translation in Spain. Institutional dimensions. Special Issue of RESLA*, 30(2), 592-610. <https://doi.org/10.1075/resla.00008.gar?locatt=mode:legacy>
- García-Izquierdo, I., & Montalt-Resurrecció, V. (2022). Cultural competence and the role of the patient's mother tongue: An exploratory study of health professionals' perceptions. *Societies*, 12(53), 1-11. <https://doi.org/10.3390/soc12020053>
- Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la atención primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38. <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169650683005.pdf>
- Hamovitch, E. K., Choy-Brown, M., & Stanhope, V. (2018). Person-centered care and the therapeutic alliance. *Community Mental Health Journal*, 54, 951-958. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0295-z>
- Hatim, B. y Mason, I. (1997). *The translator as communicator*. Routledge.
- Hemberg, J., & Sved, E. (2021). The significance of communication and care in one's mother tongue: Patients' views. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(1), 42-53. <https://doi.org/10.1177/2057158519877794>
- Hoyos Hernández, P. A., Cardona Ramírez, M. A., & Correa Sánchez, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 218-225. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.2847>
- Jensen, M. N., & Zethsen, K. K. (2012). Translation of patient information leaflets: Trained translators and pharmacists-cum-translators: A comparison. *Linguistica Antverpiensia, New Series-Themes in Translation Studies*, 11, 31-49. <https://doi.org/10.52034/lanstts.v11i.295>
- Jensen, M. N. (2015). Optimising comprehensibility in interlingual translation: The need for intralingual translation. En K. Maksymski, S. Gutermuth, y S. Hansen-Schirra (Eds.), *Translation and comprehensibility* (vol. 72, pp. 163-194). Frank & Timme.

- Katan, D. (2013). Intercultural mediation. *Handbook of Translation Studies*, 4(1), 84-91. <https://doi.org/10.1075/hts.4.int5>
- Liddicoat, A. J. (2015). Intercultural mediation, intercultural communication and translation. *Perspectives*, 24(3), 354-364. <https://doi.org/10.1080/0907676X.2014.980279>
- Mason, I. (2000). Audience design in translating. *The Translator*, 6(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/13556509.2000.10799053>
- Martínez-Carrasco, R. (2022). Incidència i ús de la imatge de consentiments informats de societats mèdiques espanyoles. En J. Haba-Osca & F. González-Sala (Eds.), *Il·lustrar la ciència. Aplicacions de la literatura gràfica en contextos científics i divulgatius* (pp. 67-77). Tirant Lo Blanch.
- Martínez Carrasco, R., & Ordóñez López, P. (2023). El consentimiento informado en la comunicación médico-paciente: Análisis crítico del marco legislativo. *Hermes. Journal of Language and Communication in Business*, 63, 99-117. <https://doi.org/10.7146/hjlc.vi63.134391>
- Montalt-Resurrecció, V. (2017). Patient-centred translation and emerging trends in medicine and health care. *European Society of Translation Studies. EST Newsletter*, 51, 10-11. [http://www.est-translationstudies.org/commit-tees/news\\_editors.html](http://www.est-translationstudies.org/commit-tees/news_editors.html)
- Montalt-Resurrecció, V. (2021). Medical humanities and translation. En Ş. Susam-Saraeva y E. Spišáková (Eds.), *The Routledge handbook of translation and health* (pp. 130-148). Routledge.
- Montalt-Resurrecció, V. (2022). Ethical considerations in the translation of health genres in crisis communication. In S. O'Brien & F. M. Federici (Eds.), *Translating crises* (pp. 17-36). Bloomsbury Academic.
- Montalt-Resurrecció, V., & García-Izquierdo, I. (2016). Exploring the links between the oral and the written in patient-doctor communication. In N. Edo & P. Ordóñez (Eds.), *Medical discourse in professional, academic and popular settings* (pp. 103-124). Multilingual Matters.
- Montalt-Resurrecció, V., Muñoz-Miquel, A., & García-Izquierdo, I. (2016). *Translating genres for patients: Challenges for audience design*. Ponencia presentada en el VIII Congreso EST, 15-17 de septiembre, Aarhus University, Dinamarca.
- Montalt-Resurrecció, V., Zethsen, K. K., & Karwacka, W. (2018). Medical translation in the 21st century-challenges and trends. *MonTI. Monografias de Traducción e Interpretación*, 10, 27-42. <https://doi.org/10.6035/MonTI.2018.10.1>
- Montalt-Resurrecció, V., & Gonzalez-Davies, M. (2007). *Medical translation step by step: Learning by drafting*. Routledge.
- Montalt-Resurrecció, V., & García-Izquierdo, I. (2016b). ¿Informar o comunicar? Algunos temas emergentes en comunicación para pacientes. *Panace@*, 17(44), 81-84. [https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44\\_editorial.pdf](https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44_editorial.pdf)
- Montalt-Resurrecció, V., García-Izquierdo, I., & Muñoz-Miquel, A. (2024). *Patient-centred translation and communication* (serie Translation practices explained). Routledge.
- Montalt-Resurrecció, V., Muñoz-Miquel, A., & Markey, A. (2024). El uso de métodos dramáticos para la adquisición de competencias comunicativas por parte de intérpretes y mediadores en entornos médico-sanitarios. II Congreso Internacional Traducción y Sostenibilidad Cultural. Retos y nuevos escenarios. Salamanca, España, 17 de abril de 2024.
- Munday, J. (2002). Systems in translation: A systemic model for descriptive translation studies. In T. Hermans (Ed.), *Crosscultural transgressions: Research models in translation* (vol. 2: Historical and ideological issues, pp. 76-92). Routledge.
- Muñoz-Miquel, A. (2019). Empathy, emotions and patient-centredness: A case study on communication strategies. *Hermes. Journal of Language and Communication in Business*, 59(1), 71-89. <https://doi.org/10.7146/hjlc.v59i1.116990>
- Muñoz-Miquel, A. (2023). *La traducción médico-sanitaria: profesión y formación*. Comares.
- Muñoz-Miquel, A., & García-Izquierdo, I. (2020). El consentimiento informado y la comunicación centrada en el paciente: Reflexiones

- desde la perspectiva de profesionales sanitarios y pacientes. In C. Botella, C. Iliescu & J. Franco (Eds.), *Translatum Nostrum. La traducción y la interpretación en el ámbito especializado* (pp. 137-153). Comares.
- Nord, C. (1997). *A functional typology of translations* (serie Benjamins Translation Library, 26, pp. 43-66). John Benjamins. <https://doi.org/10.1075/btl.26.05nor>
- Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 247-247a. Organización Mundial de la Salud. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.056713>
- Ríos Hernández, I. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la Comunicación*, 4(1), 123-140. <https://www.perspectivasdelacomunicacion.cl/index.php/perspectivas/article/view/111/94>
- Román Betancourt, M., Vena Robaina, D., & González Barrios, O. (2015). Fundamentos teóricos de la competencia comunicativa intercultural en idioma inglés. *Humanidades Médicas*, 15(1), 70-87. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v15n1/hmc05115.pdf>
- Serrano Villalobos, O. (2018). Comunicación y salud. *International Scientific Review. Communication Papers. Media Literacy and Gender Studies*, 7(13), 267-278. [https://doi.org/10.33115/udg\\_bib/cp.v7i13.21997](https://doi.org/10.33115/udg_bib/cp.v7i13.21997)
- Suojanen, T., Koskinen, K., y Tuominen, T. (2015). *User-centered translation* (serie Translation practices explained). Routledge.
- Swales, J. M. (1990). *Genre analysis: English in academic and research settings*. Cambridge University Press.
- Zarco, J., & Martín-Urrialde, J. A. (2024). Situación de la humanización de la atención sanitaria en España. Revisión 2023-2024. ceu Ediciones. <https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2024/05/digital-situacion-de-la-humanizacion-de-la-atencion-sanitaria-en-espana-revision-2023-2024.pdf>
- Zethsen, K. K. (2009). Intralingual translation: An attempt at description. *Meta*, 54(4), 795-812. <https://doi.org/10.7202/038904ar>
- Zethsen, K. K. (2018). Access is not the same as understanding. Why intralingual translation is crucial in a world of information overload. *Across Languages and Cultures*, 19(1), 79-98. <https://doi.org/10.1556/084.2018.19.1.4>

**Cómo citar este artículo:** García-Izquierdo, I. (2025). Humanizar la comunicación en salud: humanidades médicas y traducción. *Mutatis Mutandis, Revista Latinoamericana de Traducción*, 18(1), 13-28. <https://doi.org/10.17533/udea.mut.v18n1a03>