



Artículo especial

## La atención médica en los territorios bilingües

### Medical attention in bilingual territories

Gustavo Tolchinsky Wiesen<sup>a,b,\*</sup>, Rosa Calvo Escalona<sup>c,d,e,f</sup> y Marco Inzitari<sup>g,h</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Municipal, Badalona Serveis Assistencials, Badalona, España

<sup>b</sup> Junta de Gobierno, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

<sup>d</sup> Centro de Investigación Biomédica en Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España

<sup>e</sup> Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

<sup>f</sup> Departamento de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

<sup>g</sup> RE-FIT Barcelona Research Group, Vall d'Hebrón Institute of Research (VHIR), Barcelona, España

<sup>h</sup> Facultat de Ciències de la Salut, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España



#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de junio de 2022

Aceptado el 29 de julio de 2022

#### Introducción

Existe un amplio consenso sobre la importancia de la comunicación médico-paciente, que es un pilar básico para construir una correcta relación terapéutica<sup>1</sup> y que tiene impacto sobre aspectos muy relevantes, como la satisfacción de los pacientes, la adherencia<sup>2,3</sup> terapéutica o la reducción<sup>3</sup> de las denuncias, entre otros. A su vez, en la sociedad actual, el fenómeno del multilingüismo está globalizado y es cambiante, en paralelo a los procesos migratorios, lo cual supone un reto cotidiano para dar una correcta atención a pacientes que no son capaces de expresarse en el idioma local.

En la profesión médica los flujos migratorios<sup>4</sup> también van en aumento. Para los profesionales que emigran a países con idiomas oficiales distinto a los de origen existe la exigencia de acreditar una competencia lingüística como paso previo a su incorporación o de realizar períodos formativos obligatorios previos al inicio del ejercicio profesional. Pero también existen muchos países en el mundo donde el uso diario de 2 o más lenguas en régimen de cooficialidad es habitual, como Canadá, Suiza, Bélgica o Luxemburgo y también varios territorios en España, en los que no siempre hay un fácil encaje de una realidad más heterogénea, pero que resulta necesario abordar. Para ello, en el presente artículo queremos poner de manifiesto algunos aspectos relevantes que afectan a pacientes y profesionales en estos entornos complejos y de qué

modo el conocimiento de las lenguas y culturas autóctonas llega a formar parte de las competencias profesionales de las que nos hemos de dotar para poder aspirar a la excelencia profesional.

#### Lenguaje, lengua y bilingüismo

El lenguaje es una cualidad distintiva de la especie humana, la facultad del ser humano de expresarse y comunicarse con los demás a través del sonido articulado o de otros sistemas de signos. Tal como señala Jesús Tusón<sup>5</sup> en el *Diccionario de lingüística*: «la facultad del lenguaje ha tenido y tiene un papel central y constitutivo en la elaboración del pensamiento y de la conceptualización del mundo». Es una herramienta que permite, por ejemplo, elaborar los conceptos de causa o consecuencia. Según la UNESCO, el lenguaje es la condición misma de nuestra humanidad.

La lengua<sup>5</sup> es un sistema de signos articulados y el significado de estos signos viene de su valor individual y de su interrelación y también es el término para denominar el uso del lenguaje. La lengua se origina en un entorno sociocultural específico como primer marcador de identidad. La lengua materna constituye nuestro primer medio de comunicación social que, además, está impregnada de creencias, valores e identidad.

La condición bilingüe es un proceso dinámico y la capacidad en cada lengua puede variar, según el nivel de exposición a otros usuarios de cada lengua o a las oportunidades de usar las diferentes lenguas. El bilingüismo se define como la capacidad de las personas para comunicarse usando 2 idiomas, ya sea mediante el habla, la escucha, la escritura o la lectura. Las personas bilingües se pueden describir como simultáneas cuando están expuestas a ambos idio-

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gtolchinsky@gmail.com (G. Tolchinsky Wiesen).

mas en un grado significativo desde el nacimiento, o secuenciales, cuando desarrollan<sup>6</sup> una exposición significativa a la segunda lengua después de los 3 años. Hay publicaciones<sup>7</sup> que señalan algunas ventajas sociales y psicológicas del multilingüismo, pero también sobre su beneficio para la salud. Así, el bilingüismo ha resultado ser un factor contribuyente para la recuperación más rápida de los accidentes cerebrovasculares<sup>8</sup> y para el retraso en el inicio de la demencia<sup>9</sup>.

## La relación médico-paciente

Son sobradamente conocidos los postulados sobre los que se sustenta la relación médico-paciente, los aspectos claves de comunicación que la favorecen y la amenaza que supone la falta de esta competencia. El modelo denominado «atención centrada en el paciente» es un enfoque biopsicosocial, definido<sup>2</sup> como aquel en el que el profesional promueve una relación cooperativa en la que ambos protagonistas consensúan cuáles son los asuntos de interés para abordar las preocupaciones del paciente, las decisiones, sus pensamientos respecto de lo que le sucede y la gestión de sus expectativas. Todo ello teniendo en cuenta las expectativas personales y culturales.

En la mayoría de las publicaciones sobre habilidades comunicativas, excepto en las que tratan sobre minorías inmigrantes, se da por supuesto que tanto médico como paciente hablan el mismo idioma. No obstante, en muchas ocasiones podemos decir que, incluso en un mismo idioma, aparentemente la distancia entre los registros lingüísticos es tal que los pacientes podrían no entender gran parte de lo que el profesional dice.

Uno de los factores que pueden contribuir a mejorar esta barrera en la comunicación con los pacientes es la capacidad de abandonar el registro técnico y hablar con los pacientes en un registro más coloquial. Esta capacidad de cambiar de registro (léxico, gramática, etc.), también llamada *code-switching*<sup>10</sup>, puede ser más o menos consciente en los hablantes; según algunos autores, podría estar en relación con la capacidad de comprensión percibida, aunque recientemente se ha señalado que podría estar más relacionada con la imagen que el hablante desea proyectar. En todo caso, no queda claro por qué algunos profesionales son capaces de cambiar de registro y otros no, pero parece que queda muy ligado a la identidad profesional que se desarrolla durante la formación. De hecho, el abuso de terminología médica, junto con expresiones<sup>11</sup> enquistadas en la cultura médica, pueden, no solo formar una barrera comunicativa, sino provocar un efecto de rechazo e impactar negativamente en la relación terapéutica y distanciar a la comunidad de los profesionales.

Los objetivos<sup>2</sup> de una relación centrada en el paciente son: 1) establecer una relación terapéutica; 2) intercambiar informaciones, tales como conocer sus necesidades y expectativas; 3) responder ante las emociones de los pacientes; 4) generar compromiso en la toma de decisiones informada y colaborativa y 5) promover el autocuidado del paciente.

Algunas de las cualidades<sup>2,12</sup> y habilidades que se han de poseer para desplegar una buena habilidad comunicativa son la empatía, el asertividad y los valores. Diversos autores añaden también la capacidad de introspección<sup>13</sup> y de autorreflexión para comprender los escenarios a los que nos enfrentamos y también para comprender y modular las conductas mediante la competencia emocional, que ayudarán al profesional a crear un clima de comunicación efectiva en escenarios y con interlocutores muy variados.

## Lo que nos comunica el paciente

Las características personales y socioculturales de los pacientes<sup>14</sup> aportarán información contextual que podría

considerarse como prejuicio, pero que, en ocasiones, puede ser relevante en determinados motivos de consulta. Sin embargo, siempre hay que considerarla con cautela, pues puede ser errónea, dado que el caso particular no siempre es generalizable. El nombre de un paciente, su acento o idioma, su aspecto físico, la vestimenta, etnicidad o cualquier otro rasgo distintivo genérico pueden activar reflexiones clínicas que ayudarán a encuadrar sospechas clínicas, ya sea por su posible carga genética, hábitos y costumbres o por las enfermedades endémicas en ciertas regiones. Pero, a su vez, los aspectos idiomáticos, culturales y relacionales de nuestros pacientes nos ofrecen una pista y una oportunidad para crear las condiciones para conectar, empatizar, comunicarnos y encontrar la complicidad necesaria para abordar cualquier aspecto íntimo y privado. Se trata de favorecer un clima en el que los pacientes se permitan expresar sus sentimientos, sus hábitos y conductas que desvelen información relevante para comprender sus procesos patológicos y, en ocasiones, las oportunidades de actuar sobre factores patológicos precipitantes o de mantenimiento, pero, sobre todo de construir una relación terapéutica sólida. Aspectos como la información sobre sexualidad, vida de familia o de pareja, hábitos de consumo de tóxicos, la percepción de su imagen corporal o cómo quisieran abordar el final de la vida requieren que el paciente se sienta cómodo y respetado. Todos son ejemplos de contenidos que difícilmente aflorarán si no se tratan con la profundidad y la franqueza necesarias, si no hay una comprensión del contexto cultural ni un respeto por la identidad de la persona que tenemos delante.

En este sentido, cabe destacar que la manera en que afrontamos y expresamos aspectos relacionados con las distintas emociones<sup>15</sup> o el dolor<sup>16</sup> está muy ligada a la esfera más afectiva, está muy condicionada por la cultura y el entorno familiar. Esto conlleva que estos síntomas, que gracias al lenguaje se pueden conceptualizar, tienen su traducción verbal particular en la lengua propia de cada paciente, que no siempre se puede expresar igual en otras lenguas pese a su conocimiento, sino que se expresa de forma más clara en esas expresiones verbales y no en otras. De la misma manera en que los enfados o expresiones de afecto en nuestro entorno personal suenan más verdaderas cuando las decimos en la lengua en que verdaderamente sentimos y pensamos, nuestros pacientes también sufren y se preocupan en su lengua y no podremos explorarlos si no los acompañamos desde esa parte de su ser.

## La comunicación con pacientes vulnerables

El Convenio Europeo de Derechos Humanos<sup>16</sup> reconoce la situación especial y potencialmente vulnerable de los pacientes en el entorno clínico y anima a tener en cuenta la lengua materna, así como las necesidades individuales y la cultura del paciente, en la medida de lo posible, en su cuidado y en otros tratamientos. Sin embargo, no siempre será posible tener en cuenta la lengua materna y la cultura del paciente. Este es el caso, sobre todo, de los grupos con pocos hablantes de un idioma o de los grupos en los que los hablantes de un idioma determinado viven dispersos por todo el país. En estos casos, es importante señalar que el derecho a la interpretación y la traducción no tiene que estar necesariamente en la lengua materna de la persona. Para obtener capacidad de comprensión mutua, también se puede utilizar otra lengua común, que el paciente entienda lo suficiente. Puede resultar operativa y se puede desarrollar una relación de confianza, pero sigue interponiéndose una barrera entre lo que el paciente es capaz de expresar y lo que el profesional es capaz de comprender.

### En población anciana

En la población anciana, los códigos de comunicación están anclados en una cultura y un momento de su historia en el que se desarrollaron como personas, no en el presente. Por tanto, en

dicha población supone un reto añadido el ser capaces de trasladar nuestra mente a ese tiempo y espacio en que se gestaron las imágenes de lo que se expresa junto con los valores que lo acompañan. A ello se suman las dificultades sensoriales, la lentitud de los reflejos y la dificultad para retener información y manejarla con agilidad. Este perfil de pacientes, además, entiende el código de comunicación médico-paciente de forma distinta a la población más joven, a pesar de que merecen ser tratados bajo los mismos cánones de respeto a su autonomía que rigen en la actualidad. La necesidad de expresarse de la manera que les resulte más efectiva es esencial para sentirse bien atendidos, pero, a su vez, para trasladar de la manera más efectiva todo aquello que les preocupa. Por otro lado, su entorno, familiares o cuidadores son sus defensores y sufren ante los ataques a su dignidad. Por tanto, en el trato con estos pacientes, la exquisitez en el respeto a sus maneras de expresarse y la escucha activa permitirán no solo obtener una preciada información, no solo ganarse su confianza, sino establecer una alianza franca con sus cuidadores que reforzará su visión de profesionales que no solo tratan mecánicamente a sus pacientes sino que protegen su dignidad. Esta posición de aliado a ojos del paciente y de su entorno tiene un valor incalculable. Esta alianza trasciende en muchas ocasiones el frío éxito del acierto diagnóstico o resultado terapéutico, porque posibilita transitar por el sufrimiento y la incertidumbre de la mano de alguien que te reconforta.

En el caso de pacientes con diferentes formas de demencia (afasia progresiva primaria, frontotemporal o Alzheimer, en las cuales la alteración de la memoria semántica es característica), hay que tener en cuenta que se va perdiendo uno de los idiomas (más probablemente el no dominante) y el paciente puede no estar en condiciones de comunicarse (hablar y entender) en otro idioma de manera satisfactoria<sup>17</sup>.

#### En población pediátrica

En el caso del contacto del médico con el niño enfermo, se hace habitualmente a través de los padres, pero es muy importante establecer una relación de comunicación directa con el niño también. La adaptación del vocabulario, estructura de las frases, utilización de metáforas a su nivel de comprensión, el uso de lenguaje no verbal compartido es fundamental para facilitar la anamnesis y disminuir su ansiedad ante las exploraciones. Asimismo, la capacidad de comunicarse<sup>18</sup> con el menor en su lengua materna se considera un elemento facilitador de comunicación y de confianza. En población estadounidense se han realizado estudios que señalan mayor presencia de errores médicos en entornos hospitalarios cuando existen barreras idiomáticas, factor que no suele registrarse en la historia clínica de forma habitual<sup>19,20</sup>.

#### En la diversidad funcional

Aquellas personas con diversidad funcional y capacidad de comprensión y expresión limitada suelen experimentar aún más barreras en la comunicación, por lo que es especialmente importante acceder a los servicios usando, dentro de lo posible, su lengua materna<sup>21</sup>. En general, pese a las mejoras en los servicios como resultado de las políticas y recomendaciones de salud, es necesario avanzar más para garantizar que los servicios de salud realicen ajustes razonables para reducir la discriminación directa e indirecta de las personas con dificultades cognitivas.

#### Los procesos psicoterapéuticos

Un caso especial lo constituye el ejercicio de la psicoterapia. Tal como se ha comentado antes, la lengua materna<sup>15</sup> comprender grandes reservas de información emocional. Para realizar el tratamiento en condiciones óptimas, el terapeuta también debería

tener acceso a sentimientos primarios, a los primeros recuerdos y a creencias básicas y pensamientos (distorsionados), que suelen formularse en la lengua materna. Los terapeutas, en general, parecen no ser suficientemente conscientes del significado terapéutico del lenguaje del paciente. Cuando se discute la eficacia terapéutica se aborda, sobre todo, la capacidad del paciente para entender al terapeuta, aspectos socioculturales o el enfoque general de la terapia. Sin embargo, dada importancia del papel de la lengua materna en la expresión emocional, debería abordarse el estudio de su influencia en el resultado de la intervención psicoterapéutica, pues podría ser un factor clave en el desarrollo de una intervención de éxito<sup>21</sup>.

## El ejercicio profesional en territorios bilingües

### Heterogeneidad de los países y territorios

Dependiendo del país y de la demografía médica de cada territorio, encontramos sitios donde hay una única lengua oficial y poca movilidad de profesionales y otros territorios<sup>4,22</sup> donde hay al menos 2 idiomas cooficiales y, además, una alta tasa de movilidad de profesionales. En diversas publicaciones se debate el impacto sobre pacientes y sistemas sanitarios de la presencia de profesionales nacidos o formados en el extranjero<sup>4,23,24</sup> y cuál ha de ser su política de accesibilidad lingüística<sup>22</sup>. No hay soluciones perfectas, las decisiones de ámbito político son muy variadas y no siempre gozan del consenso de todas las partes. Como muestra de la complejidad en territorios bilingües, se da la paradoja de que en Quebec, donde la nueva legislación pretende imponer el francés sobre el inglés, se está generando un gran rechazo en sectores como la educación y el sistema sanitario, mientras en la región norte de la anglófona Ontario, donde vive un 10% de población francófona, la *Northern Ontario School of Medicine* se cuestionaba recientemente, y realizaba un estudio al respecto, sobre si asumía su cuota de responsabilidad social formando en la competencia lingüística francófona<sup>25</sup>.

Es importante tener en cuenta las cuestiones sociopolíticas asociadas a la lengua en el contexto clínico cotidiano. Así, si una lengua tiene un estigma social, las personas pueden no estar dispuestas a reconocer su grado de uso y necesidad de ese idioma. Tampoco debe subestimarse el sesgo inconsciente descrito en la comunidad clínica hacia la prestación de servicios de salud en la lengua comunitaria dominante, que podría perjudicar a los pacientes con lengua materna minoritaria.

### Movilidad de los profesionales

Datos recientes de la OCDE<sup>26</sup> muestran una importancia variable de la dependencia de profesionales nacidos o formados en el extranjero en todos los países de la zona. Países como Israel tienen casi un 60% de médicos formados o nacidos en el extranjero, mientras Alemania tenía un 13%, pero con un fuerte ascenso. La media de la OCDE está en torno al 20%. La tendencia migratoria se muestra claramente al alza. Los datos del Colegio de Médicos de Barcelona<sup>27</sup> muestran que en 2021 el 59% de los colegiados son autóctonos, un 18% son del resto del territorio español y un 22% proceden de fuera de España, mayoritariamente de Latinoamérica. Pero desde 2016 las nuevas incorporaciones procedentes de países extranjeros suponen más del 40% de las nuevas colegiaciones cada año. El fenómeno migratorio tiene elementos facilitadores de carácter cultural (lengua), geográfico, histórico (antiguas colonias en el caso del Reino Unido y Pakistán e India) o legal<sup>4</sup>, entre otros, pero no son el objeto de este artículo.

## La competencia lingüística en territorios bilingües

En la formación de grado y especializada es cuando se deben adquirir la mayoría de las competencias profesionales para un sólido ejercicio en el futuro, pero con el compromiso de una formación continuada como parte fundamental de nuestro contrato social.

La formación en habilidades comunicativas, pese a tener un amplio consenso teórico y a la evidencia<sup>1,28</sup> de su impacto positivo y de los esfuerzos para reforzarlo en el currículum formativo de grado en algunas facultades de medicina, no tiene todavía un peso relevante de manera generalizada en todos los currículums formativos de grado. Ya durante la misma carrera y durante la formación especializada la realidad muestra una tendencia a la erosión de hábitos de comunicación de estudiantes y residentes<sup>28,29</sup>. Pero no basta con la importancia curricular de las asignaturas, ya que es el entorno profesional no estructurado que proporciona la adquisición de hábitos y conocimientos no controlados, conocido como *currículo oculto*, el que comporta una responsabilidad compartida de la profesión por transmitir valores y hábitos que fomenten esta sensibilidad hacia todos los aspectos relativos a la comunicación.

Pero si, además, combinamos la complejidad de construir una correcta relación médico-paciente con el ejercicio en un territorio multilingüe y multicultural junto con la creciente movilidad de los profesionales, la resultante es, con mucha probabilidad, un ejercicio cotidiano más complejo, si cabe. Así, con todo lo expuesto, el profesional médico no siempre acaba ejerciendo donde creció ni donde se formó y esta movilidad, en ocasiones, tiene que ir acompañada del aprendizaje de otra lengua que le permita integrarse en el país o región de destino y comunicarse con los pacientes. En otras ocasiones, como hemos mencionado, hay territorios bilingües en los que el profesional no tiene como propia una de las lenguas. Pero, en cualquier caso, la necesidad de comunicarse con plenitud en la comunidad donde ejerce, ya sea la autóctona o la de acogida, debe ser un compromiso más de las competencias profesionales y un imperativo ético. No solo no se debe renunciar a incorporar los conocimientos de ambos idiomas por interés personal, sino precisamente por los pacientes que podrían ser hablantes de cualquiera de los 2 o más idiomas locales. Es una cuestión profesional y no de carácter meramente legal o identitario. La competencia clínica se debe poder desarrollar tanto en un idioma como en otro, pero, ante todo, y como principio de mínimos, se debe facilitar que los pacientes se puedan expresar, se les pueda comprender y se les respete en la lengua en que se sientan más cómodos, aspirando al pleno respeto a su autonomía como paciente.

### En busca de soluciones desde la profesión

La mejora en la comunicación con los pacientes atendidos debe ser una prioridad en los objetivos de formación de todos los profesionales sanitarios. Así, el principio de respeto hacia la lengua propia debe prevalecer. También debe promocionarse activamente la incorporación de las distintas lenguas en la práctica clínica de forma efectiva como parte de las competencias básicas para el mejor ejercicio profesional. Para ello es preciso incentivar y facilitar el aprendizaje de las lenguas a los profesionales, hasta que estas sirvan de herramienta de comunicación clínica y profesional con capacidad de adaptarse a los entornos de ejercicio habituales.

Más allá del discurso genérico, ¿qué estrategias desde la perspectiva profesional se pueden plantear a nivel local para la acogida de profesionales que no son conocedores de las lenguas cooficiales?

En nuestra experiencia desde el Colegio de Médicos de Barcelona, en el caso de profesionales que se incorporan para realizar la formación especializada en Cataluña, en su mayoría desarrollan una formación específica e interactúan con otros profesionales y

pacientes que facilitan el aprendizaje. No obstante, no todos los profesionales que se desplazan lo hacen en la etapa de formación, muchos se incorporan ya directamente a un puesto de trabajo. La tarea comienza con detectar y sensibilizar a estos profesionales que se incorporan a los colegios profesionales de la realidad lingüística en el territorio y orientarlos hacia los servicios de formación oficiales para que acrediten la adquisición de la competencia lingüística de la misma manera que ya estamos acostumbrados a acreditar la formación continuada en otras áreas profesionales. Esto ha de ir acompañado de una acogida para dar a conocer, no solo las características del sistema sanitario al que se van a incorporar, sino también las de la realidad social, cultural y lingüística. Por último, iniciativas como las parejas lingüísticas son experiencias en las que un profesional recién llegado es puesto en contacto con un colega, si es posible de la misma especialidad, hablante habitual del idioma que va a aprender, para mantener conversaciones regularmente e ir ganando fluidez y dominio de la lengua.

En el caso de los autores de este texto, nuestras trayectorias vitales y profesionales han hecho que Cataluña fuera nuestro lugar de ejercicio y desarrollo profesional y fuimos conscientes de que si solo nos ceñíamos al conocimiento de nuestra lengua materna, nuestra práctica clínica se habría visto empobrecida y nuestro desarrollo condicionado por la falta de capacidad de adaptación a los distintos entornos en los que la integración en el tejido local genera mayor confianza, y es una señal inequívoca de compromiso profesional de cara al futuro.

### Financiación

Ninguno de los autores recibió ningún tipo de financiación o subvención relacionada con esta publicación.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen intereses financieros en competencia conocidos ni relaciones personales que pudieran haber parecido influir en el trabajo informado en este documento.

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

### Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a los miembros de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Barcelona y especialmente a su presidente, Jaume Padrós, por animarlos a debatir y escribir el presente artículo y por las valiosas reflexiones de sus miembros, que han enriquecido el texto. Los autores también agradecen a Liliana Tolchinsky los consejos y la revisión crítica del texto.

### Bibliografía

1. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Acad Med.* 2001;76:390–3.
2. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: Achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med.* 2014;12:270–5.
3. Levinson W. Patient-centred communication: A sophisticated procedure. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:823–5.
4. Glinos IA, Wismar M, Buchan J. Governing health professional mobility in a changing Europe: Irene Glinos. *Eur J Public Health.* 2014;24(Suppl 2), <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku164.121>.
5. Tuson J. *Diccionario de lingüística*. Barcelona: VOX; 2000.
6. American Speech Language Hearing Association. Knowledge and skills needed by speech-language pathologists providing clinical supervision. 2008 [consultado 28 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.1044/policy.ks2008-00294>.
7. Nickels L, Hameau S, Nair VK, Barr P, Biedermann B. Ageing with bilingualism: Benefits and challenges. *Speech Lang Hear [Internet].* 2019;22:32–50, <http://dx.doi.org/10.1080/2050571x.2018.1555988>.
8. Alladi S, Bak TH, Mekala S, Rajan A, Chaudhuri JR, Mioshi G, et al. Impact of bilingualism on cognitive outcome after stroke. *Stroke.* 2016;47:258–61.



9. Mendis SB, Raymont V, Tabet N. Bilingualism: A global public health strategy for healthy cognitive aging. *Front Neurol*. 2021;12:628368.
10. Hadden K, Coleman C, Scott A. The bilingual physician: Seamless switching from medicalese to plain language. *J Grad Med Educ*. 2018;10:130–3.
11. Cox C, Fritz Z. Presenting complaint: Use of language that disempowers patients. *BMJ*. 2022;377:e066720.
12. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287:226–35.
13. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 1999;282:833–9.
14. Street RL Jr, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med*. 2007;65:586–98.
15. Kokaliari E, Catanzarite G, Berzoff J. It is called a mother tongue for a reason: A qualitative study of therapists' perspectives on bilingual psychotherapy—treatment implications. *Smith Coll Stud Soc Work*. 2013;83:97–118.
16. Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (ETS No. 005). Treaty Office [consultado 28 May 2022]. Disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=005>. Doi: 10.1163/9789004502758\_081.
17. Ivanova I, Salmon DP, Gollan TH. Which language declines more? Longitudinal versus cross-sectional decline of picture naming in bilinguals with Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc*. 2014;20:534–46.
18. Dunlap JL, Jaramillo JD, Koppolu R, Wright R, Mendoza F, Bruzoni M. The effects of language concordant care on patient satisfaction and clinical understanding for Hispanic pediatric surgery patients. *J Pediatr Surg*. 2015;50:1586–9.
19. Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns HJ, Krug SE. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics*. 1999;103:1253–6.
20. Ali A, Scior K, Ratti V, Strydom A, King M, Hassiotis A. Discrimination and other barriers to accessing health care: Perspectives of patients with mild and moderate intellectual disability and their careers. *PLoS One*. 2013 Aug 12;8:e70855.
21. Tannenbaum M, Har E. Beyond basic communication: The role of the mother tongue in cognitive-behavioral therapy (CBT). *Int J Billing*. 2020;24:881–92.
22. Linguistic and Cultural Accessibility of Healthcare Services. Implementation of Ministry of Health Director General's Circular 7/11 Submitted to the Committee for Immigration, Absorption and Diaspora Affairs [consultado 28 May 2022]. Disponible en: <https://m.knesset.gov.il/EN/activity/mmm/LinguisticCulturalAccessibility>.
23. Humphries N, Crowe S, McDermott C, McAleese S, Brugha R. The consequences of Ireland's culture of medical migration. *Hum Resour Health*. 2017;15:87.
24. Klingler C, Ismail F, Marckmann G, Kuehlmeier K. Medical professionalism of foreign-born and foreign-trained physicians under close scrutiny: A qualitative study with stakeholders in Germany. *PLoS One*. 2018 Feb 15;13:e0193010.
25. Bowen S. Health Canada: Language barriers in access to health care [consultado 28 May 2022]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html>.
26. OCDE. International migration of doctors and nurses. Health at a glance. OECD; 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/4262706c-en>.
27. Col·legi de Metges de Barcelona. Informe anual 2020 [consultado 28 May 2022]. Disponible en: <https://www.comb.cat/InformeAnual2020/index.html>.
28. Ferreira Padilla G, Ferrández Antón T, Baleriola Júlvez J, Almeida Cabrera R. Competencia en comunicación en el currículo del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la Atención Primaria al Plan Bolonia. *Aten Primaria*. 2015;47:399–410.
29. Sánchez-Candamio M. El procés de socialització del personal mèdic intern resident, 10. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut. Monografies; 2002. Generalitat de Catalunya.