

Percepción de las barreras comunicativas que experimentan personas migrantes en servicios de salud

María Belén Labraña Palma^{1,a}, Sergio Vladimir Flores Carrasco^{2,3,b,*}.

Perceptions of Communication Barriers Experienced by Migrants in Healthcare Services

RESUMEN

Las personas migrantes enfrentan barreras comunicativas lingüísticas, culturales y estructurales al acceder a servicios de salud, lo que dificulta entender indicaciones, expresar síntomas, participar en decisiones compartidas y adherirse a tratamientos, generando desconfianza, estigmatización y exclusión del sistema. **Objetivo:** Analizar, desde una perspectiva integradora, las principales barreras comunicativas percibidas por migrantes y evaluar las estrategias propuestas en la literatura para superarlas. **Métodos:** Se realizó una revisión de alcance siguiendo la metodología del Joanna Briggs Institute y la extensión PRISMA-ScR. Se buscaron artículos en Scopus, PubMed y Web of Science hasta enero de 2024 utilizando la estrategia de búsqueda "language barriers AND healthcare AND migrants". Tras descartar duplicados, se seleccionaron 11 estudios cualitativos y metasíntesis publicados entre 2011 y 2024. **Resultados:** Los estudios confirman que las barreras lingüísticas son las más frecuentes, con disponibilidad y calidad de intérpretes muy heterogéneas, lo que lleva al uso de mediación informal o a la falta total de apoyo. Las diferencias culturales en creencias y prácticas de salud generan malentendidos y estigmas, especialmente en salud mental y reproductiva. La complejidad administrativa, el desconocimiento de derechos y las actitudes discriminatorias profundizan la exclusión. Las estrategias más citadas incluyen la formación en competencia intercultural para profesionales de salud, el uso sistemático de intérpretes y mediadores, la simplificación del lenguaje técnico y la incorporación de videointerpretación como recurso tecnológico.

¹Universidad Autónoma de Chile, Facultad de Ciencias de la Salud, Santiago, Chile.

²Centro de Investigación en Medicina de Altura, Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile.

³Departamento de Psiquiatría Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

^aFonoaudióloga.

^bDoctor en Ciencias Biomédicas.

*Correspondencia: Sergio Flores / sefflores_unap.cl
Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile.

Financiamiento: Este trabajo no contó con apoyo financiero de ningún tipo.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 12 de junio de 2025.
Aceptado: 12 de enero de 2026.

Conclusiones: Para garantizar una atención sanitaria equitativa y de calidad, es imprescindible implementar políticas públicas que aseguren recursos lingüísticos y culturales adecuados, capacitar al personal en comunicación intercultural y desarrollar materiales informativos traducidos y adaptados culturalmente; sólo un enfoque integral reducirá desigualdades y fortalecerá el vínculo terapéutico con migrantes. **Palabras clave:** Barreras de Comunicación; Competencia Cultural; Migrantes; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

ABSTRACT

Migrants face linguistic, cultural, and structural communicative barriers when accessing healthcare services, which impede understanding of instructions, expression of symptoms, participation in shared decision-making, and treatment adherence, thereby fostering mistrust, stigma, and exclusion from the system. **Aim:** To analyze, from an integrative perspective, the primary communicative barriers perceived by migrants and to evaluate the strategies proposed in the literature to overcome them. **Methods:** A scoping review was conducted following the Joanna Briggs Institute methodology and PRISMA-ScR extension. Articles indexed in Scopus, PubMed, and Web of Science up to January 2024 were retrieved using the query “language barriers AND healthcare AND migrants.” After removing duplicates, 11 qualitative studies and meta syntheses published between 2011 and 2024 were selected. **Results:** The studies confirm that linguistic barriers are most prevalent, with interpreter availability and quality highly heterogeneous, often resulting in informal mediation or complete lack of support. Cultural differences in health beliefs and practices generate misunderstandings and stigma, particularly in mental and reproductive health. Administrative complexity, lack of awareness of patient rights, and discriminatory attitudes further exacerbate exclusion. The most cited strategies include intercultural competency training for healthcare professionals, systematic use of interpreters and cultural mediators, simplification of technical language, and implementation of video-interpretation technology. **Conclusions:** Ensuring equitable, high-quality care requires public policies that guarantee adequate linguistic and cultural resources, intercultural communication training for staff, and development of culturally adapted, translated informational materials; only an integrated approach will reduce disparities and strengthen the therapeutic relationship with migrant populations. **Keywords:** Communication Barriers; Cultural Competency; Emigrants and Immigrants; Health Services Accessibility.

Las personas migrantes enfrentan diversas barreras en el acceso y uso de los servicios de salud, entre las cuales las dificultades de comunicación ocupan un lugar central, afectando la calidad de la atención y los resultados en salud. Estas barreras pueden agruparse en tres niveles principales: lingüísticas, culturales y sistémicas, lo que contribuye a la profundización de las inequidades en salud entre las poblaciones migrantes.

Las barreras lingüísticas son las más ampliamente documentadas. Las diferencias idiomáticas entre pacientes migrantes y prestadores de salud dificultan la comprensión de las indicaciones médicas, la expresión de síntomas y el seguimiento de tratamientos^{1,2,3}. La utilización de intérpretes profesionales ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la comunicación, pero su disponibilidad y calidad varían considerablemente entre los sistemas de salud, y su uso no siempre es garantizado por las políticas institucionales^{1,4}. Incluso cuando se emplean intérpretes, persisten desafíos técnicos y éticos en la comunicación, particularmente en ámbitos como la salud mental, donde las sutilezas del lenguaje y los significados culturales adquieren especial relevancia^{5,6}.

Las barreras culturales también desempeñan un papel importante. Las diferencias en las creencias sobre la salud y los modelos explicativos de la enfermedad pueden generar malentendidos y desconfianza entre migrantes y profesionales de salud, lo que dificulta la adherencia a los tratamientos y el acceso oportuno a los servicios^{3,6,7}. La estigmatización de ciertas condiciones, como los trastornos mentales o los problemas de salud reproductiva, puede limitar la disposición de las personas migrantes a buscar ayuda, especialmente cuando no existe una atención sensible a la diversidad cultural^{8,9,10}. La escasa formación en competencias culturales de los equipos de salud ha sido identificada como una limitante para el establecimiento de relaciones de confianza y respeto con pacientes de origen migrante^{2,4}.

A nivel sistémico, las personas migrantes enfrentan dificultades para orientarse dentro de sistemas de salud complejos, caracterizados por trámites burocráticos, tiempos de espera prolon-

gados y desconocimiento de los derechos de los pacientes¹¹. Las políticas restrictivas respecto al uso de intérpretes y la falta de financiamiento para servicios de apoyo lingüístico agravan estas problemáticas^{1,12}. Asimismo, se han reportado experiencias de discriminación, actitudes negativas y prejuicios por parte de algunos profesionales, lo que incrementa la percepción de exclusión y dificulta la búsqueda de atención^{13,14}.

Dentro de las estrategias recomendadas para enfrentar estas barreras se encuentran la incorporación sistemática de intérpretes profesionales y mediadores interculturales, así como la implementación de programas de formación en competencias culturales para el personal de salud^{1,4,6}. En el ámbito de la salud pública, el uso de materiales informativos traducidos y adaptados culturalmente ha mostrado ser una herramienta relevante, como se ha evidenciado en contextos de vacunación, donde las barreras lingüísticas afectan la comprensión del consentimiento informado y la adherencia a los esquemas vacunales¹⁵. Por otra parte, se ha propuesto integrar los servicios de salud mental con la atención primaria y fortalecer las intervenciones psicoeducativas, especialmente para reducir el estigma y mejorar el acceso^{6,11}.

En este contexto, resulta necesario profundizar en la comprensión de las barreras comunicativas que experimentan las personas migrantes en los servicios de salud, considerando tanto los obstáculos lingüísticos como los culturales y estructurales que inciden en el acceso y la calidad de la atención. El presente estudio tiene como objetivo analizar estas barreras desde una perspectiva integradora, identificando las principales dificultades percibidas, así como las estrategias propuestas en la literatura para superarlas.

Método

Tipo de estudio

El estudio realizado es una revisión de alcance (scoping review), utilizando la metodología PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews).

Proceso de búsqueda

Se diseñó una estrategia de búsqueda a partir de los principales conceptos del estudio: barreras lingüísticas, atención médica y población migrante. Para ello, se utilizaron combinaciones de palabras clave con operadores booleanos. La búsqueda incluyó el término: “language barriers AND healthcare AND migrants”, aplicada en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science.

Revisión y selección de estudios

Después de la búsqueda, los 585 registros identificados fueron exportados a un gestor de referencias y analizados mediante el paquete Bibliometrix para la plataforma R para su depuración. Se eliminaron los 240 duplicados, resultando en 345 publicaciones únicas para el cribado. Posteriormente, se realizó una revisión secuencial de los títulos, resúmenes y textos completos, aplicando los criterios de inclusión/exclusión. Se excluyeron revisiones y otros tipos de publicaciones que no fueran artículos de investigación. Finalmente, los textos completos de los artículos preseleccionados fueron evaluados. El proceso de selección se detalla en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios originales publicados entre 2011 y enero de 2024, que abordaran barreras comunicativas en el acceso a servicios de salud por parte de personas migrantes. Se consideraron artículos indexados en las bases de datos Scopus, PubMed o Web of Science, con disponibilidad de texto completo. Se excluyeron estudios cuantitativos sin enfoque comunicativo, comentarios editoriales y publicaciones que no centraran su análisis en la población migrante o en entornos sanitarios. Fueron excluidos estudios centrados únicamente en cuantificación sin desenlaces comunicacionales y aquellos realizados en poblaciones no migrantes.

Extracción de datos

Se extrajeron datos de los estudios seleccionados sobre las características de la población, barreras lingüísticas, estrategias empleadas para superar dichas barreras, y los principales resultados y conclusiones de cada estudio.

Resultados

Tras eliminar 240 duplicados de 585 registros iniciales, se tamizaron 345 títulos/resúmenes. Ocho no fueron recuperables (problemas de acceso), pasando 337 a texto completo; 326 fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión/exclusión, resultando en 11 artículos finales para esta revisión de alcance (Figura 1).

Respecto a las publicaciones seleccionadas, estas abarcan contextos geográficos diversos y emplean metodologías cualitativas y meta síntesis. En todos ellos, las barreras lingüísticas resultaron ser las más frecuentemente documentadas, seguidas de obstáculos de tipo cultural y estructural. Se constató una gran heterogeneidad en la disponibilidad y calidad de los intérpretes profesionales, lo que en muchos casos condujo al uso de mediación informal o a la ausencia total de apoyo lingüístico. Asimismo, las investigaciones señalan que las diferencias en creencias y modelos explicativos de la salud propician malentendidos y estigmatización, y que la complejidad de los procesos administrativos y el desconocimiento de los derechos de los pacientes agravan la exclusión de las personas migrantes. En la tabla 1 se resumen las características de cada estudio, las barreras identificadas, las soluciones implementadas y las recomendaciones propuestas.

De los 11 estudios incluidos, Europa concentra ocho estudios, seguida por Canadá, Hong Kong y Australia, cada uno de esos países con un estudio. Esta distribución euro-anglófona refleja sistemas con mayor tradición de servicios de interpretación estructurados y marcos regulatorios específicos^{1,4,10,12}.

Aunque en revisiones de alcance se prioriza la inclusión de estudios primarios, se decidió incorporar una revisión crítica¹⁶ por su relevancia temática y por ofrecer un análisis sistemático de las necesidades, barreras y estrategias comunicativas en contextos multilingües. Este artículo complementa los hallazgos de los estudios cualitativos primarios y aporta una visión integradora que enriquece la comprensión del fenómeno desde una perspectiva más amplia.

Las razones de exclusión de estudios se presentan en la tabla 2, incluyendo conteos y porcentajes relativos al total de excluidos (n = 326). Se priorizó la inclusión de estudios que abordaran explícitamente las barreras comunicativas entre personas migrantes y equipos de salud, conforme a la orientación metodológica de una revisión de alcance.

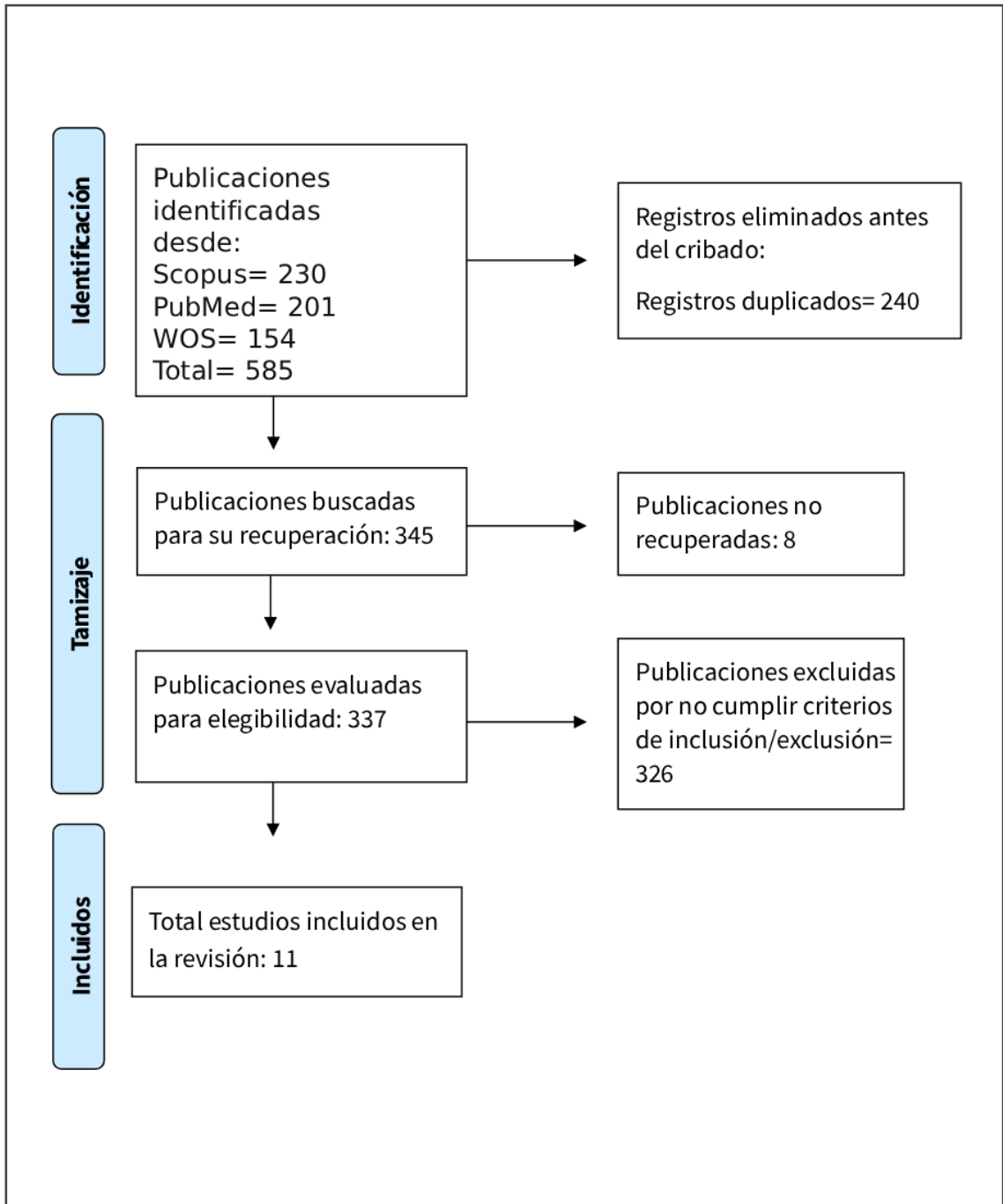


Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA

Tabla 1. Características de los estudios incluidos, barreras identificadas, soluciones implementadas y recomendaciones.

| Artículo | Características generales | Población estudiada | Obstáculos identificados | Soluciones propuestas | Recomendaciones |
|--|--|---|---|---|--|
| Krystallidou et al. (2021) ⁴ | Revisión crítica sobre la comunicación multilingüe en entornos médicos. | Pacientes multilingües y profesionales de la salud en hospitales europeos. | Deficiente evaluación de la competencia lingüística, barreras idiomáticas. | Formación en habilidades comunicativas, uso de intérpretes en los servicios de salud. | Enfoque integral con soluciones sostenibles para la comunicación multilingüe en salud. |
| Agudelo-Suárez et al. (2012) ¹⁶ | Metasíntesis cualitativa de estudios sobre el acceso a los servicios de salud de migrantes económicos. | Migrantes económicos de diversos contextos internacionales. | Barreras de comunicación, falta de recursos lingüísticos competentes, discriminación percibida. | Formación en competencia cultural, uso de intérpretes profesionales, adaptación cultural. | Políticas inclusivas y protocolos estandarizados para abordar las barreras lingüísticas y culturales. |
| Scheppers et al. (2020) ¹⁷ | Estudio cualitativo mediante entrevistas a profesionales de salud. | 27 profesionales de la salud en Países Bajos, incluidos médicos generales y enfermeros. | Discordancia lingüística entre pacientes migrantes y profesionales de salud. | Uso de estrategias no verbales, simplificación del lenguaje. | Promoción de la formación en comunicación intercultural para los profesionales de salud. |
| Fatahi et al. (2016) ¹⁸ | Estudio cualitativo con grupos focales sobre barreras comunicativas en los servicios de salud. | 26 inmigrantes kurdos en países escandinavos, además de médicos y enfermeros. | Diversidad cultural y diferencias en las rutinas de comunicación. | Formación en competencia cultural para profesionales de salud, mayor uso de intérpretes. | Adaptar los sistemas de salud a las necesidades culturales y lingüísticas de los migrantes. |
| Pandey et al. (2022) ¹⁹ | Estudio cualitativo con grupos focales sobre barreras idiomáticas en el acceso a los servicios de salud. | 29 mujeres y 8 hombres inmigrantes de 15 países en el Reino Unido. | Barreras idiomáticas, falta de transporte, cuidado infantil como obstáculo para acceder a los servicios. | Desarrollo de estrategias para abordar las barreras idiomáticas, mayor representación cultural. | Mejorar el acceso mediante más intérpretes y apoyo en transporte y cuidado infantil. |
| Puthooppambil et al. (2021) ²⁰ | Estudio de un grupo de trabajo intersectorial sobre políticas de salud para migrantes. | 11 miembros del grupo de trabajo intersectorial en Suecia. | Desafíos a nivel macro, institucional e individual para la implementación de políticas. | Promoción de la conciencia intersectorial y mejor coordinación entre los sectores. | Fortalecimiento de la planificación y toma de decisiones en la coordinación intersectorial en salud. |
| Ugarte Gurrutxaga (2024) ⁹ | Estudio descriptivo, transversal en el que se adoptó un enfoque cualitativo basado en la Teoría Fundamentada | 18 migrantes: 6 hombres en Bélgica, 6 mujeres en España, 3 mujeres y 3 hombres en Portugal. | Déficits en el acceso a los servicios de salud, barreras idiomáticas, desconocimiento sobre los servicios de salud y escasa competencia cultural de parte de los profesionales. | Mejora de la competencia cultural y la conciencia lingüística de los profesionales de salud. | Formación en competencia cultural y lingüística para los profesionales de salud. Además de la implementación de una atención con un enfoque basado en los derechos humanos y centrado en la persona. |

ARTÍCULO DE REVISIÓN / REVIEW ARTICLE

Percepción de las barreras comunicativas que experimentan personas migrantes en servicios de salud - MB. Labraña, et al.

...continuación tabla 1.

| Artículo | Características generales | Población estudiada | Obstáculos identificados | Soluciones propuestas | Recomendaciones |
|--------------------------------------|--|---|--|--|--|
| Jaiteh et al. (2022) ²¹ | Estudio cualitativo sobre la percepción de migrantes en un centro de acogida para refugiados. | 10 migrantes no nativos en un centro de acogida para refugiados en Alemania. | Dificultades de acceso a la salud a múltiples niveles, barreras culturales y lingüísticas. | Uso de videoconferencias como alternativa a la interpretación presencial. | Desarrollo de servicios de interpretación mediante telemedicina y tecnología. |
| Těšínová et al. (2024) ¹³ | Estudio cualitativo sobre barreras de comunicación para pacientes migrantes en hospitales checos. | 20 médicos, 10 enfermeros y mediadores interculturales en la República Checa. | Barreras idiomáticas, diferencias culturales, falta de comprensión de los procedimientos médicos por parte de los pacientes. | Uso de mediadores interculturales y traductores profesionales. | Incorporar la formación en competencia intercultural en la educación de los profesionales de salud. |
| Meuter et al. (2015) ²² | Protocolo de investigación sobre barreras idiomáticas en los servicios de salud en Australia. | Interacciones entre pacientes y profesionales de salud en atención primaria. | Barreras idiomáticas que generan errores de comunicación e interpretaciones incorrectas. | Uso de grabaciones reales entre pacientes y profesionales para la formación. | Desarrollo de programas de formación en comunicación centrados en el lenguaje y la participación del paciente. |
| Chan et al. (2024) ²³ | Estudio cualitativo sobre estrategias de comunicación para hablantes no nativos en los sistemas de salud de Hong Kong. | Médicos generales, enfermeros y administradores de hospitales. | Barreras idiomáticas, uso limitado de servicios de interpretación en situaciones médicas críticas. | Uso de estrategias de comunicación instrumental y contratación de más intérpretes. | Creación de guías para facilitar la comunicación efectiva con hablantes no nativos. |

Las barreras lingüísticas aparecen en los 11 estudios abarcados, las culturales en 9 y las estructurales/sistémicas en 7. Las estrategias más reportadas fueron intérpretes profesionales (n= 8), formación en competencia intercultural (n= 8), mediación intercultural (n= 5), simplificación del lenguaje (n= 4) y tele/ vídeo-interpretación (n= 3) (Tabla 3).

Discusión

Los resultados de esta revisión permiten confirmar que las barreras comunicativas constituyen un obstáculo relevante para el acceso y la calidad de la atención en salud de las personas migrantes. Tanto las dificultades idiomáticas como las diferencias culturales y las limitacio-

nes estructurales del sistema sanitario impactan negativamente en la experiencia de atención, afectando la comprensión de las indicaciones médicas, el desarrollo del vínculo terapéutico y la adherencia a los tratamientos^{3,4,16}.

Las barreras lingüísticas son las más reportadas en los estudios analizados, reflejando la necesidad de fortalecer la oferta y la calidad de los servicios de interpretación^{17,22}. Si bien el uso de intérpretes profesionales es reconocido como una estrategia efectiva, su implementación es heterogénea y muchas veces insuficiente, lo que da lugar a la utilización de recursos informales o a la ausencia total de mediación lingüística^{18,21}. En este sentido, se destacan las propuestas de integrar tecnologías

como la video interpretación para facilitar el acceso en contextos con limitaciones geográficas o de disponibilidad de intérpretes presenciales^{13,21}.

Junto a los desafíos idiomáticos, los estudios subrayan la relevancia de las barreras culturales, asociadas a la falta de competencia cultural del personal de salud y a la escasa adaptación de los

servicios a la diversidad de creencias, prácticas y modelos explicativos sobre la salud y la enfermedad^{6,7,8}. Estas diferencias pueden provocar malentendidos, desconfianza y alejamiento de los servicios formales de atención, especialmente en áreas sensibles como la salud mental y la salud sexual y reproductiva^{9,10}.

Tabla 2. Detalle de exclusiones en la etapa de evaluación de texto completo conforme a los criterios de elegibilidad.

| Categoría de exclusión | Descripción de la exclusión | n | % |
|---|---|----|-----|
| Población no migrante o mezcla sin análisis diferenciado | Estudios sobre población general o minorías culturales sin identificación de migrantes como grupo analítico | 92 | 28% |
| Ausencia de foco comunicativo | Estudios que analizaban acceso, salud laboral o resultados clínicos, pero no barreras comunicativas ni interacción paciente equipo de salud | 74 | 23% |
| Diseños cuantitativos sin dimensión discursiva/comunicativa | Estudios con encuestas o análisis estadístico sin explorar procesos comunicacionales, lenguaje o competencia cultural | 58 | 18% |
| Ámbito no sanitario | Estudios sobre educación, integración social, trabajo, vivienda u otros servicios no relacionados con salud | 41 | 13% |
| Idioma distinto de inglés o español | Publicaciones en francés, alemán, árabe u otros idiomas sin traducción disponible | 22 | 7% |
| Tipo de documento no elegible | Editoriales, cartas al editor, reseñas breves, comentarios de política pública, protocolos sin resultados | 18 | 6% |
| Texto completo no disponible | No fue posible acceder a la versión completa pese a búsqueda institucional y solicitud interbibliotecaria | 13 | 4% |
| Duplicidades no detectadas inicialmente | Duplicados detectados en etapa de lectura de texto completo (problemas de indexación cruzada) | 8 | 2% |

* Los porcentajes son calculados sobre el total de excluidos (n = 326).

Tabla 3. Distribución de barreras comunicativas y estrategias reportadas (n = 11 estudios).

| 02 | Subcategoría | Estudios (n) |
|--------------------------------|--|--------------|
| Barreras comunicativas | Barreras lingüísticas (discordancia idiomática, falta de intérpretes) | 11 |
| | Barreras culturales (modelos explicativos, concepciones de enfermedad, estigma) | 9 |
| | Barreras estructurales / sistémicas (trámites, desconocimiento de derechos, organización del servicio) | 7 |
| | Uso de intérpretes profesionales | 9 |
| Estrategias mencionadas | Formación en competencia intercultural para equipos clínicos | 8 |
| | Mediadores interculturales / agentes comunitarios | 5 |
| | Simplificación del lenguaje técnico y ajustes comunicativos | 4 |
| | Videointerpretación / tele-interpretación | 3 |

Los hallazgos también evidencian la importancia de considerar los factores sistémicos y estructurales que amplifican las barreras comunicativas, como la complejidad administrativa, la falta de información accesible sobre derechos y procedimientos, y las políticas restrictivas respecto al uso de intérpretes^{11,12,19}. Estos elementos, sumados a experiencias de trato discriminatorio o prejuicioso, contribuyen a la percepción de exclusión y dificultan la continuidad de la atención^{13,14}.

Frente a este panorama, las estrategias propuestas en los estudios revisados convergen en la necesidad de fortalecer la formación de los profesionales de salud en competencias culturales y lingüística^{4,18,23}. Asimismo, se enfatiza la importancia de políticas públicas que garanticen el acceso efectivo a servicios de interpretación profesional y mediación intercultural, junto con la elaboración de materiales informativos traducidos y culturalmente adaptados^{13,15}.

Referencias

1. Vange SS, Nielsen MR, Michaëlis C, Smith Jervelund S. Interpreter services for immigrants in European healthcare systems: A systematic review of access barriers and facilitators. *Scand J Public Health*. 2024; 52(7): 893-906. doi: 10.1177/14034948231179279.
2. Ellahham S. Communication in health care: Impact of language and accent on health care safety, quality, and patient experience. *Am J Med Qual*. 2021; 36(5): 355-364. doi: 10.1097/01.JMQ.0000735476.37189.90.
3. Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, et al. Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsbl*. 2012; 55: 1168-1175. doi: 10.1007/s00103-012-1538-8.
4. Krystallidou D, Temizöz Ö, Wang F, de Looper M, Di Maria E, Gattiglia N, et al. Communication in refugee and migrant mental healthcare: A systematic rapid review on the needs, barriers and strategies of seekers and providers of mental health services. *Health Policy*. 2024; 139: 104949. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.104949.
5. Mirza M, Harrison E, Bentley J, Chang H-C, Birman

- D. Language discordance in mental health services: An exploratory survey of mental health providers and interpreters. *Societies*. 2020; 10(3): 66. doi: 10.3390/soc10030066.
6. Giacco D, Matanov A, Priebe S. Providing mental healthcare to immigrants: current challenges and new strategies. *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 27(4): 282-288. doi:10.1097/YCO.0000000000000065.
 7. Forray AI, Oltean O, Hanft-Robert S, Madzamba R, Liem A, Schouten B, Anthonissen C, Swartz L, Cherecheș RM, Higgen S, Hall BJ, Mösko M. Uncovering multi-level mental healthcare barriers for migrants: A qualitative analysis across China, Germany, Netherlands, Romania, and South Africa. *BMC Public Health*. 2024; 24(1): 1593. doi: 10.1186/s12889-024-19046-z
 8. Ugarte Gurrutxaga MI, Molina-Gallego B, de Oliveira Xavier B, Monteiro AP, Geukens F, Melgar-de Corral G. Perception of migrants' health care in Portugal, Spain and Belgium. *New Trends Qual Res*. 2024; 20(2): e935. doi: 10.36367/ntqr.20.2. 2024.e935.
 9. Barrio-Ruiz C, Ruiz de Viñaspre-Hernandez R, Colaceci S, Juarez-Vela R, Santolalla-Arnedo I, Durante A, et al. Language and cultural barriers and facilitators of sexual and reproductive health care for migrant women in high-income European countries: an integrative review. *J Midwifery Womens Health*. 2024; 69(1): 71–90. doi: 10.1111/jmwh.13545.
 10. Lurgain JC, Ouaraab-Essadek H, Mellouki K, Malik-Hameed S, Sarif A, Bruni L, Rangel-Sarmiento V, Peremiquel-Trillas P. Exploring cultural competence barriers in the primary care sexual and reproductive health centres in Catalonia, Spain: perspectives from immigrant women and healthcare providers. *Int J Equity Health*. 2024; 23(1): 206. doi: 10.1186/s12939-024-02290-5
 11. Sherif B, Awaisu A, Kheir N. Refugee healthcare needs and barriers to accessing healthcare services in New Zealand: A qualitative phenomenological approach. *BMC Health Serv Res*. 2022; 22(1): 1310. doi: 10.1186/s12913-022-08560-8
 12. Borde T. Kommunikation und Sprache: Herausforderungen und Chancen einer diversitätsgerechten Gesundheitsversorgung. *Gynakol Endokrinol*. 2017; 16. doi: 10.1007/s10304-017-0167-6.
 13. Těšinová JK, Dobiášová K, Jelínková M, Tulupova E, Koščík M. Professionals' and Intercultural Mediators' Perspectives on Communication With Ukrainian Refugees in the Czech Healthcare System. *Health Expect*. 2024; (4): e14171. doi: 10.1111/hex.14171.
 14. Nowak AC, Hornberg C. Experiences of people with refugee backgrounds in utilising healthcare in Germany—findings from a qualitative study. *Bundesgesundheitsbl*. 2023; 66(10): 1117-1125. doi: 10.1007/s00103-022-03614-y.
 15. Bianconi A, Zanutto G, Castagna G, Coa AA, De Gioia ER, Longo G, et al. Language barriers during vaccination practice, the point of view of healthcare providers. *Ann Ig*. 2024; 36(4): 462-475. doi: 10.7416/ai.2024.2624.
 16. Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D, et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*. 2011; 11: 652. doi: 10.1186/1471-2458-11-652.
 17. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*. 2006; 23(3): 325-348. doi: 10.1093/fampra/cmi113.
 18. Fatahi N, Krupic F. Factors Beyond the Language Barrier in Providing Health Care to Immigrant Patients. *Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*. 2016; 70(1): 61–65. <https://doi.org/10.5455/medarh.2016.70.61-65>
 19. Pandey M, Kamrul R, Michaels CR, McCarron M. Identifying barriers to healthcare access for new immigrants: A qualitative study in Regina, Saskatchewan, Canada. *J Immigr Minor Health*. 2022; 24(1): 188-198. doi:10.1007/s10903-021-01262-z.
 20. Puthoopparambil SJ, Phelan M, MacFarlane A. Migrant health and language barriers: Uncovering macro level influences on the implementation of trained interpreters in healthcare settings. *Health Policy*. 2021; 125(8): 1085-1091. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.05.018.
 21. Jaiteh M, Cormi C, Hannellet L, Mir JP, Leaune E, Sanchez S. Perception of the use of a telephone interpreting service during primary care consultations: A qualitative study with allophone migrants. *PLoS One*. 2022; 17(3): e0264832. doi: 10.1371/journal.pone.0264832.
 22. Meuter RF, Gallois C, Segalowitz NS, Ryder AG, Hocking J. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 371. doi:10.1186/s12913-015-1024-8.
 23. Chan BMC, Suurmond J, van Weert JCM, Schouten BC. Uncovering communication strategies used in language-discordant consultations with people who are migrants: qualitative interviews with healthcare providers. *Health Expect*. 2024; 27(1): e13949. doi: 10.1111/hex.13949.