

ARTÍCULO ESPECIAL



Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(2):132-136

El modelo de circuito asistencial para la atención en el idioma del paciente

Aitor Montes-Lasarte

Médico de Familia de la Organización Sanitaria Integrada Alto Deba. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Aramaio, Araba/Álava

Recibido el 19 de enero de 2015; aceptado el 05 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Atención primaria.
Euskera.
Circuito asistencial.

Resumen: El modelo actual de normalización del uso del euskera en el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza se ha mostrado insuficiente, sin garantizar actualmente la atención sanitaria, oral y escrita, en el idioma del paciente ni en la atención primaria ni en la especializada. La alternativa que se propone en este artículo para promover la atención sanitaria en euskera es la del circuito asistencial.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary care.
The Basque language.
Healthcare circuit.

Pathway for the use of patients' mother tongue in health care

Abstract: The current model of standardization of the use of the Basque language in the Basque Health Service-Osakidetza has been proven to be insufficient, without actually ensuring health, written and oral care in the patient's language or in primary care or specialist. The alternative proposed in this article to promote health care in the Basque language is the healthcare circuit.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA-HITZAK

Lehen mailako arreta
Euskara.
Zirkuitu asistentzial.

Zirkuitu asistentzial baten eredia pazienteari bere ama-hizkuntzan arreta emateko

Laburpena: Egungo Osakidetzako euskararen erabileraren normalizazioaren eredia ez nahikoa da. Ez du osasun-arreta, lehen mailako arreta edota arreta berezitua bermatzen gaixoaren hizkuntzan. Artikulu honetan proposatzen den hautabidea osasun-arreta euskaraz sustatzeko laguntza zirkuitua da.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

La atención sanitaria centrada en el paciente: la importancia del idioma

En los últimos años, siguiendo el modelo bio-psico-social de la salud, se está reconociendo la importancia de la asistencia sanitaria centrada en el paciente¹. El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, en sus líneas estratégicas 2013-2016, establece con claridad que las personas constituyen el eje central del sistema sanitario, con el objetivo de profundizar en los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios, eficiencia y participación ciudadana². El modelo actual trata de promover una atención personalizada e individualizada, teniendo en cuenta las características diferenciales de cada persona, así como su cultura, creencias religiosas e idioma.

La calidad asistencial está íntimamente ligada al idioma del paciente, y está claramente demostrado que los pacientes de lenguas o culturas minoritarias reciben un trato asistencial de peor calidad^{3, 4}. Las dificultades de comunicación conllevan una experiencia frustrante para los pacientes así como los profesionales sanitarios, pueden provocar errores diagnósticos, problemas de cumplimiento terapéutico, infrautilización de los servicios de salud, gestión inadecuada de las enfermedades crónicas, consultas múltiples por un mismo problema y también problemas médico-legales⁵. Las poblaciones de mayor vulnerabilidad son los ancianos, los pacientes con trastornos mentales, las personas con deficiencias cognitivas o retraso mental y los menores de edad^{6, 7, 8, 9}. Sin embargo, la influencia que las barreras lingüísticas pueden desempeñar en la seguridad del paciente o en la aparición de efectos adversos no ha sido ampliamente estudiada¹⁰. En cualquier caso, las barreras lingüísticas tienen efectos negativos en el acceso, la calidad de los servicios, los derechos de los pacientes y el grado de satisfacción, así como en los resultados de los tratamientos prescritos¹¹. Aunque los pacientes de comunidades culturales o lingüísticas minoritarias pueden tener un conocimiento suficiente del idioma dominante, la concordancia de idioma entre el usuario y el proveedor es el factor determinante en la satisfacción del usuario y la percepción de una asistencia sanitaria de calidad¹², y no el grado de conocimiento lingüístico. Por otra parte, en los pacientes bilingües la asistencia en su idioma de preferencia facilita una atención holística y centrada en el paciente¹³.

En un mundo globalizado, caracterizado por los fenómenos migratorios, el problema de las barreras lingüísticas en el ámbito sanitario está extendiéndose, y es un desafío común en todos los sistemas sanitarios. En los Estados Unidos los latinos constituyen el 16% de la población, y se espera que sean el 30% para el año 2050¹⁴. Conscientes del problema se han establecido unos estándares profesionales para unos servicios cultural y lingüísticamente adecuados¹⁵. Pero además de la población inmigrante, existen también comunidades lingüísticas minoritarias autóctonas en todo el mundo y muchos países con poblaciones bilingües o plurilingües. En el País Vasco (España) coexisten dos idiomas, el euskara o vasco y el castellano. Ambas son lenguas oficiales

en la Comunidad Autónoma Vasca^{16, 17}, así como en parte de la Comunidad Foral Navarra¹⁸, aunque no es lengua oficial en la República Francesa, donde viven 80.000 vascoparlantes. El Estado español firmó en 1997 la Carta Europea de las Lenguas Minoritarias o Regionales¹⁹, acuerdo ratificado en Estrasburgo el 5 de noviembre de 1992 por los estados miembros del Consejo de Europa para la defensa y promoción de todas las lenguas de Europa que carecen de carácter de oficialidad o que aun siendo oficiales en alguno de los firmantes no lo son en otros. En España se entienden por lenguas regionales o minoritarias, las lenguas reconocidas como oficiales en los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas del País Vasco, Cataluña, Illes Balears, Galicia, Valenciana y Navarra. Actualmente y según el marco legal europeo, estatal y autonómico el vasco es lengua oficial en el País Vasco y Navarra, y todos los pacientes tienen derecho a recibir asistencia sanitaria en su idioma de elección.

El concepto de oferta activa

Durante décadas no ha existido una atención sanitaria en lengua vasca u otras lenguas minoritarias en todo el mundo, lo que genera en los pacientes la creencia de que es imposible recibirla en su idioma y conlleva una ausencia de demanda. Esto nos obliga a la promoción de una oferta activa de servicios en el idioma del paciente²⁰. La oferta activa consiste en ofrecer activamente un servicio sanitario de calidad en la lengua oficial de elección del paciente, de forma fácilmente accesible para los usuarios, y la prestación de un servicio comparable en ambas lenguas oficiales en toda comunicación oral, escrita o electrónica^{21, 22}, desde una perspectiva multidisciplinar. La oferta activa exige la implicación del personal sanitario y su concienciación como profesionales y miembros de una comunidad bilingüe con dos idiomas oficiales, integrando los valores de equidad, justicia, solidaridad y respeto a la persona. Sin embargo, no existen actualmente estudios en el País Vasco sobre el grado de concienciación de los profesionales sanitarios respecto a las necesidades culturales o lingüísticas de las personas usuarias, ni se han desarrollado campañas de sensibilización, cuya necesidad ya ha sido estudiada en otros países con diversidad cultural y lingüística^{23, 24}.

El modelo de oferta activa requiere la participación de todos los agentes claves implicados en la atención sanitaria en función de las necesidades de la población: profesionales de la salud, gestores del servicio, responsables políticos, instituciones responsables de la formación de los profesionales así como las propias comunidades destinatarias del servicio, en coincidencia con los criterios de la OMS²⁵, las propias líneas estratégicas de Osakidetza-Servicio vasco de Salud y el Plan de Salud 2013-2020 del Gobierno Vasco²⁶.

Normalización del euskera en los servicios sanitarios

El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, creado en 1983, siguiendo los principios del Decreto 67/2003²⁷ puso en marcha su I Plan de Euskera en 2005 con la finalidad de

respetar los derechos lingüísticos de la ciudadanía y de mejorar la calidad de sus servicios²⁸. El Plan reconoce que el idioma contribuye a mejorar la comunicación en situaciones necesitadas de apoyo y comprensión, y por tanto está ligado inequívocamente a la calidad asistencial. La prioridad del Plan de Euskera ha sido la atención primaria debido a su inmediatez, cotidianidad y proximidad, así como la atención pediátrica y los servicios de emergencias.

Sin embargo, el I Plan de Euskera presenta muchas deficiencias y no ha dado los resultados esperados. El informe de evaluación del período 2005-2012²⁹ puso de manifiesto que solo se había cumplido un 58% de los objetivos y medidas de normalización del euskera en Osakidetza. En conjunto, se ha apreciado un avance paulatino en la normalización del uso del euskera, fundamentalmente en el ámbito de la rotulación fija y el capítulo de los perfiles lingüísticos, con un avance muy desigual entre las distintas organizaciones de servicios. En general, el uso del euskera viene dado más por la voluntad propia del empleado que por el hecho de que en la unidad se hayan dado unas pautas de actuación al respecto. En cuanto a la documentación asistencial, la historia clínica de los pacientes está exclusivamente en castellano. Aunque disponible, no se ha llevado a cabo el registro de preferencia lingüística de las personas usuarias, y la lengua que queda registrada por defecto es el castellano. Por otra parte, la ubicación de dicho registro no es adecuada y no se hace visible a los profesionales sanitarios. Tampoco se ha llevado una política adecuada de identificación de los trabajadores bilingües.

Uno de los defectos del Plan de Euskera del Servicio vasco de Salud ha sido la supeditación de la asistencia sanitaria en el idioma de los pacientes a la política de cumplimiento de perfiles lingüísticos. Todos los puestos funcionales tienen asignado su correspondiente perfil lingüístico, determinado por los niveles de competencia en euskera necesarios para la provisión y desempeño de los mismos. Los perfiles lingüísticos de aplicación a los puestos funcionales son los determinados en el artículo 13 del Decreto 86/1997, de 15 de abril, por el que se regula el proceso de normalización del uso del euskera en las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma de Euskadi³⁰.

Gran parte del presupuesto destinado a la normalización del uso del euskera en el Servicio vasco de Salud ha sido destinado a planes individualizados de formación, con la finalidad de satisfacer las necesidades de aquellos trabajadores fijos que deben acreditar en un plazo establecido el perfil lingüístico correspondiente. Esto ha dado lugar a la concesión de liberaciones o exenciones del servicio, con la necesidad de sustituciones y el elevado coste económico que esto conlleva. Según los datos facilitados por el Departamento de Sanidad, Osakidetza liberó de su trabajo a lo largo de 2008 a 619 trabajadores de su plantilla, para aprender euskera o mejorar su nivel de lengua vasca, con un gasto de 4,87 millones de euros. En 2009 se liberó a 664 profesionales, incluyendo a 95 facultativos médicos y 303 diplomados sanitarios, con un coste económico de 5,23 millones de

euros. En 2010 liberó a 609 profesionales, con un coste de 5,2 millones de euros. En 2011 se liberó a 425 profesionales, lo que generó un gasto de 3,6 millones de euros para contratar sustitutos y financiar la docencia. En 2012 supuso un coste de 3,2 millones para liberar a 423 profesionales. No se ha realizado ningún estudio de coste-eficiencia.

Otro de los grandes errores conceptuales del Plan de normalización del euskera en Osakidetza ha sido la división en unidades de servicio, estableciendo una división entre la atención primaria y secundaria, sin atender a las características de los pacientes, lo que contradice el principio de atención centrada en el paciente.

Actualmente se está desarrollando el II Plan de Euskera³¹, aprobado en 2013. El Plan reconoce la necesidad de garantizar la atención en el idioma elegido por las personas usuarias, sin dejar esa responsabilidad en manos de los pacientes. Para ello establece la necesidad de consolidar un proyecto de identificación de servicios y profesionales bilingües y asegurar circuitos de atención en euskera desde la Atención Primaria a la Atención Especializada. Sin embargo, no establece un registro de las preferencias lingüísticas de los pacientes, lo que dificulta enormemente dicho proyecto. De forma progresiva y sin que se hayan determinado fechas preceptivas las organizaciones de servicios de Atención Primaria (nunca la atención especializada) solo registrarán el idioma de preferencia en el caso de que estos así lo expresen, o bien en el caso de alta de clientes o de modificaciones, y únicamente en lo referido a las relaciones orales y telemáticas. De este modo, el principio de oferta activa desaparece. Por otra parte, al igual que en el Plan anterior se establecen las prioridades en función de las características del servicio, sin atender a las características de los pacientes. No existe por tanto un adecuado programa de oferta activa ni una atención en euskera basada en el paciente como eje de la misma.

El modelo de circuito asistencial como solución

El modelo actual de normalización del uso del euskera en el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza se ha mostrado insuficiente, sin garantizar actualmente la atención sanitaria, oral y escrita, en el idioma del paciente ni en la atención primaria ni en la especializada. No existe en el momento actual una oferta activa de servicios sanitarios en euskera, y no se tiene en cuenta el idioma en el modelo de atención centrada en el paciente. La contratación de personal monolingüe y el sistema de liberación del puesto de trabajo para el aprendizaje del euskera se ha mostrado costoso e ineficaz.

La alternativa que se propone en este artículo para promover la atención sanitaria en euskera es la del circuito asistencial. El circuito asistencial en la lengua del paciente permite la oferta en su idioma de preferencia a todos los niveles (atención primaria y especializada), de forma oral y escrita (incluyendo su historia clínica), basándose en el modelo de atención centrada en el paciente y en la oferta activa. Consistiría en el establecimiento de un servicio integral (oral y escrito) en el idioma de elección del paciente partiendo desde la

atención primaria, mediante un equipo o cupo de médico de familia y enfermería bilingües, y la posterior derivación en caso de ser necesario, a equipos seleccionados, reclutados y adecuadamente formados de especialistas con la competencia lingüística necesaria para garantizar una continuidad asistencial adecuada a las necesidades del paciente. El actual modelo organizativo de nuestro sistema de salud, la Organización Sanitaria Integrada (OSI), puede facilitar enormemente el establecimiento de circuitos asistenciales en lengua vasca, pues permite solventar el problema de la fragmentación y la falta de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales³².

El modelo de circuito asistencial está diseñado para el País Vasco, teniendo en cuenta sus características sociolingüísticas, el marco legal e institucional y su estructura sanitaria. Sin embargo, puede hacerse extensible a otros países o regiones con problemas y características similares, como Galicia (España), Gales (Reino Unido), para la atención a la población hispana de EE. UU. o a la población francófona en las zonas de predominio de la lengua inglesa en Canadá. Probablemente sería un modelo insuficiente en zonas donde los procesos de normalización lingüística están más desarrollados, como en Quebec, Flandes (donde hay libre elección de médicos) o Cataluña (España)³³, y difícilmente aplicable a grupos minoritarios de lenguas no oficiales, como el colectivo de población inmigrante, para los cuales se hace necesario la utilización de intérpretes^{34, 35, 36, 37} o aplicaciones informáticas de traducción.

Es prioritario el registro sistematizado del idioma de preferencia de los usuarios del servicio de salud. La identificación de los requerimientos lingüísticos de los pacientes favorece la implementación de los recursos humanos y técnicos necesarios para mejorar la calidad del servicio así como la satisfacción de los usuarios³⁸. Es imprescindible ofrecer a los usuarios el registro de su idioma de preferencia (tanto en las relaciones orales como escritas y en su historia clínica) para establecer una provisión adecuada de servicios adaptados a las necesidades del paciente³⁹ y una organización eficiente de los recursos humanos disponibles. Dicho registro no debe ser responsabilidad del paciente, sino que debe ofrecerse de forma activa.

En segundo lugar, debe llevarse a cabo un registro de los profesionales sanitarios competentes para ofrecer una asistencia en el idioma del paciente a todos los niveles, y establecer una estrategia adecuada de formación continuada. Es fundamental al mismo tiempo estudiar y promover la concienciación de los profesionales sanitarios responsables del servicio a pacientes que demandan la atención en su idioma, y el reclutamiento de los recursos humanos necesarios mediante su reconocimiento y valoración profesional. Es recomendable la sensibilización del personal sanitario en la importancia de la oferta activa y la atención centrada en el paciente como factores determinantes de la calidad del servicio, así como en el respeto de los derechos lingüísticos de los usuarios. El establecimiento de los circuitos asistenciales en lengua vasca debe realizarse de forma progresiva, determi-

nando las prioridades en función de los recursos humanos disponibles, las características sociolingüísticas de cada unidad de servicio y la demanda asistencial, dando preferencia a las poblaciones más vulnerables, pero con el objetivo último de una oferta completa a todos los niveles en ambas lenguas oficiales en condición de igualdad. Es necesaria una evaluación continua del grado de satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales. Sería conveniente establecer grupos de trabajo para colaborar a nivel internacional con profesionales interesados en la atención sanitaria bilingüe a colectivos minoritarios en países con más de una lengua oficial, como ya se ha propuesto en Gales y Canadá.

Bibliografía

- 1 American Medical Association. An Ethical Force Program Consensus Report. Improving Communication-Improving Care. How health care organizations can ensure effective, patient-centered communication with people from diverse populations. American Medical Association, 2006.
- 2 Líneas estratégicas y planes de acción. Osakidetza 2013-2016. Osakidetza, 2013.
- 3 Johnson R, Saha S, Arbelaez J et al. Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. *J Gen Intern Med* 2004; 19 (2): 101-110
- 4 Flores Gl. Language Barriers to Health Care in the United States. *NEJM* 2006; 355:229-231
- 5 Bowen, Sarah H. Language Barriers in Access to Health Care. Santé Canada/Health Canada, 2001.
- 6 Flores Gl, Laws MB, Mayo SJ et al. Errors in medical interpretations and their potential consequences in pediatric encounters. *Pediatrics* 2003; 111:6-14.
- 7 Flores Gl, Abreu M, Schwartz I, Hill M. The importance of language and culture in pediatric care: case studies from the Latino community. *J Pediatr*. 2000 Dec;137(6):842-8.
- 8 Barton J.L, Schmajuk G, Trupin L, Graf J, Imboden J, Yelin EH, Schillinger D. Poor knowledge of methotrexate associated with older age and limited English-language proficiency in a diverse rheumatoid arthritis cohort. *Arthritis Res Ther*. 2013; 15(5): R157.
- 9 More than just words. Strategic Framework for Welsh Language Services in Health, Social Services and Social Care. Welsh Language Policy Unit. Department for Health, Social Services and Children, Welsh Government, 2012.
- 10 Johnstone M, Kanitsaki O. Culture, language and patient safety: making the link. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; Volume 18, Number 5:pp 383-388
- 11 Bowen, Sarah H. Language Barriers in Access to Health Care. Santé Canada/Health Canada, 2001.
- 12 Gonzalez H, Vega W, Tarraf W. Health Care Quality Perceptions among Foreign-Born Latinos and the Importance of Speaking the Same Language. *JABFM*, 2010 Vol 23 No 6
- 13 Irvine F.E, Roberts G.W, Jones P., Spencer L.H., Baker C.R & Williams C.. Communicative sensitivity in the

- bilingual healthcare setting: A qualitative study of language awareness. *Journal of Advanced Nursing* 43(4), 422-434, 2006.
- 14 Juckett, Gr. Caring for Latino Patients. *Am Fam Physician*. 2013;87 (1):48-54
 - 15 National Standards for Linguistically Appropriate Services in Health Care. Final report. U.S Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. Washington DC, 2001.
 - 16 Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía del País Vasco. BOE Nº 306, de 22 de diciembre de 1979.
 - 17 Ley 10/1982, de 24 de noviembre, básica de normalización del uso del Euskera. BOPV, Nº 160, 16/12/1982.
 - 18 Ley Foral 18/1986, de 15 de diciembre, del vascuence. BON núm. 154 de 17 de Diciembre de 1986
 - 19 European Charter for Regional or Minority Languages. Council of Europe, Strasbourg, 5/XI/1992.
 - 20 Société Santé en français. Santé en français, communautés en santé : Résumé du plan directeur 2008-2013, p.5.
 - 21 Consortium National de Formation en Santé. Cadre de Référence pour la formation à l'offre active des services de santé en français. 2012
 - 22 Forgues E, Bahi B, Michaud J. L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques/Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities, 2011.
 - 23 Carrillo Zuniga G, Yoon-Hoo S, Dadig B, Guion K, Rice V. Progression in Understanding and Implementing the Cultural and Linguistic Appropriate Service Standards. *The Health Care Manager*. Volume 32, Number 2, pp.167-172.
 - 24 Roberts G.W, Irvine F.E., Jones P, Spencer LH, Baker CR, Williams C. Report of a Study of Welsh Language Awareness in Healthcare Provision in Wales. University of Wales, Bangor. Welsh Assembly Government, 2004.
 - 25 Charles Boelen, Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. OMS, 2001.
 - 26 Osasuna, Pertsonen eskubidea, Guztion ardura. Políticas de salud para Euskadi 2013-2020. Gobierno Vasco, Departamento de Salud, 2013.
 - 27 Decreto 67/2003, de 18 de marzo, de normalización del euskera en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, BOPV, Nº64, 31 de marzo de 2003.
 - 28 Plan de Euskera del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud 2005-2011.
 - 29 Evaluación del Plan de Euskera 2005-2012. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, abril 2013.
 - 30 Decreto 86/1997, de 15 de abril, por el que se regula el proceso de normalización del uso del Euskera en las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma de Euskadi. BOPV núm. 72 de 17 de Abril de 1997
 - 31 II. Plan de Euskera de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2013-2019. Osakidetza, 2013.
 - 32 Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? Research report. London: Nuffield Trust, 2011.
 - 33 Model de protocol d'usos lingüístics per al sector sanitari públic a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2010.
 - 34 Jacobs E.A. , Shepard D.S, Suaya J.A, Stone E-L. Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. *Am J Public Health*. 2004 May; 94(5): 866-869
 - 35 Green AR, Ngo-Metzger Q, Legedza AT, Massagli MP, Phillips RS, Iezzoni LI. Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. *J Gen Intern Med*. 2005 Nov;20(11): 1050-6.
 - 36 Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. 2007 Apr;42(2):727-54.
 - 37 Bischoff A, Tornerre Cl, Eytan A, Bernstein M, Loutan L. Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin* 44 (1999) 248-256
 - 38 Hudelson P, Dao M, Durieux-Paillard S. Quality in practice: integrating routine collection of patient language data into hospital practice. *International Journal for Quality in Health Care* 2013; Volume 25, Number 4:pp. 437-442
 - 39 Joint Commission. Requirements related to the Provision of Culturally Competent Patient-Centered Care: Hospital Accreditation Program, 2009.