

Los límites del lenguaje claro en español: El caso de la comunicación sanitaria

Ovidia Martínez Sánchez, **Universidad de Alicante (España)**
ovidia.martinez@ua.es

Recibido 13/03/26 • **Aceptado** 10/07/26 • **Publicado** 30/07/26

Cómo citar este artículo: Martínez Sánchez, O. (2026): Los límites del lenguaje claro en español: El caso de la comunicación sanitaria, *Sphera Publica*, 1(26), 26-52.

Resumen

En los últimos años, el lenguaje claro se ha consolidado como marco normativo para la comunicación institucional dirigida a la ciudadanía en el ámbito hispanohablante. Sin embargo, su aplicación a ámbitos especializados, como el sanitario, ha recibido poca atención. Este trabajo analiza el alcance y los límites del lenguaje claro en la comunicación sanitaria institucional en español. Desde un enfoque basado en corpus, se han analizado diez guías públicas procedentes de organismos administrativos. Se examinan tres dimensiones: la conceptualización del destinatario, el tratamiento del ámbito sanitario y la jerarquía de estrategias lingüísticas y discursivas prescritas. Los resultados muestran que el lenguaje claro prioriza la claridad formal y relega la comunicación sanitaria a un papel secundario, sin visibilizar apenas al paciente como destinatario diferenciado ni regular de manera suficiente las estrategias sobre riesgo, incertidumbre y dimensión emocional. Esta laguna es coherente con la vocación transversal de las guías analizadas, concebidas para la comunicación administrativa general y no para regular ámbitos sectoriales específicos, y pone de manifiesto la necesidad de marcos específicos para la comunicación sanitaria institucional.

Palabras Clave: lenguaje claro, comunicación sanitaria, discurso institucional, normativización lingüística

The limits of plain language in Spanish: the case of health communication

Ovidia Martínez Sánchez, Universidad de Alicante (España)
ovidia.martinez@ua.es

Received 13/03/26 • Accepted 10/07/26 • Published 30/07/26

How to reference this paper: Martínez Sánchez, O. (2026): Los límites del lenguaje claro en español: El caso de la comunicación sanitaria, *Sphera Publica*, 1(26), 26-52.

Abstract

In recent years, plain language has become a well-established framework for institutional communication with Spanish-speaking citizens. However, its application to specialised fields, such as healthcare, has received little attention. This study examines the scope and limitations of plain language in institutional health communication in Spanish. Adopting a corpus-based approach, ten public guidelines issued by administrative bodies are analysed. Three dimensions are considered: the construction of the addressee; the representation of the healthcare domain; and the hierarchy of prescribed linguistic and discursive strategies. The findings reveal that plain language prioritises formal clarity, marginalises health communication and renders patients largely invisible. They also demonstrate that plain language provides limited guidance on strategies relating to risk, uncertainty and emotional impact. These findings highlight a normative gap and the necessity of sector-specific frameworks for institutional health communication.

Keywords: plain language, healthcare communication, institutional discourse, linguistic normativisation

1. Introducción¹

El creciente interés por humanizar la comunicación en el ámbito sanitario ha impulsado, en las últimas décadas, nuevas líneas de investigación centradas en el análisis de las interacciones comunicativas entre profesionales sanitarios y pacientes, así como en el estudio del uso del lenguaje especializado desde la perspectiva del receptor no experto. En este contexto, la adecuación lingüística de la información médica se ha convertido en un elemento clave para favorecer la comprensión, la toma de decisiones informadas y, en última instancia, la calidad de la atención sanitaria.

Algunas organizaciones sanitarias han promovido la adaptación del lenguaje de sus publicaciones para hacer la información accesible a la ciudadanía en general. En el contexto español, esta tendencia se refleja, por ejemplo, en el convenio de colaboración firmado en 2025 entre la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y Plena Inclusión Madrid², publicado en aplicación del artículo 48.8 de la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público³, cuyo objetivo es que todas las personas puedan comprender de forma clara y sencilla contenidos esenciales sobre medicamentos y productos sanitarios. Estas prácticas no son iniciativas aisladas ni recientes, sino que se inscriben en el marco más amplio del movimiento conocido como *Plain Language* o lenguaje claro, que tiene como objetivo reducir las barreras lingüísticas entre las instituciones y la ciudadanía. Este movimiento se originó en el mundo angloparlante a mediados del siglo XX, con las primeras propuestas para mejorar la legibilidad y comprensión de los textos escritos, y se fue consolidando progresivamente a partir de la década de 1970 en ámbitos como el jurídico y el administrativo, para extenderse posteriormente a otros campos especializados.

Desde entonces, el lenguaje claro ha experimentado una notable expansión internacional y ha sido adoptado, con distintas denominaciones y enfoques, en numerosos países y contextos institucionales. En España, el interés académico y profesional por el lenguaje claro ha aumentado considerablemente en los últimos años, especialmente en áreas como el Derecho y la Administración y, más recientemente, en el ámbito sanitario. Una

¹ El artículo se enmarca en el proyecto con financiación de la Generalitat Valenciana «Neotermed4All: Terminología y comunicación biomédica para la inclusión y digitalización en salud» cuya referencia es CIAICO/2024/081.

² https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-16593

³ <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/10/01/40/con>

búsqueda en Google Académico con el término «lenguaje claro» arroja 42 700 resultados y 364 documentos en Dialnet a comienzos de 2026. Este desarrollo se ha materializado en iniciativas divulgativas, redes institucionales y herramientas tecnológicas orientadas a facilitar la redacción y evaluación de textos claros en español.

En el ámbito de la salud, la aplicación de los principios del lenguaje claro es especialmente relevante debido a la elevada complejidad terminológica del discurso médico y a la asimetría comunicativa que caracteriza la relación entre profesionales y pacientes. La falta de conocimientos especializados de los pacientes, unida a la carga emocional que suelen conllevar los mensajes sanitarios, exige estrategias específicas de adaptación discursiva, como la simplificación sintáctica, la reformulación explicativa del léxico especializado y el uso de recursos multimodales que favorezcan la comprensión.

Aunque se ha incrementado la actividad investigadora y las iniciativas institucionales relacionadas con el lenguaje claro en español, todavía es indispensable examinar cómo los marcos normativos actuales incluyen (o no) las exigencias comunicativas del ámbito sanitario. En este contexto, el presente trabajo examina un conjunto de guías institucionales de lenguaje claro publicadas en España y Europa con el objetivo de estudiar la importancia de estos instrumentos normativos para la comunicación sanitaria.

2. Lenguaje claro y comunicación institucional: estado de la cuestión y marco legal

2.1 El lenguaje claro como enfoque teórico en la comunicación institucional

En las últimas décadas, el lenguaje claro se ha consolidado como un enfoque central en la reflexión sobre la comunicación institucional orientada a la ciudadanía. Según la *International Plain Language Federation* (IPLF), organización que agrupa a asociaciones internacionales dedicadas a la promoción del lenguaje claro, «un texto está en lenguaje claro si su redacción, estructura y diseño son tan transparentes que los lectores a los que se dirige pueden encontrar lo que necesitan, entender lo que encuentran y usar esa información» (s. f.). Esta definición pone de manifiesto que el lenguaje claro no se limita a la dimensión estrictamente lingüística, sino que también tiene en cuenta aspectos estructurales y de diseño. Además, sitúa al lector en el centro del proceso comunicativo, desplazando el foco desde el emisor institucional hacia las necesidades reales del receptor.

Desde una perspectiva teórica, diversos autores han subrayado que el lenguaje claro no debe entenderse como una mera simplificación lingüística, sino como una propiedad que afecta simultáneamente a distintos niveles de la lengua: el discursivo, el morfosintáctico y el léxico (Da Cunha y Escobar, 2021). En este sentido, la claridad se concibe como un criterio de calidad comunicativa que implica adecuación al destinatario, coherencia estructural y accesibilidad cognitiva.

La investigación académica sobre lenguaje claro se ha desarrollado especialmente en el ámbito jurídico-administrativo, donde se ha analizado su incorporación en políticas públicas y sistemas regulatorios (Ortega-Ruiz, 2023; Lell, 2024), además de los retos terminológicos y fraseológicos característicos de la comunicación administrativa (Viñuales-Ferreiro y Pistola; Pistola y Da Cunha, 2024a). Estas áreas de estudio se han fortalecido con sugerencias tecnológicas y metodológicas enfocadas en la redacción institucional y en la valoración de herramientas de apoyo (Da Cunha, 2022; Pistola y Da Cunha, 2024b), en concordancia con los estudios que han evidenciado que la opacidad lingüística de los textos institucionales representa un obstáculo para el ejercicio efectivo de los derechos ciudadanos y la participación democrática. Por este motivo, se han elaborado recomendaciones y guías para mejorar la transparencia comunicativa de las administraciones públicas (Da Cunha, ed., 2022).

En los países de habla hispana, especialmente en España, esta tendencia ha ido acompañada de una mayor atención académica e institucional hacia el lenguaje claro en los últimos años. Se han publicado diversos estudios que han ayudado a definir el concepto, organizar sus principios y analizar su uso en distintos tipos de comunicación pública, con mayor enfoque en los ámbitos administrativo y jurídico (Da Cunha y Escobar, 2021; Da Cunha, ed., 2022; Escobar y Samaniego, 2022). También se han llevado a cabo investigaciones que exploran la relación entre el lenguaje claro y la accesibilidad, y la transparencia y la calidad de la comunicación en entornos institucionales (Montolío y Tascón, 2020). En paralelo, se han creado herramientas tecnológicas y enfoques basados en corpus que ayudan a escribir y evaluar textos claros en español, en particular en la Administración pública (Da Cunha, 2022). Esto ha contribuido a consolidar el lenguaje claro como un área emergente dentro de la lingüística aplicada en España, aunque aún se le presta una atención desigual en campos especializados como la comunicación sanitaria.

En este ámbito, el interés ha comenzado a intensificarse en relación con los estudios sobre comunicación médica y alfabetización en salud (Santamaría-Pérez, 2025). Los

trabajos centrados en géneros como folletos informativos o prospectos farmacéuticos han demostrado cómo la complejidad terminológica y conceptual del discurso médico puede dificultar la comprensión de los pacientes (Torres López, 2023). Por esta razón, el uso de un lenguaje claro se presenta como una herramienta fundamental para disminuir la asimetría en la comunicación, mediante estrategias como la reformulación, el apoyo multimodal y la adaptación del discurso. No obstante, la literatura también señala una desconexión entre el desarrollo general del lenguaje claro en la comunicación institucional y su aplicación específica al ámbito sanitario. Si bien los estudios biomédicos subrayan la necesidad de adoptar enfoques adaptados al discurso clínico, las guías institucionales tienden a formular recomendaciones transversales que no siempre tienen en cuenta estas particularidades. Este hecho, unido al proceso de institucionalización a través de políticas públicas y marcos prescriptivos en la Unión Europea y en España, justifica la pertinencia de un análisis crítico de las guías actuales y determina los objetivos de este estudio.

2.2 Marco legal europeo y español

A nivel europeo, el principio de claridad comunicativa está vinculado a los valores de buena administración, accesibilidad y protección de los derechos fundamentales. La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea reconoce en su artículo 41 el derecho a una buena administración, lo que implica que las instituciones deben comunicar sus decisiones de manera comprensible. De manera similar, el Reglamento (CE) n.º 1049/2001, que trata sobre el acceso del público a los documentos institucionales, presupone que la información debe ser inteligible. Además, la Directiva (UE) 2016/2102, relativa a la accesibilidad digital, incluye la comprensibilidad como uno de los principios principales para la elaboración de contenidos públicos.

En el ámbito sanitario, la Directiva 2011/24/UE relativa a la asistencia sanitaria transfronteriza establece el derecho de los pacientes a recibir información suficiente para poder tomar decisiones informadas sobre opciones terapéuticas, calidad y seguridad asistencial. Sin embargo, estas disposiciones no se acompañan de criterios lingüísticos específicos desde la perspectiva del lenguaje claro, lo que evidencia una formulación normativa transversal y no sectorial.

En el contexto español, el marco jurídico del lenguaje claro se articula mediante disposiciones legales, iniciativas institucionales y documentos orientativos que reconocen el derecho de la ciudadanía a recibir información comprensible. En el ámbito sanitario, la

Ley 14/1986 General de Sanidad y la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente reconocen este derecho al exigir que la información clínica sea veraz, comprensible y adecuada. Además, la Ley 19/2013 de transparencia refuerza la obligación general de accesibilidad informativa de las administraciones públicas.

A estas normas se suman iniciativas de sistematización técnica, como la norma UNE-ISO 24495-1:2024, que establece principios generales para la redacción institucional en lenguaje claro. Este estándar adopta un enfoque integral que incluye la planificación documental, la estructuración, la selección léxica, el diseño gráfico y la validación con usuarios. No obstante, mantiene una orientación generalista y no desarrolla pautas específicas para ámbitos como el sanitario.

Por último, la *Guía panhispánica de lenguaje claro y accesible* reafirma el compromiso institucional con la claridad comunicativa en español desde una perspectiva transversal. En conjunto, aunque el ordenamiento jurídico europeo y español reconoce el derecho a recibir una información sanitaria comprensible, este reconocimiento no se traduce de forma sistemática en directrices discursivas específicas dentro de las guías de lenguaje claro, lo que evidencia una brecha entre el marco jurídico y su desarrollo normativo efectivo.

3. Metodología y corpus

El presente estudio adopta un enfoque cualitativo y descriptivo basado en corpus. Su objetivo es identificar, describir y analizar la presencia, ausencia o tratamiento marginal de la comunicación sanitaria en las guías institucionales de lenguaje claro vigentes en España y en la Unión Europea, con el fin de detectar posibles vacíos normativos desde una perspectiva discursiva. El análisis no se centra en evaluar el grado de claridad de los textos ni en medir variables lingüísticas cuantificables, sino en examinar cómo las guías conceptualizan los ámbitos de aplicación del lenguaje claro y la posición que ocupa en ese marco un dominio especializado y socialmente sensible como el sanitario.

El corpus está constituido por diez documentos institucionales de carácter normativo o cuasinormativo sobre lenguaje claro o comunicación clara, procedentes de administraciones autonómicas españolas, organismos de ámbito estatal, una institución internacional y la Unión Europea. Todos los documentos cumplen los siguientes criterios de inclusión:

- carácter institucional u oficial (pública);
- finalidad prescriptiva o recomendatoria en materia de lenguaje claro;

- disponibilidad en versión oficial en español;
- orientación a la comunicación con la ciudadanía no experta.

Por tanto, no se han incluido estándares técnicos ni documentos de normalización, como la norma UNE-ISO 24495-1:2024, ya que su estatus normativo, destinatario público y formato difieren de los de las guías institucionales objeto de estudio. Cada documento se guardó como un archivo independiente, identificado mediante una etiqueta particular (LC_01-LC_10). Los metadatos descriptivos de cada documento se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1

Archivo	Título del documento	Institución / administración	Ámbito	Año
LC_01	Guía de comunicación clara	Gobierno de Navarra	Autonómico	2025
LC_02	Guía rápida para escribir en lenguaje claro	CERMI Castilla y León	Autonómico	2024
LC_03	Guía para escribir con claridad en la administración	Principado de Asturias	Autonómico	2023
LC_04	Guía de lenguaje claro para la administración pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia: recomendaciones para la descripción de procedimientos y documentos administrativos	Región de Murcia	Autonómico	2022
LC_05	Guía de lenguaje claro de la Generalitat Valenciana: por un lenguaje administrativo al servicio de las personas	Generalitat Valenciana	Autonómico	2023
LC_06	Comunicación Clara: una herramienta para mejorar la comunicación con la ciudadanía	Ayuntamiento de Madrid	Local	2025
LC_07	Guía panhispánica de lenguaje claro y accesible	Real Academia Española	Internacional	2024
LC_08	Manual de estilo de lenguaje claro	Gobierno de Aragón	Autonómico	2019
LC_09	Guía resumen protocolo comunicación inclusiva en los ámbitos institucionales y de la comunicación	Junta de Extremadura	Autonómico	2023
LC_10	Cómo escribir con claridad	Unión Europea	UE	2015

Tabla 1. Documentos del corpus.

El corpus resultante consta de aproximadamente 114 000 palabras, distribuidas de manera desigual entre los distintos documentos. Esta circunstancia se ha tenido en cuenta en el análisis cualitativo de los resultados.

Los textos se recopilaron manualmente a partir de repositorios oficiales y se convirtieron a formato de texto plano (TXT). Posteriormente, se sometieron a un proceso de limpieza en el que se eliminaron elementos paratextuales recurrentes, como índices automáticos, referencias bibliográficas, encabezados, etc. El corpus final se cargó en la plataforma Sketch Engine, donde se almacenó de forma estructurada para poder realizar búsquedas sistemáticas, concordancias y exploraciones léxicas. Con el fin de garantizar la homogeneidad del análisis, el estudio se centra exclusivamente en el español peninsular.

3.1 Procedimiento de análisis

El análisis se realizó mediante un procedimiento cualitativo basado en corpus, organizado en tres pasos que se complementan entre sí.

En primer lugar, se realizó una lectura sistemática de las guías con el fin de identificar los ámbitos de comunicación que aparecían explícitamente mencionados o ejemplificados como contextos de aplicación del lenguaje claro, así como el grado de especificidad con el que se formulaban las recomendaciones.

En segundo lugar, se realizó una exploración dirigida del corpus en Sketch Engine para detectar la presencia de unidades léxicas y referencias asociadas al ámbito sanitario (por ejemplo, «salud», «sanitario», «paciente», «enfermedad» o «tratamiento»), así como los contextos discursivos en los que aparecían dichas referencias, en caso de existir. El objetivo de esta fase fue determinar el estatus discursivo del ámbito sanitario en las guías: central, marginal o inexistente.

Por último, se interpretaron los resultados de ambas fases mediante un análisis discursivo que permitió evaluar si la comunicación sanitaria se conceptualiza como un dominio comunicativo diferenciado o si, por el contrario, queda subsumida en recomendaciones de carácter general sin adaptaciones explícitas a sus particularidades comunicativas.

3.2 Categorías analíticas y operacionalización

Con el fin de convertir los objetivos del estudio en procedimientos comparables, se estableció un conjunto de categorías discursivas que se aplicaron transversalmente a

todas las guías mediante la combinación de búsquedas léxicas dirigidas en Sketch Engine y un análisis discursivo contextualizado.

Se definieron tres grandes ejes de análisis:

- Conceptualización del destinatario, centrada en cómo se construye discursivamente el receptor de las guías y en la presencia —o ausencia— del paciente como figura diferenciada dentro de los públicos institucionales. Para esta categoría se registraron las denominaciones empleadas (por ejemplo, «persona», «ciudadanía», «usuario» o «paciente»), las referencias a situaciones de vulnerabilidad y la distinción entre públicos primarios y secundarios.
- Tratamiento del léxico especializado, referido a las prescripciones sobre el uso, explicación o reformulación de la terminología, con especial atención a los ejemplos del ámbito médico. En este eje se identificaron recomendaciones sobre la definición de términos, el empleo de glosarios, la sustitución léxica, las paráfrasis explicativas y las advertencias sobre tecnicismos innecesarios.
- Alcance sectorial de las recomendaciones, relativo al reconocimiento explícito del ámbito sanitario como dominio comunicativo específico y a la existencia —o ausencia— de orientaciones adaptadas a contextos de alta complejidad conceptual y carga emocional, como la comunicación del riesgo, la explicación de probabilidades, la transmisión de malas noticias o la gestión de la incertidumbre.

Esta articulación permitió clasificar el estatus discursivo de la comunicación sanitaria en las guías —central, marginal o inexistente— y fundamentar la identificación de vacíos normativos, que se desarrolla en la sección de análisis.

4. Análisis y resultados

El análisis se organiza en función de las tres dimensiones definidas en la sección metodológica (2.3): (i) conceptualización del destinatario, (ii) alcance sectorial de las recomendaciones —prestando especial atención al sector sanitario— y (iii) estrategias lingüísticas y discursivas prescritas.

4.1 El tratamiento del destinatario

El análisis de las guías institucionales de lenguaje claro revela una representación discursiva predominantemente generalista y uniformadora del destinatario, concebido en

términos amplios —ciudadanía, personas, público—, sin una diferenciación sistemática de perfiles comunicativos ni una caracterización explícita de las necesidades situacionales.

En la mayoría de los documentos, el destinatario se designa de manera recurrente mediante expresiones como «la ciudadanía», «las personas destinatarias», «el público» o «las personas lectoras». Estas fórmulas funcionan como categorías inclusivas, pero tienden a neutralizar las diferencias derivadas del contexto, la situación comunicativa o la vulnerabilidad del receptor. Incluso cuando se invita a «pensar en la persona destinataria» o a «ponerse en el lugar del lector», el destinatario implícito suele corresponder a un modelo de receptor competente y autónomo, relativamente estable desde el punto de vista cognitivo y emocional.

Algunas guías —sobre todo de ámbito autonómico— mencionan a colectivos con mayores dificultades de comprensión, como las personas con discapacidad intelectual, las personas mayores o con dificultades lectoras. Sin embargo, estas referencias suelen vincularse a la lectura fácil como recurso complementario. Así, la diferencia no se integra en el marco del lenguaje claro, sino que se desplaza hacia enfoques paralelos, lo que refuerza la idea de que el lenguaje claro opera como un estándar transversal y de que las necesidades comunicativas específicas se tratan como adaptaciones externas.

Por el contrario, es significativa la ausencia casi total de la figura del *paciente* como destinatario explícito. Aunque algunas guías mencionan de manera tangencial ámbitos sensibles o procedimientos complejos, el paciente no se concibe discursivamente como un receptor con características específicas, como la asimetría informativa, la exposición al riesgo o la carga emocional asociada a la información sanitaria.

En el caso de la guía de la Unión Europea, los destinatarios se clasifican de forma funcional (personal de las instituciones, expertos externos y público general), pero esta tipología responde a criterios institucionales y no a necesidades comunicativas específicas. El público general aparece como una categoría residual y heterogénea, sin un desarrollo que permita identificar subgrupos o escenarios diferenciados, como los vinculados a la salud.

La Tabla 2 recoge las principales formas de designación del destinatario en el corpus. Las frecuencias se emplean de manera orientativa para identificar patrones de predominio y marginalidad léxica, y no como indicadores cuantitativos autónomos.

Tabla 2

Lema	Ocurrencias	Función discursiva
<i>persona(s)</i>	806	Destinatario genérico e inclusivo
<i>ciudadanía</i>	162	Receptor institucional abstracto
<i>lector(es)</i>	75	Enfoque textual/compreensivo
<i>público</i>	60	Audiencia general
<i>usuario(s)</i>	36	Relación funcional con la institución
<i>paciente(s)</i>	9	Referencia sanitaria marginal

Tabla 2. Distribución léxica de las denominaciones del destinatario en los documentos.

Los datos confirman el predominio de las denominaciones genéricas, en particular «persona(s)» (806) y «ciudadanía» (162), frente a la presencia claramente marginal de «paciente(s)» (9).

La Tabla 3 sintetiza, para cada documento, las formas de designación más frecuentes del destinatario y el grado de desarrollo del ámbito sanitario, lo que permite observar qué guías incorporan referencias clínicas y con qué alcance, así como hasta qué punto el paciente está reconocido como figura discursiva.

Tabla 3

Guía	Designaciones más frecuentes del destinatario	Mención explícita del paciente	Ejemplos sanitarios	Estatus del ámbito sanitario
LC_01	persona(s), ciudadanía	No	Sí (menciones puntuales vinculadas a «salud» en contexto institucional/servicios)	Marginal (ilustrativo, sin pautas específicas)
LC_02	lector(es), persona(s)	No	No	Inexistente
LC_03	persona(s), ciudadanía	No	No	Inexistente
LC_04	persona(s), ciudadanía	No	No	Inexistente
LC_05	persona(s), ciudadanía	Sí	Sí (ejemplo médico-sanitario: adaptación del lenguaje al dirigirse al paciente)	Marginal (ejemplo argumentativo)
LC_06	persona(s), ciudadanía	No	Sí (menciones puntuales; no estructura un marco sanitario)	Marginal
LC_07	persona(s), ciudadanía	Sí	Sí (apartado «Lenguaje claro y medicina»: brecha médico–paciente,	Central

Guía	Designaciones más frecuentes del destinatario	Mención explícita del paciente	Ejemplos sanitarios	Estatus del ámbito sanitario
			vulnerabilidad, léxico, tratamientos, etc.)	
LC_08	lector(es), persona(s)	No	Sí (mención tipológica/sectorial «ámbito médico y de la salud», sin desarrollo orientado a paciente)	Marginal
LC_09	persona(s), público	Sí	Sí (salud/adicciones; «paciente» aparece en listados terminológicos e inclusivos)	Marginal
LC_10	lector(es), persona(s)	No	No	Inexistente

Tabla 3. Construcción del destinatario y presencia del ámbito sanitario por guía.

En conjunto, el tratamiento del destinatario se organiza en torno a categorías amplias y transversales que no establecen distinciones estables entre los contextos comunicativos. Esta baja visibilidad del paciente como destinatario específico es coherente con la vocación general de las guías analizadas, ya que están concebidas como instrumentos transversales para la comunicación administrativa y no se diseñaron originalmente para regular ámbitos sectoriales, como el sanitario. No obstante, esta misma generalidad plantea interrogantes sobre su capacidad para orientar la comunicación en contextos de alta especialización, cuestión que se analiza con mayor profundidad en el siguiente apartado.

4.2 La dimensión sanitaria en las recomendaciones

El análisis de las guías institucionales de lenguaje claro pone de manifiesto que la comunicación sanitaria no se configura como un dominio discursivo diferenciado dentro de las recomendaciones normativas, a pesar de la relevancia social del ámbito de la salud y de su reconocimiento explícito en el marco legal. En el corpus analizado, las referencias al ámbito sanitario son escasas y, cuando aparecen, no se desarrollan de forma sistemática ni generan criterios específicos de adaptación comunicativa.

La Figura 1 muestra la distribución de las referencias sectoriales en el conjunto del corpus mediante agrupaciones léxicas representativas de distintos ámbitos institucionales. Se observa un claro predominio del ámbito administrativo, seguido de los ámbitos jurídico y digital-tecnológico, lo que confirma que las guías se centran principalmente en la

comunicación procedimental y normativa. En comparación con estos campos, el ámbito sanitario presenta una frecuencia sensiblemente menor y se sitúa por detrás de otros sectores, como el social o el laboral. Esta jerarquía cuantitativa refuerza la interpretación desarrollada en este apartado: la salud no constituye uno de los ejes centrales del desarrollo normativo del lenguaje claro y, salvo excepciones puntuales, no se traduce en pautas discursivas específicas dentro de las guías analizadas.

Figura 1

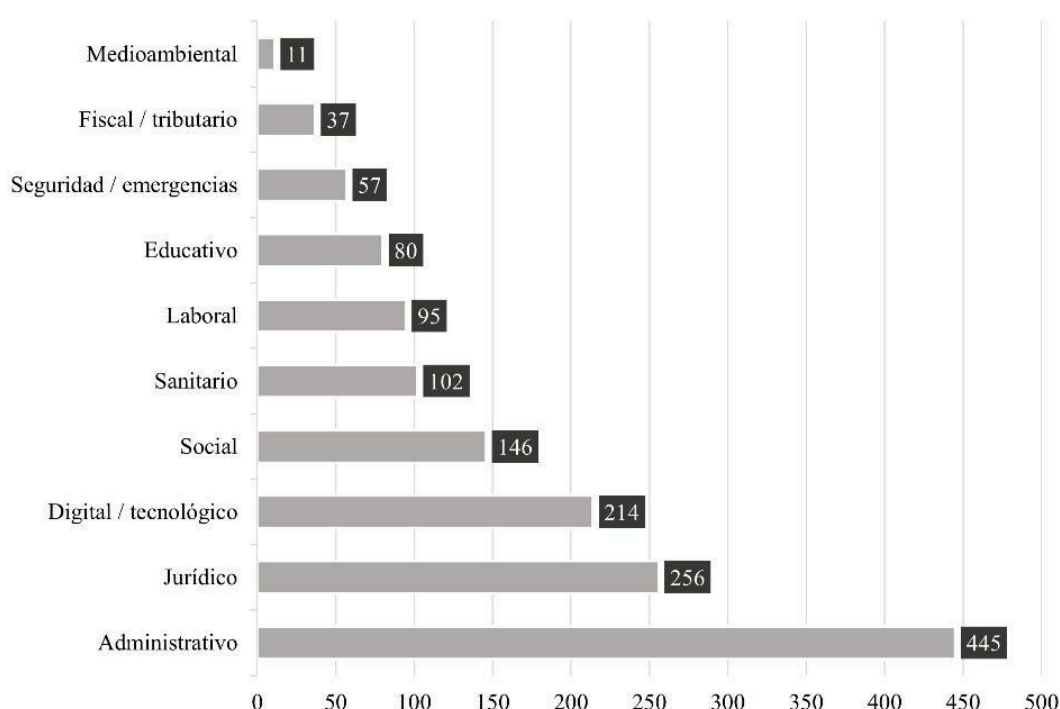


Figura 1. Distribución de referencias sectoriales en los documentos.

Desde una perspectiva basada en corpus, las menciones a la salud, a los servicios sanitarios o a la figura del paciente se concentran en pasajes aislados, generalmente con una función ilustrativa o tangencial, y no como parte de un desarrollo normativo estructurado. Estas referencias no incluyen orientaciones específicas sobre la gestión de la complejidad terminológica, la asimetría informativa o la carga emocional que caracteriza a la comunicación en contextos sanitarios. En consecuencia, el ámbito de la salud se integra de manera implícita en las recomendaciones generales, sin que se reconozca su singularidad discursiva.

No obstante, dos documentos del corpus introducen referencias explícitas a la comunicación médico-paciente. En la guía LC_05 se recurre al ámbito clínico como ejemplo paradigmático de adaptación comunicativa:

Tomemos el ejemplo del lenguaje médico-sanitario: las personas con especialidades en ese ámbito usan una terminología precisa cuando hablan entre sí sobre un tratamiento; pero cuando se dirigen al paciente deben adaptar el lenguaje empleado en su diagnóstico para que esta persona comprenda qué le ocurre y así pueda tomar decisiones con seguridad. (p. 12)

En este caso, el ámbito sanitario se utiliza como ilustración argumentativa de la adecuación al destinatario, pero no da lugar a un desarrollo normativo propio ni a un conjunto sistemático de recomendaciones específicas para contextos clínicos, lo que justifica su clasificación como tratamiento marginal.

Un paso más allá se observa en la guía LC_07, que dedica un epígrafe completo a *Lenguaje claro y medicina* y formula un diagnóstico explícito de la relación comunicativa entre profesionales y pacientes:

La comunicación médica discurre en dos niveles: a) entre profesionales de la medicina, y b) entre médico y paciente. Es en este último escenario donde se producen los problemas de comunicación. Muchos enfermos acuden a la consulta abrumados por la enfermedad y por la autoridad de la persona que diagnostica y decide sobre su salud. (p. 56)

El texto identifica así la asimetría informativa, la carga emocional y la vulnerabilidad del paciente como factores centrales del intercambio comunicativo y reconoce la existencia de una «brecha comunicativa» (p. 56) entre médico y paciente. Este tratamiento supera la mera ejemplificación y configura el ámbito sanitario como un dominio discursivo específico, lo que explica que esta guía sea la única del corpus clasificada como central en relación con la comunicación sanitaria.

La comparación entre ambos casos confirma que, cuando la salud aparece en las guías, lo hace mayoritariamente como ejemplo puntual de adaptación lingüística y no como ámbito regulado con criterios propios, salvo en LC_07, donde se reconoce explícitamente la singularidad comunicativa del contexto clínico.

Esta ausencia es especialmente significativa si se compara con el tratamiento que se da a otros ámbitos de la comunicación institucional, como el administrativo o el jurídico, que sí

se mencionan de forma explícita y recurrente como contextos de aplicación del lenguaje claro. En estos casos, las guías suelen identificar dificultades específicas, como la complejidad sintáctica o la opacidad terminológica, y proponen estrategias de adaptación acordes a dichos contextos. La comunicación sanitaria, en cambio, no goza de un reconocimiento similar a pesar de compartir e incluso intensificar muchos de estos retos comunicativos.

Además, cuando las guías hacen referencia a colectivos vulnerables o a situaciones comunicativas sensibles, lo hacen mediante formulaciones amplias y descontextualizadas, sin vincularlas explícitamente al ámbito de la salud. El paciente no se presenta como un destinatario con características comunicativas propias, sino que queda subsumido dentro de categorías genéricas como «persona» o «ciudadanía».

Desde el punto de vista normativo, la falta de desarrollo específico de la comunicación sanitaria revela una brecha entre el reconocimiento jurídico del derecho a la información sanitaria clara y su traducción en directrices lingüísticas concretas. Aunque el marco legal español y europeo establece la obligación de proporcionar información sanitaria comprensible, las guías de lenguaje claro no concretan este mandato en términos discursivos ni ofrecen criterios para adaptar el lenguaje claro a situaciones de alta complejidad y riesgo.

En conjunto, el análisis muestra que la dimensión sanitaria ocupa un lugar periférico y poco definido en las guías institucionales de lenguaje claro. Esta marginalidad no se debe a la ausencia de referencias, sino a una concepción normativa del lenguaje claro basada en la transversalidad y la homogeneización del destinatario, lo que dificulta el reconocimiento de ámbitos comunicativos especializados, como el sanitario. Esta carencia normativa plantea la necesidad de replantearse el alcance del lenguaje claro y avanzar hacia marcos más sensibles a la diversidad de contextos comunicativos institucionales.

4.3 Estrategias lingüísticas y discursivas prescritas

El análisis cualitativo de las guías muestra que el modelo normativo del lenguaje claro que proponen se fundamenta principalmente en operaciones de reorganización del texto, simplificación sintáctica y control formal del mensaje. Las recomendaciones se centran principalmente en optimizar la estructura informativa de los documentos, regular el uso del léxico especializado y establecer mecanismos de revisión antes de su difusión pública. En cambio, las estrategias destinadas a afrontar situaciones comunicativas caracterizadas

por la incertidumbre, la vulnerabilidad del destinatario o la carga emocional —elementos clave en la comunicación sanitaria— están presentes de manera dispersa y con un desarrollo limitado.

Este desequilibrio se refleja en la distribución global de las estrategias recogidas en la Tabla 4, que se incluye a continuación como síntesis panorámica del corpus antes del análisis detallado de cada dimensión.

La Tabla 4 muestra que los mecanismos vinculados a la organización del texto, la gestión del léxico especializado y la comprobación de la comprensión están presentes en todos los documentos analizados (10/10), mientras que el diseño y los apoyos visuales aparecen en nueve de ellos (9/10). Por otro lado, las orientaciones relacionadas con la dimensión relacional del discurso presentan una distribución menos uniforme: la apelación a la empatía y a la relación con el destinatario solo aparece en seis guías (6/10), y las referencias a la gestión del riesgo y la incertidumbre solo aparecen en cinco (5/10). Este patrón confirma que estas dimensiones tienen un papel secundario dentro del modelo normativo subyacente a las guías de lenguaje claro.

Tabla 4

Estrategia	LC_01	LC_02	LC_03	LC_04	LC_05	LC_06	LC_07	LC_08	LC_09	LC_10
Organización	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Diseño y apoyo visual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Léxico especializado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Control de la comprensibilidad del texto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Empatía y relación con el destinatario	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗
Gestión del riesgo y la incertidumbre	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗

Tabla 4. Presencia de estrategias discursivas por documento.

4.3.1 Organización y estructura del texto

Las recomendaciones sobre la planificación y la estructura de la información forman el núcleo del modelo normativo. En casi todas las guías se sugiere claramente definir el objetivo del documento y anticipar las necesidades del lector mediante preguntas antes de comenzar a escribir, como «¿qué debe entender la persona que lo lee?» o «¿qué acción se espera después de leer el texto?». Estas orientaciones se complementan con pasos prácticos, como crear esquemas previos, organizar los contenidos en una lista jerárquica o dividir el documento en secciones con funciones específicas.

A menudo se sugiere utilizar títulos que informen sobre el contenido de los textos, como «cómo solicitar la prestación» o «qué ocurre después». También se recomienda comenzar con resúmenes en documentos largos y organizar la información siguiendo una estructura basada en la pirámide invertida. En ciertos casos, se incluyen ejemplos de reescritura donde un párrafo complicado se transforma en listas con puntos o en pasos numerados. En la guía europea, esta orientación se refuerza con indicaciones sobre navegación digital —índices interactivos, hipervínculos internos, recuadros de información clave—, lo que consolida la idea de claridad asociada a la facilidad de localización y al escaneo rápido, más que a la adaptación contextual del mensaje.

4.3.2 Diseño y apoyos visuales

El diseño gráfico se integra como dimensión complementaria del trabajo textual. Diversas guías subrayan que todos los elementos que acompañan al texto también comunican y desarrollan pautas detalladas sobre tipografía, interlineado, contraste cromático y jerarquía visual. Entre las recomendaciones, destacan el uso de la fuente sans serif, márgenes amplios, un uso moderado de mayúsculas y destacados tipográficos para resaltar la información esencial. Estas orientaciones se concretan, por ejemplo, en LC_06, donde se prescribe que los documentos deben estar «redactados y diseñados de forma clara e inequívoca» (p. 4). Entre sus indicaciones, la guía recomienda al redactor «sé generoso con los márgenes» (p. 67), evitar líneas demasiado largas, eliminar «viudas y huérfanas» (p. 67) y «garantiza la legibilidad» (p. 68) mediante cuerpos tipográficos suficientes y la limitación de tamaños diferentes.

También se sugieren recursos de mediación multimodal, como pictogramas, esquemas, infografías, vídeos explicativos, glosarios dinámicos y sistemas de traducción a lengua de signos. Algunas guías incluyen listas de iconos estándar para indicar advertencias, plazos o acciones obligatorias, así como ejemplos de cómo transformar un texto en un diagrama de flujo. LC_06 afirma que «los iconos, gráficos y fotografías han de tener una función didáctica» (p. 57) y recomienda «huir de las imágenes gratuitas y buscar las que realmente aporten información» (p. 57). También advierte de que los iconos «pueden generar ambigüedades y reforzar estereotipos si no están claramente diseñados» (p. 58), por lo que deben combinarse con texto. Asimismo, señala que «un mal gráfico puede inducir a error» (p. 59) y recomienda evitar los efectos tridimensionales, cuidar las escalas y restringir la gama cromática para no distorsionar la interpretación de los datos. Por su parte, LC_10 propone utilizar «imágenes, gráficos o cuadros en lugar de texto» (p. 5) para facilitar la exposición de las ideas, aunque no especifica pautas sobre su diseño ni sobre los riesgos de una mala construcción visual. No obstante, estos recursos se conciben principalmente como herramientas para mejorar la comprensión visual y cognitiva, sin abordar su papel en la regulación de emociones, miedos o situaciones de vulnerabilidad. Por ello, aunque se aconseja el uso de iconos para señalar riesgos o advertencias, se habla poco sobre cómo ajustar su impacto o evitar reacciones alarmantes en entornos sanitarios.

4.3.3 Gestión del léxico especializado

La regulación del vocabulario especializado es uno de los temas que más se han desarrollado en las guías. En ellas se insiste en evitar tecnicismos innecesarios, sustituir las nominalizaciones por verbos, utilizar palabras de uso frecuente y explicar los términos especializados cuando no puedan omitirse. Se incluyen ejemplos contrastivos en los que se propone reemplazar formulaciones abstractas («proceder a la tramitación de la solicitud») por secuencias directas («tramitar la solicitud») o introducir paráfrasis explicativas después de un término jurídico.

Estas orientaciones se concretan, por ejemplo, en la LC_10, donde se recomienda «reducir el número de sustantivos» (p. 8) y dar prioridad a las formas verbales para dar fluidez al texto, así como evitar «los falsos amigos, las jergas y las siglas y las abreviaturas» (p. 11). De forma paralela, la LC_06 prescribe buscar las palabras clave más complejas o especializadas e intentar explicarlas la primera vez que aparezcan; recurrir a la reformulación; y, cuando sea necesario, crear un glosario o utilizar notas al

pie, con el fin de no dificultar el ritmo de lectura. Desde una perspectiva más descriptiva de los lenguajes especializados, la LC_07 advierte de que los latinismos, arcaísmos y nominalizaciones «construyen una barrera» (p. 31) entre las instituciones y la ciudadanía, y recomienda evitarlos o acompañarlos de traducción, así como simplificar las perífrasis innecesarias.

Sin embargo, estas orientaciones se formulan desde una lógica transversal que apenas distingue entre campos especializados. En el ámbito sanitario, donde la terminología es indispensable para la práctica clínica, desde el diagnóstico hasta el tratamiento, las guías no ofrecen directrices claras para equilibrar inteligibilidad y rigor técnico, ni para decidir qué términos deben mantenerse en su forma especializada y cuáles pueden adaptarse para resultar más comprensibles, lo que demuestra un enfoque generalista de la simplificación léxica.

4.3.4 Control de la comprensibilidad del texto

Las listas de verificación y los protocolos de revisión son otros de los elementos estructurales del modelo normativo. Las guías incluyen repertorios de preguntas orientadas a evaluar la claridad global del texto (por ejemplo, «¿se entiende el texto en una sola lectura?»), la longitud de las frases, la coherencia entre párrafos, el tono empleado o la adecuación al destinatario.

En algunas guías se recomienda someter los textos a procesos de validación con personas externas a la administración, mediante pruebas piloto, lectura en voz alta o revisiones colaborativas, y se citan incluso métricas automáticas de legibilidad como apoyo a la evaluación.

No obstante, estas prácticas se conciben como mecanismos formales de control de calidad, centrados en la superficie lingüística y estructural, y no incorporan procedimientos para valorar la recepción del mensaje en situaciones de alta implicación emocional, como la comunicación de diagnósticos o efectos adversos de tratamientos.

4.3.5 Empatía, riesgo e incertidumbre

Las referencias a la dimensión relacional aparecen de forma esporádica y poco sistematizada. Cuando se mencionan, suelen aparecer en listas generales de principios — «mostrar empatía», «utilizar un tono cercano», «respetar a la persona destinataria»—, sin que se concreten en recursos lingüísticos específicos, como el uso de elementos atenuadores, reformulaciones explicativas o secuencias de anticipación de emociones.

En este sentido, la LC_04 incluye algunas recomendaciones más operativas, como la de utilizar «un lenguaje cercano y respetuoso que transmita una sensación de cooperación» y la de «comprobar que se responden las preguntas que se hace la persona destinataria» (p. 32), además de la de evitar la información superflua y no dar por supuestos los conocimientos del receptor. No obstante, estas indicaciones se formulan como principios generales y no se desarrollan mediante modelos discursivos aplicables a situaciones de alta carga emocional, como la comunicación de diagnósticos.

Solo algunos documentos incluyen ejemplos más explícitos. En LC_07, por ejemplo, se menciona a pacientes «abrumados por la enfermedad» (p. 56) y por la autoridad del profesional sanitario, lo que introduce la dimensión psicológica del receptor y la necesidad de adaptar el discurso a situaciones de vulnerabilidad. Sin embargo, esta sensibilidad no se sistematiza en estrategias replicables dentro del modelo normativo, lo que confirma la posición periférica que ocupan la empatía, la gestión del riesgo y la incertidumbre en las actuales guías de lenguaje claro.

5. Discusión

Los resultados del análisis confirman que las guías institucionales de lenguaje claro en español configuran un marco prescriptivo coherente y ampliamente desarrollado para la comunicación administrativa general, pero no consolidan la comunicación sanitaria como un dominio discursivo autónomo. Esta conclusión se basa en la convergencia de tres patrones empíricos: (i) la construcción predominantemente genérica del destinatario, (ii) la escasa densidad normativa del ámbito sanitario en comparación con otros sectores institucionales, y (iii) la jerarquización de las estrategias discursivas en favor de las dimensiones formales de la claridad.

La distribución léxica de las formas de designación del destinatario revela un modelo universalista centrado en categorías amplias como «persona» o «ciudadanía». Aunque esta orientación es coherente con los principios de accesibilidad, su aplicación transversal atenúa las particularidades comunicativas de los contextos en los que existe asimetría informativa y vulnerabilidad del receptor. La escasa presencia del paciente como categoría discursiva estable confirma que la comunicación sanitaria queda subsumida en una abstracción comunicativa general.

Este resultado contrasta con la literatura sobre comunicación biomédica, que sí reconoce al paciente como un destinatario con necesidades comunicativas específicas, marcadas por barreras terminológicas y sesgos de género en el discurso médico, y reclama

estrategias de adaptación discursiva específicas, como el diseño de infografías ajustadas al lenguaje claro (Santamaría-Pérez, 2025) o la traducción intergenérica hacia la medicina gráfica (Torres López, 2023). La brecha detectada entre ambos cuerpos de conocimiento, el normativo institucional y el biomédico-aplicado, confirma la desconexión ya señalada en la literatura entre el desarrollo general del lenguaje claro y su aplicación específica al ámbito sanitario (apartado 2.1).

El análisis por sectores muestra que la salud ocupa una posición subordinada frente a ámbitos como el administrativo, el jurídico o el digital. Salvo algunas excepciones, las referencias al contexto clínico cumplen una función meramente ilustrativa y no generan desarrollos normativos específicos, lo que refuerza su estatus marginal dentro del corpus. En tercer lugar, las estrategias prescritas revelan un modelo de claridad centrado en la eficiencia informativa. La insistencia en planificar, estructurar, jerarquizar, acompañar con diseño y verificar la comprensibilidad contribuye decisivamente a mejorar textos administrativos, y constituye una base transferible a muchos géneros institucionales. No obstante, el propio patrón observado en el corpus indica que ese repertorio estratégico no se completa con pautas suficientemente desarrolladas para la comunicación situada: cómo comunicar probabilidades, advertencias, incertidumbre, opciones alternativas o implicaciones prácticas en escenarios de vulnerabilidad. Dicho de otro modo, el lenguaje claro aparece normativizado, sobre todo, como técnica de escritura y edición; en cambio, la comunicación sanitaria demanda además un enfoque explícito de pragmática institucional, en el que el contenido, el riesgo y el destinatario condicionan la forma.

Por último, la distribución de las estrategias evidencia un modelo normativo centrado en la organización textual, el diseño y el control formal de la comprensibilidad, mientras que la empatía y la gestión del riesgo presentan una cobertura irregular. Este desequilibrio limita la transferencia directa de las recomendaciones a los contextos sanitarios, donde estas dimensiones pragmáticas son fundamentales.

Este desequilibrio es, de hecho, el hallazgo más relevante del análisis: la brecha normativa detectada no se caracteriza por la frecuencia con la que aparecen determinadas denominaciones del destinatario, sino por la ausencia sistemática de orientaciones específicas sobre los aspectos que diferencian la comunicación sanitaria de otros ámbitos institucionales, como la comunicación del riesgo, la gestión de la incertidumbre, la carga emocional de los mensajes, la vulnerabilidad del receptor y la relación empática entre profesionales e interlocutores. Mientras que la organización textual, la simplificación léxica, el diseño documental y el control formal de la

comprensibilidad están ampliamente desarrollados en las guías analizadas, estas cinco dimensiones apenas reciben tratamiento explícito, pese a ser determinantes en escenarios de alta implicación emocional y necesidad de toma de decisiones informadas, como los propios de la comunicación médico-paciente.

En conjunto, los resultados indican que la institucionalización del lenguaje claro en España y en la Unión Europea se centra principalmente en la transparencia administrativa y la modernización de los procedimientos, en consonancia con el desarrollo normativo descrito en el apartado 2.2 (Directiva 2011/24/UE; Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente) y con el enfoque jurídico-administrativo que también ha predominado en la investigación académica sobre esta cuestión (Escobar y Samaniego, 2022; Ortega-Ruiz, 2023). Por el contrario, la especialización sectorial, especialmente en el ámbito de la salud, es una línea de desarrollo incipiente. Estos resultados amplían la caracterización del lenguaje claro propuesta por Da Cunha y Escobar (2021), que distingue los niveles discursivo, morfosintáctico y léxico, al mostrar que, en la práctica normativa, esa misma multiplicidad de niveles se desarrolla de forma desigual según el dominio comunicativo: está consolidada en el ámbito jurídico-administrativo, pero todavía es incipiente en el sanitario. Esta desigualdad confirma, desde una perspectiva empírica, la brecha ya señalada entre el reconocimiento jurídico del derecho a una información sanitaria comprensible y su desarrollo normativo efectivo (apartado 2.2), y responde así al vacío mencionado en la introducción sobre la necesidad de examinar cómo los marcos normativos actuales incorporan (o no) las exigencias comunicativas del ámbito sanitario. Esto pone de manifiesto la necesidad de avanzar hacia orientaciones específicas para la comunicación sanitaria basadas en pruebas empíricas.

6. Limitaciones

Este estudio presenta limitaciones metodológicas derivadas de su propio diseño. En primer lugar, el análisis se centra en el discurso prescriptivo de las guías, es decir, en lo que estas dicen (o no dicen) sobre la comunicación sanitaria, y no en la comunicación real de las administraciones. Por tanto, la ausencia de orientaciones específicas detectada en el corpus no permite concluir que las instituciones descuiden la comunicación sanitaria, sino únicamente que sus marcos normativos no la contemplan explícitamente. Sería necesario un estudio complementario sobre la producción textual real (informes, folletos y

comunicaciones institucionales dirigidas a pacientes) para verificar si esta laguna normativa se traduce en una laguna comunicativa efectiva.

En segundo lugar, el corpus se ha construido siguiendo criterios de selección que priorizan los documentos oficiales, prescriptivos y de ámbito público (de administraciones autonómicas, estatales y de la Unión Europea), lo que excluye otro tipo de fuentes potencialmente relevantes, como las guías de estilo de hospitales o centros sanitarios concretos, los materiales elaborados por asociaciones de pacientes o las guías institucionales de otros países hispanohablantes fuera de la Unión Europea. Futuros trabajos podrían ampliar la muestra a otras variedades del español y contrastar los resultados mediante una codificación independiente.

7. Conclusiones

Este estudio ha analizado, desde un enfoque basado en corpus y discursivo, el tratamiento normativo de la comunicación sanitaria en diez guías públicas de lenguaje claro vigentes en España y en la Unión Europea. Los resultados permiten concluir que, si bien el lenguaje claro se ha consolidado como un estándar transversal para la comunicación administrativa e institucional, la especificidad del ámbito sanitario no se ha incorporado de manera sistemática a estos marcos prescriptivos.

El análisis muestra que la conceptualización del destinatario se articula predominantemente en torno a categorías inclusivas y abstractas, lo que favorece la accesibilidad general, pero invisibiliza al paciente como figura comunicativa diferenciada. Esta ausencia no debe interpretarse como una marginación deliberada, sino como una consecuencia lógica de la vocación transversal de las guías analizadas, concebidas para la comunicación administrativa e institucional en general, y no para la regulación de ámbitos sectoriales específicos. De manera similar, la distribución sectorial de las referencias sitúa la salud en un segundo plano frente a otros ámbitos institucionales y muestra que las menciones al contexto clínico rara vez se traducen en normativas específicas. Asimismo, la jerarquización de las estrategias prescritas evidencia una fuerte concentración en las dimensiones formales de la claridad —estructura, diseño, control de la comprensibilidad y regulación del léxico especializado—, mientras que la empatía y la gestión del riesgo presentan una cobertura limitada, a pesar de su centralidad en la comunicación médico-paciente.

En conjunto, estos resultados permiten identificar una laguna normativa sectorial en la regulación institucional del lenguaje claro en salud. Esta aportación empírica constituye una contribución relevante para la lingüística aplicada y los estudios sobre comunicación pública en contextos clínicos, ya que muestra que la transversalidad del lenguaje claro tiene límites cuando se enfrenta a dominios de alta complejidad conceptual y responsabilidad comunicativa.

Como proyección futura, se propone ampliar el análisis a otros géneros de comunicación sanitaria institucional, así como llevar a cabo estudios comparativos interlingüísticos que permitan situar estos resultados en un marco internacional.

Bibliografía

- Da Cunha, Iria, y Escobar, M. Ángeles. (2021). Recomendaciones sobre lenguaje claro en español en el ámbito jurídico-administrativo: análisis y clasificación. *Pragmalingüística*, 29, 129–148. <https://doi.org/10.25267/Pragmalinguistica.2021.i29.07>
- Da Cunha, Iria (Ed.). (2022). *Lenguaje claro y tecnología en la Administración*. Editorial Comares.
- Escobar Álvarez, María Ángeles, y Samaniego Fernández, Eva. (2022). Análisis contrastivo inglés-español de las recomendaciones sobre lenguaje claro en el en el ámbito jurídico-administrativo en los últimos 10 años dentro de la Unión Europea. En Iria da Cunha (Ed.), *Lenguaje claro y tecnología en la Administración* (pp. 15–40). Editorial Comares.
- Lell, Hannah María. (2024). El lenguaje claro y la alerta sobre los malos usos de la lengua en el ámbito jurídico. *Milan Law Review*, 5(2), 98–123.
- Montolío Durán, Estrella, y Tascón, Mario. (2020). *Comunicación clara: Guía práctica para la Administración pública*. Prodigioso Volcán.
- Ortega-Ruiz, Luis Guillermo. (2023). De las políticas y los lineamientos para la implementación del lenguaje jurídico claro y fácil. *Novum Jus*, 17(1), 99–115.
- Pistola, Sara, y Da Cunha, Iria. (2024a). Análisis y clarificación de un corpus de fraseología administrativa: una propuesta orientada al uso del lenguaje claro en la Administración española. *Logos (La Serena)*, 34(2), 494–522.
- Pistola, Sara, & Da Cunha, Iria. (2024b). El personal público como pieza imprescindible en la evaluación de la tecnología aplicada al lenguaje claro. *Sphera Publica*, 24(2).

- Santamaría-Pérez, María. (2025). Alfabetización en salud reproductiva: comprensión terminológica, lenguaje claro y perspectiva de género. *Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación*, 103, 109–131.
<https://doi.org/10.5209/clac.103443>
- Torres López, Paula. (2023). El lenguaje claro como herramienta para la traducción intergenérica y la medicina gráfica. *Sphera Publica*, 23(2), 81–104.
- Viñuales-Ferreiro, Susana, y Pistola, Sara. (2022). Lenguaje claro y variación terminológica en textos de la Administración. En Iria Da Cunha (Ed.), *Lenguaje claro y tecnología en la Administración* (pp. 117–135). Editorial Comares.

Normativa, portales de referencia y guías institucionales

- Ayuntamiento de Madrid. (2025). *Comunicación clara: una herramienta para mejorar la comunicación con la ciudadanía*. Ayuntamiento de Madrid.
- CERMI Castilla y León. (2024). *Guía rápida para escribir en lenguaje claro*. CERMI Castilla y León.
- Comisión Europea. (2015). *Cómo escribir con claridad*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Generalitat Valenciana. (2023). *Guía de lenguaje claro de la Generalitat Valenciana: por un lenguaje administrativo al servicio de las personas*. Generalitat Valenciana.
- Gobierno de Aragón. (2019). *Manual de estilo de lenguaje claro*. Gobierno de Aragón.
- Gobierno de Navarra. (2025). *Guía de comunicación clara*. Gobierno de Navarra.
- International Plain Language Federation. (s. f.). *What is plain language?*
<https://www.iplfederation.org/plain-language/>
- Principado de Asturias. (2023). *Guía para escribir con claridad en la administración*. Principado de Asturias.
- Real Academia Española (2024). *Guía panhispánica de lenguaje claro y accesible*. Espasa.
- Región de Murcia. (2022). *Guía de lenguaje claro para la administración pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia: recomendaciones para la descripción de procedimientos y documentos administrativos*. Región de Murcia.
- UNE – Asociación Española de Normalización. (2024). *UNE-ISO 24495-1:2024. Lenguaje claro. Parte 1: Principios rectores y directrices*.

Legislación y normativa de España

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. *Boletín Oficial del Estado*, 295, de 10 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/eli/es/l/2013/12/09/19/con>
- Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. *Boletín Oficial del Estado*, 236, de 2 de octubre de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/10/01/40/con>
- Resolución de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 16593/2025, de 30 de julio, por la que se publica el convenio con Plena Inclusión Madrid para la adaptación cognitiva de información sanitaria mediante la metodología de lectura fácil. *Boletín Oficial del Estado*, 191, de 9 de agosto de 2025. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-16593

Legislación y normativa de la Unión Europea

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 7 de diciembre de 2000. *Diario Oficial de la Unión Europea*, C 364, de 18 de diciembre de 2000. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2000:364:FULL>
- Reglamento (CE) 1049/2001 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 30 de mayo de 2001, relativo al acceso del público a los documentos del Parlamento Europeo, del Consejo y de la Comisión. *Diario Oficial de la Unión Europea*, L 145, de 31 de mayo de 2001. <https://data.europa.eu/eli/reg/2001/1049/oj>
- Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. *Diario Oficial de la Unión Europea*, L 88, de 4 de abril de 2011. <https://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>
- Directiva (UE) 2016/2102 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de octubre de 2016, sobre la accesibilidad de los sitios web y aplicaciones móviles de los organismos del sector público. *Diario Oficial de la Unión Europea*, L 327, de 2 de diciembre de 2016. <https://data.europa.eu/eli/dir/2016/2102/oj>