

es del Observatorio / Observatorio's Reports
Informes del Observatorio / Observatorio's Reports
es del Observatorio / Observatorio's Reports
nformes del Observatorio / Observatorio's Re
es del Observatorio / **Observatorio's Reports**
Informes del Observatorio / Observatorio's F
es del Observatorio / Observatorio's Reports
Informes del Observatorio / Observatorio's F



ISSN 2373-874X(online)

0013-09/2015SP

La lengua española en el sistema de atención sanitaria de los Estados Unidos

Glenn A. Martínez

Tema: La investigación reciente acerca del español en el sistema de atención sanitaria en los Estados Unidos

Resumen: Este informe resume la investigación actual del español en el sistema de atención sanitaria estadounidense, identifica nuevos caminos para la investigación en esta área y propone algunas recomendaciones para ampliar el campo de investigadores.

Palabras clave: salud, lengua española, divergencias de salud, acceso lingüístico

Introducción

Hace algunos años, el catedrático Carlos Alonso propuso que las circunstancias sociales y culturales en torno al pasado, el presente y el futuro del español en los

Estados Unidos lo han constituido como la «lengua extranjera nacional» (Alonso 2007). Su osada y provocativa propuesta de que «el español ya no debe considerarse una lengua extranjera en este país» (p. 222), sin embargo, tiene implicaciones que superan las recomendaciones acertadas que hace tocante al papel del español en el ámbito universitario. De hecho, la realidad a la que alude Alonso tiene ramificaciones de tipo político, cultural y económico en múltiples sectores de la vida social norteamericana. Se ha visto la creciente importancia del español en la educación, en los medios de comunicación, en el marketing y en la participación política a lo largo de las últimas tres o cuatro décadas. El sistema de atención sanitaria es otro sector donde ha habido una presencia ubicua del español por muchos años.

Los profesionales de la lengua española (o sea, maestros, catedráticos, investigadores y administradores universitarios) han aprovechado esta presencia en varias maneras. Una de las primeras intervenciones fue en el diseño de cursos especializados en «español médico» y, en menor escala, en la traducción y la interpretación médica. Además, hemos visto los inicios de programas de investigación en estas áreas. En este informe me enfoco en las actividades investigativas en torno al español en el sistema de atención sanitaria. Me atrevo a decir que aun no hemos logrado la potencial plena en esta línea investigativa. Propondré en este reporte, pues, que existe la necesidad de activamente crear apoyo institucional para una trayectoria investigativa expansiva que reside en la intersección de la lingüística hispánica, los estudios culturales y la provisión de servicios sanitarios. Además, daré algunas recomendaciones a seguir para asegurar el desarrollo y el avance futuro de la investigación del español en el sistema de atención sanitaria.

Iniciaré este informe con algunas breves observaciones acerca del perfil del español en el sistema de atención sanitaria. Luego, haré una revisión de las tendencias investigativas más sobresalientes del español en el sistema de

atención sanitaria en la actualidad. Seguido de esta revisión, consideraré algunos huecos en la actual investigación e identificaré oportunidades para el avance de nuestro conocimiento acerca de la provisión de servicios sanitarios a poblaciones hispanohablantes en los Estados Unidos. Por último, daré una serie de recomendaciones que pueden ayudar a formar una infraestructura adecuada para el desarrollo de este campo de la investigación.

El perfil del español en el sistema de atención sanitaria

La simple presencia de hispanohablantes en la población estadounidense sugiere una creciente interacción con pacientes hispanohablantes en el sistema de atención sanitaria ahora y en el futuro cercano. La población latina en los Estados Unidos en el año 2013 ascendía a unos 54 millones de habitantes lo cual representa un 17,1% de la población nacional (Stepler y Brown 2015). El perfil lingüístico de esta población además revela que un 7% no habla inglés, el 26% tiene dominio limitado en el inglés y un 74% usa el español en el hogar (Krogstad, Stepler y López 2015).

El crecimiento de la población latina en el país se combina con divergencias de salud y desigualdades en la atención sanitaria para resultar en una presión más intensa en el sistema de atención del país. Las divergencias de salud se refieren a las diferencias en incidencia, prevalencia y mortalidad entre distintos segmentos de una población. Las desigualdades en la atención, por otro lado, se refieren a diferencias en el acceso, la calidad y los resultados de la atención sanitaria entre distintos segmentos de una población (Isaac 2013). Las divergencias de salud y las desigualdades en la atención sanitaria afectan a la población latina en los Estados Unidos a través de lo que he llamado antes una «gradiente lingüística» (Martínez 2010). Lo que quiero decir con esto es que los indicadores de salud y acceso al sistema de atención sanitario para latinos en

este país se estratifica a lo largo del continuo bilingüe. Tal como esperaríamos, los latinos que son monolingües en inglés demuestran mejores indicadores de salud y atención que los latinos monolingües en español. Sin embargo, los estudios epidemiológicos que han incluido el idioma como una variable demuestran que estos mismos indicadores en la población latina bilingüe no son ni tan buenos como los de los monolingües en inglés ni tan malos como los de los monolingües en español. Esta generalización se comprueba en numerosos estudios epidemiológicos. Por ejemplo, un estudio del estado de salud físico y emocional según la auto-declaración entre latinos estratificados por dominio lingüístico en California demostró que los latinos monolingües en español declararon una salud peor que los latinos monolingües en inglés. Los latinos bilingües en inglés y en español declararon mejor salud que los monolingües en español pero peor salud que los monolingües en inglés (Ponce 2006). En la medida que auto-declaración de la salud puede ser visto como un índice de salud, este estudio demuestra que las divergencias de salud entre latinos se estratifican a lo largo de una gradiente lingüística. Otro estudio sobre la utilización de servicios preventivos entre una muestra nacional de mujeres demostró que las mujeres latinas que hablaban solo inglés eran más propensas a participar en pruebas de detección temprana para el cáncer de seno y el cáncer de cuello uterino. Las mujeres que hablaban solo español eran las menos propensas a obtener estos servicios. Las latinas bilingües de nuevo eran más propensas a obtener los servicios preventivos que las latinas monolingües en español pero menos propensas que las latinas monolingües en inglés (Jacobs 2005). Este hallazgo se corroboró en otro estudio que analizó la asociación entre la participación en servicios preventivos y el idioma hablado en casa. Se demuestra que la probabilidad de obtener servicios preventivos se reduce en proporción al uso del español en el hogar. Los autores concluyen su estudio diciendo: «el uso del idioma inglés es un marcador de las conductas saludables. Las personas que usan el inglés con mayor frecuencia son más propensos a ser

4

asimilados a la cultura dominante estadounidense y por eso comparten de las conductas de salud de la población mayoritaria» (Cheng 2007, p. 287).

Un tercer factor que contribuye al perfil del español en el sistema de atención sanitaria en los Estados Unidos es el reciente acenso de cobertura de seguro médico entre los Latinos bajo los requisitos de la nueva ley de reforma de los cuidados sanitarios, o sea, el *Affordable Care Act*. Unos 2.6 millones de latinos obtuvieron seguro de salud en el 2014 bajo esta ley. Los segmentos de la población que más se han beneficiado de esta nueva ley son precisamente aquellos latinos que hablan mayormente español, los grupos más jóvenes y los ancianos. Estas tendencias se pueden observar en la siguiente gráfica que reproduzco de un informe de The Commonwealth Fund (Doty 2015).

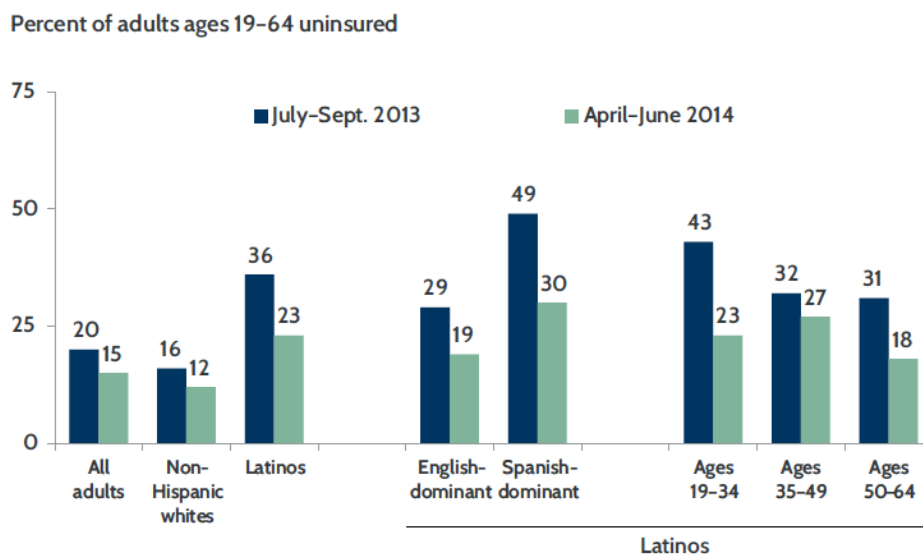


Imagen 1: La cantidad de latinos sin seguro médico disminuyó de manera importante entre los periodos julio-septiembre de 2013 y abril-junio de 2014 tras la entrada en vigor de la ley y la posterior apertura del periodo de inscripción para obtener un seguro. La gráfica representa el porcentaje de adultos entre 19 y 64 años que no tienen seguro médico. Fuente: Encuestas de *The Commonwealth Fund Affordable Care Act* realizadas entre julio-septiembre de 2013 y abril-junio de 2014.

Pese a que existen aun grandes barreras a la cobertura universal entre los latinos, como la expansión desigual de **Medicaid** en diferentes estados de la

unión y la proporción enorme de familias de estatus migratorio mixto dentro de la población latina, un tercio del presupuesto mediático del *Affordable Care Act* se ha dedicado a la publicidad en español y dirigida a un público latino (Carey 2015). De los datos actualmente disponibles se desprende que la presencia de los hispanohablantes en el sistema de atención sanitaria irá en aumento y que los tipos de servicios utilizados por hispanohablantes cambiarán también. Debido a las características lingüística y etarias de los que están obteniendo cobertura, esperamos un aumento de pacientes hispanohablantes en los servicios de atención preventiva y de atención a la enfermedad crónica y un leve descenso en los servicios emergentes.

La anterior discusión ha identificado una convergencia de factores demográficos, epidemiológicos y económicos que harán aun más visible el perfil de los hispanohablantes en el sistema de atención sanitaria en los Estados Unidos. La introducción de hispanohablantes en el sistema constituye, sin duda, un desafío al sistema en su actual configuración sociolingüística. Pero también presenta una oportunidad para los profesionales de la lengua española para desarrollar una huella más pronunciada en la investigación de los servicios sanitarios. En el apartado que sigue, presentaré un resumen de algunas de las líneas investigativas más sobresalientes del español en el sistema de servicios sanitarios.

6

Investigaciones actuales sobre el español en el sistema de atención sanitaria

La investigación del español en el sistema de atención sanitaria a lo largo de la última década se ha enfocado en tres líneas principales: la concordancia lingüística (CL), la interpretación médica (IM) y la enseñanza del español para profesionales médicos (EPM). La investigación de la concordancia lingüística se esfuerza por comparar los resultados clínicos de interacciones entre proveedores

y pacientes que comparten un mismo idioma e interacciones en que esta concordancia lingüística no existe. La investigación en la IM se ha esforzado por entender las tendencias en el uso de intérpretes, el papel del intérprete médico y la precisión y los errores en la práctica de la interpretación. La investigación en la enseñanza del EPM se ha enfocado en la descripción apropiada del dominio lingüístico en el ámbito clínico y en el asesoramiento de los cursos y programas de «español médico».

La investigación CL se ha enfocado en los resultados de interacciones lingüísticamente concordantes tanto a nivel del proveedor de salud como a nivel del paciente. En el nivel del proveedor de salud se han considerado las diferencias en ganancias por médicos con CL, las preocupaciones de médicos con CL ante las demandas de negligencia médica y la disposición de médicos CL al proveer consejería de estilo de vida a sus pacientes. Se ha determinado que los médicos con CL tienen un mayor ingreso por hora que los médicos sin CL en aquellas regiones donde una proporción grande de la población es hispanohablante (Brown 2007). También se ha descubierto que los médicos con CL se preocupan menos por demandas de negligencia médico al atender a pacientes hispanohablantes. El alivio de la preocupación, además, resultó en menos uso de procedimientos y análisis diagnósticos y en un grado menor de referencias a médicos especializados (Chen 2011). Por último, otro hallazgo de esta investigación es que el médico con CL es más propenso a proveer consejería de estilo de vida durante la consulta con un paciente hispanohablante que un médico sin CL (Eamranond 2009). En sus totalidad, pues, estos datos señalan que el médico con CL es más apto de proveer un servicio sanitario más completo y menos costoso al paciente hispanohablante. La investigación de resultados a nivel del paciente presenta evidencias afines que apuntan a los beneficios de interacciones lingüísticamente concordantes. Pacientes hispanohablantes que consultan a médicos con CL son tres veces menos propensos a indicar la percepción de discriminación y son dos veces más probables de indicar

7

confianza en su doctor (Schenker 2010). También se ha descubierto que los pacientes con enfermedad cardiovascular que consultan a médicos con CL son más propensos a apegarse a sus regímenes de fármacos (Traylor 2010). Por último, se ha determinado que los pacientes hispanohablantes con diabetes tipo 2 son más propensos a mantener un buen control glucémico cuando consultan con un médico con CL (Fernández 2011).

La investigación sobre la IM se ha enfocado en una serie de preguntas importantes. Entre estas encontramos preguntas acerca de la utilización del servicio del intérprete médico. Se ha anotado que el uso de intérpretes ad hoc, familiares u otros persiste en los encuentros clínicos multilingües. Se ha demostrado, por ejemplo, que en la sala de urgencias el uso de intérpretes ad hoc fue mucho mayor que el uso de intérpretes profesionales. Al explorar el motivo de este patrón desigual de uso, los investigadores encontraron que los médicos preferían usar al intérprete ad hoc debido a la demora en conseguir intérpretes profesionales y debido al aumento de costo asociado con su uso (Ramírez 2008). Se ha descubierto, además, que estos patrones desiguales de uso existen aún cuando hay legislación que exige el uso de intérpretes profesionales. Un estudio del uso de intérpretes profesionales en la sala de urgencias en hospitales de Massachusetts demostró que los patrones desiguales de uso de intérpretes ad hoc persistieron aun un año después de la implementación de la nueva ley. La investigación se basó en entrevistas con 530 pacientes que habían recibido servicios en la sala de urgencias. Encontraron que se usaron intérpretes profesionales en solo 15% de las interacciones que los requerían (Ginde 2009). Al escudriñar este patrón desigual de uso, un análisis de entrevistas con 348 médicos demostró que más de dos tercios de ellos indicaron que no hay disponibilidad adecuada de intérpretes médicos tradicionales (Rose 2010). Los estudios más recientes sugieren que la poca disponibilidad de intérpretes puede deberse a errores en la forma en que clasificamos pacientes que necesitan de un intérprete. En general, se incluye en el expediente médico

8

electrónico del paciente una pregunta acerca de su idioma preferido. Si el idioma preferido del paciente no es el inglés, entonces, el paciente requiere de un intérprete. Un estudio de la asociación entre la declaración del idioma preferido, el dominio lingüístico en el inglés y la habilidad de comunicarse en el mismo idioma se realizó con 1.000 pacientes en Montreal, Canadá. Se demostró que 40% de los pacientes con poco dominio en el inglés y poca habilidad comunicativa eligieron el inglés como el idioma de preferencia. También se destacó que un 76% de los pacientes con buen dominio en el inglés y buena habilidad comunicativa no eligieron el inglés como el idioma de preferencia (Okraínec 2014). Este estudio demostró una falta de precisión en la determinación de los pacientes que puede explicar la ineficiencia en la administración de los servicios.

La investigación sobre el papel del intérprete probablemente ha sido la línea de investigación más fructífera en la lingüística aplicada al español en el sistema de atención sanitaria. Beltrán-Avery (2001) describe los papeles flexibles del intérprete en el encuentro clínico mediado por un intérprete. Mientras que las normas profesionales buscan definir el papel primordial del intérprete médico como un vehículo neutro que fidedignamente transfiere toda la información de un idioma al otro, las necesidades comunicativas a menudo requieren de una desviación de este papel. La gestión comunicativa, por ejemplo, puede ser necesaria cuando existe una divergencia obvia entre el médico y el paciente. La aclaración cultural, además, puede ser necesaria para mantener la fidelidad en la transferencia de un idioma a otro.

Por último, existen circunstancias en la que el intérprete médico deberá asumir el papel de defensor del paciente con el fin de asegurar el objetivo final que es el bienestar del paciente. Estas desviaciones ponen en tela de juicio la idea misma de neutralidad y desafían la visión canónica de la invisibilidad del intérprete (Angelelli 2004). Tales cuestionamientos han constituido el núcleo de la

investigación de los papeles de los intérpretes médicos. White y Laws (2009), por ejemplo, realizaron un análisis cualitativo de 13 encuentros pediátricos con un intérprete. Encontraron que los intercambios de papeles eran más frecuentes cuando se trataba de intérpretes ad hoc y que estos intercambios consistían en asumir la voz del médico, asumir la voz del paciente y realizar funciones no interpretativas como socializar con el paciente.

Otra vertiente de esta investigación ha indagado en las condiciones que motivan el conflicto de papeles. A través de entrevistas con 26 intérpretes profesionales en un hospital en la región medio-oeste de los Estados Unidos, se hallaron tres distintas fuentes del intercambio de papeles: prácticas comunicativas del doctor y del paciente, cambios en la dinámica de los participantes y limitaciones institucionales. Las prácticas comunicativas pueden ser una fuente del intercambio de papeles cuando los doctores y los pacientes se dirigen al intérprete con la expectativa de que lo que se dice no será transmitido al otro interlocutor. Los cambios en la dinámica de los participantes motiva el cambio de papeles cuando una tercera parte, por ejemplo una enfermera o un familiar, se inserta en el evento comunicativo. La presencia de un participante adicional hace que la determinación de lo que se debe interpretar y lo que no se debe interpretar se opaque. Las limitaciones institucionales que engendran el intercambio de papeles surgen a partir de políticas institucionales que pueden requerir que el intérprete asuma otro papel. Por ejemplo, algunos hospitales limitan el tiempo que el doctor debe pasar con el paciente y esto incide en que el intérprete realice parte de la entrevista médica.

10

Bolden (2000) añade a estos estudios al demostrar que el conflicto de papeles también puede ser inducido por las orientaciones de los mismos intérpretes. Concluye que los intérpretes a menudo se despojan de la participación pasiva en la interacción y asumen la función de guardián institucional al solicitar información con relevancia diagnóstica y al suprimir las indicaciones subjetivas

de la información biopsicosocial del paciente. La alianza entre las instituciones médicas y los intérpretes médicos se ha promovido desde dentro de las instituciones (Davidson 2000) y se ha utilizado para construir al paciente hispanohablante como pasivo y difícil de atender (Davidson 2001). En resumen, la investigación sobre el papel del intérprete médico ha destacado la complejidad de las interacciones clínicas mediadas por el intérprete y el poder que ejercen las instituciones médicas al construir al paciente hispanohablante como un cuerpo dócil.

Los investigadores de la IM también se han enfocado en la precisión de la interpretación y en el análisis de errores en el discurso mediado del intérprete. A través del análisis minucioso del discurso, esta línea investigativa intenta clasificar los tipos de errores cometidos y determinar los errores más característicos de diferentes tipos de intérpretes. Flores (2003) realizó un estudio de 13 interacciones médicas mediadas por un intérprete. Analizó los errores e intentó medir las consecuencias clínicas de dichos errores. En el estudio, se identifican cinco tipos de errores: la omisión de información, errores gramaticales o léxicos en el español, la sustitución, la editorialización y la adición de información. Los errores se consideraban de importe clínico si la información contenida en el mensaje pudiera resultar en efectos adversos a la salud. Algunos ejemplos de este tipo de error incluyó la omisión de preguntas acerca de alergias a un fármaco, la adición de información acerca de la administración de fármacos y comentarios editoriales que contradecían las recomendaciones del médico.

11

Este mismo tipo de análisis se ha utilizado para mostrar la diferencia sustantiva entre los intérpretes profesionales y los intérpretes ad hoc. Elderkin-Thompson (2001), por ejemplo, analizó 21 interacciones clínicas mediadas por intérpretes ad hoc que eran también enfermeras bilingües en un hospital en Nuevo México. Se encontraron errores que impactaban la comprensión de los síntomas del paciente y la credibilidad de las preocupaciones de los pacientes en más de la

mitad de las interacciones. La preponderancia de estos errores sugiere que hay diferencias fundamentales entre la mediación lingüística realizada por un intérprete profesional y por un intérprete ad hoc.

La investigación en la enseñanza del EPM se ha enfocado en tres preguntas esenciales: la descripción del dominio lingüístico del personal médico, las consecuencias clínicas del uso del español con dominio limitado y la medición de la adquisición del español en los programas de enseñanza del «español médico».

La descripción del dominio lingüístico del personal médico ha sido una preocupación fundamental en la investigación de la enseñanza del español para profesionales de la salud. Las destrezas lingüísticas específicas necesarias para proveer atención de alta calidad han sido un enfoque central de esta línea investigativa. Un estudio de la interacción efectiva entre enfermeras y pacientes que hablan un idioma distinto al inglés sugirió que las destrezas más difíciles para las enfermeras tenían que ver con los aspectos emocionales del cuidado de salud (Isaacs 2011). Los resultados de este estudio sugieren la necesidad de establecer metas funcionales clínicas específicas en la enseñanza de EPM. Diamond (2009) señala la dificultad en la descripción apropiada de la competencia lingüística en entornos clínicos y sugiere que gran parte de la ambigüedad proviene de nuestra aproximación a la enseñanza del EPM. Propone que hay que distinguir entre la competencia lingüística general y la competencia lingüística clínica. El español médico generalmente se ocupa de desarrollar competencias léxicas para describir con precisión la enfermedad, la lesión, el diagnóstico y el tratamiento en un entorno clínico. Pero aun así, no desarrollo las competencias lingüísticas, sociolingüísticas y pragmáticas necesarias para abordar estos temas en una conversación con un interlocutor hispanohablante. Ofrece la siguiente conclusión: «el uso de términos ambiguos, como ‘español médico’, no ofrece información acerca de competencias lingüísticas... la adopción de términos más consistentes puede asegurar una atención y

12

comunicación de mayor calidad en la interacción con pacientes con conocimiento limitado del inglés» (p. 428).

La descripción adecuada de la competencia lingüística de los profesionales de la salud se hace más importante cuando se consideran las consecuencias de atender a pacientes con competencias limitadas. Muchos investigadores han notado que el uso de un español imperfecto se asemeja al uso de los intérpretes ad hoc. Los estudios de la sobrestimación de la competencia lingüística han intentado descubrir la asociación entre el nivel de competencia y el uso de intérpretes profesionales.

Diamond (2012) realizó un estudio con 68 médicos en un hospital urbano en el norte de California. Los médicos clasificaron su propia competencia en el español utilizando una escala de 1 a 5. Luego se les pidió que describieran sus interacciones con pacientes hispanohablantes en términos de usar su propia competencia lingüística, usar un intérprete profesional o usar un intérprete ad hoc. Se encontró que los médicos con poca competencia en español usaban intérpretes ad hoc para obtener información pero usaban intérpretes profesionales para realizar conversaciones difíciles y para obtener consentimiento para un procedimiento médico. Estos médicos también indicaron que hablaban directamente con los pacientes en español para charlar de asuntos que no tenían relevancia clínica. Los médicos con competencia mediana usaban su propio español con más frecuencia pero dependían de un intérprete profesional cuando se trataba de conversaciones difíciles. Los médicos con competencia alta usaban su propio español en todo momento. El estudio demostró que todos los médicos usaban su español pero que los médicos con competencia mediana eran los más propensos de rehusar el uso de un intérprete cuando este era necesario. El estudio sugiere que existe una necesidad para entrenar a los médicos a evaluar apropiadamente su propia competencia y a discernir el uso apropiado de un intérprete.

13

La medición de la adquisición del español en programas para la enseñanza del EPM también ha aumentado en años recientes. Reuland (2008) realizó una investigación longitudinal de un curso de español médico realizado en una facultad de medicina. El programa de estudio incluía presentaciones didácticas, prácticas con pacientes simulados y seminarios con información socio-cultural. La evaluación del programa se enfocó en medidas de competencia oral y auditiva. Se halló que la habilidad oral no cambió después de participar en el programa pero la habilidad auditiva aumentó considerablemente (del 72% al 92%).

Otros programas han demostrado resultados más prometedores. La evaluación de un curso de español para enfermeras en la Universidad de Texas en Austin, por ejemplo, mostró que los estudiantes adquirieron destrezas de tipo comunicativo tales como el hacer preguntas de aclaración, el uso de la repetición y la lectura del lenguaje corporal (Bloom 2006). Se ha descubierto que otras estrategias didácticas pueden ser beneficios para aumentar las destrezas lingüísticas productivas. Reuland (2012), por ejemplo, realizó un estudio de la adquisición de competencias orales en el español durante una rotación clínica internacional. La rotación internacional es una experiencia de inmersión en que el estudiante tiene la oportunidad de ejercer en una clínica en un país hispanohablante. Los estudiantes que participaron en la rotación internacional incrementaron su habilidad oral en un 80% mientras que los que no participaron vieron mejoras pero solo en un 46%. Este estudio sugiere la necesidad de implementar múltiples estrategias didácticas en la enseñanza del EPM.

14

Nuevas direcciones en la investigación sobre el español en el sistema de atención sanitaria

La investigación actual acerca del español en el sistema de atención sanitaria ha dejado un fundamento sólido para el desarrollo futuro. En lo que sigue, propondré algunas de las preguntas más sobresalientes que surgen de la investigación actual del español en el sistema de atención sanitaria y también de las corrientes investigativas en la investigación clínica. Seguiré una organización tripartita al compartir estos comentarios. Me enfocaré en la investigación descriptiva, la investigación intervencionista y la investigación centrada en el paciente.

En la investigación descriptiva, se ha logrado un entendimiento profundo del impacto del conocimiento limitado del inglés y el bilingüismo en la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Pero aun no hemos logrado entender a fondo los mecanismo y las estrategias que utilizan las comunidades hispanohablantes para obtener, comprender y negociar la información de la salud. Los estudios sobre los beneficios de las promotoras y los navegadores abundan (Balcázar 2009, Castillo 2010, Deitrick 2010). También se ha anotado un aumento en la investigación que señala el papel de valores culturales como el colectivismo y el «familismo» en la negociación de la información de la salud en comunidades hispanohablantes (Blewett 2003, Garza 2010, Villalobos 2015). Sin embargo, un análisis minucioso de las estrategias discursivas y las prácticas culturales utilizadas por promotoras y familiares aun no se ha realizado. Análisis de este tipo podrían descubrir las prácticas letradas multilingües que surgen en la recepción de la información de la salud, el papel de las culturas orales en la transmisión de la información y la negociación de múltiples y complejos circuitos de conocimiento en el proceso de la toma de decisiones en torno a la salud. Para lograr un avance en nuestro entendimiento de estos procesos, haría falta el uso de técnicas de la investigación etnográfica arraigadas en las tradiciones sociolingüísticas y de estudios culturales. Tendríamos que analizar e interpretar

15

las experiencias vividas de los pacientes hispanohablantes a través de la óptica de la teoría sociolingüística, cultural y social. Por fin, tendríamos que comparar conductas higiénicas colectivas con otras prácticas culturales conocidas para elucidar su lógica subyacente.

En la investigación intervencionista, por otro lado, existe la necesidad de superar nuestro actual conocimiento de la concordancia lingüística. Los beneficios a la salud que ocurren en interacciones con concordancia lingüística se han atestiguado, pero aun no hemos desarrollado intervenciones que pueden expandir estos beneficios a sectores más amplios de la población. Para avanzar en esta trayectoria de investigación sería necesario preguntarnos ¿qué tipos de intervenciones promueven los beneficios de la atención lingüísticamente concordante incluyendo el incremento de confianza, la mejora de la comunicación y el aumento de mejor salud?

El proyecto *Integrated Second Language Learning for Chronic Care* de The Ohio State University es un ejemplo de este tipo de investigación intervencionista. Este proyecto evalúa la eficacia y la aceptabilidad de una intervención educativa para desarrollar las habilidades lingüísticas de enfermeras ejecutivas con el fin de prestar atención primaria de alta calidad a pacientes hispanohablantes con diabetes tipo 2. La intervención de formación de enfermeras integra la instrucción en español, el entrenamiento en la comunicación para la salud y la instrucción clínica para desarrollar las habilidades necesarias para realizar la consejería para la enfermedad crónica. La intervención reparte la instrucción en distintas fases incluyendo instrucción en aula, prácticas clínicas y una rotación internacional. La evaluación de la intervención examina la asociación entre las mejoras lingüísticas y comunicativas de los estudiantes y las mejoras en salud de los pacientes con diabetes tipo 2 que interactúan con ellos. Estas mejoras se determinan en base a la impresión subjetiva del paciente para con el estudiante y otras medidas objetivas como la adherencia con el medicamento y el control

16

glucémico. Los resultados de este estudio esclarecerán la factibilidad de expandir los beneficios de la concordancia lingüística a un grupo mayor de pacientes hispanohablantes con diabetes tipo 2.

La investigación sobre el español en el sistema de atención sanitaria aun no ha comenzado a explorar las metodologías de la investigación centrada en el paciente (PCOR por sus siglas en inglés). PCOR se distingue por su afán de orientar la investigación hacia a las preguntas que son importantes para pacientes de una forma práctica y clínicamente relevante con una cooperación explícita y consistente con pacientes y otros grupos involucrados en el cuidado. La aproximación PCOR presenta una oportunidad inigualable para extender el conocimiento del acceso lingüístico en los servicios sanitarios. Al incorporar a pacientes hispanohablantes en el proceso investigativo junto con otros actores involucrados en la provisión de servicios a pacientes hispanohablantes incluyendo médicos (monolingües y bilingües), intérpretes médicos, promotoras, etc., PCOR es capaz de traer a la luz las preguntas que son más importantes a los pacientes mismos en la investigación del acceso lingüístico. También podrá aproximarse a esas preguntas en formas que son clínicamente relevantes. Esta metodología permitirá superar las líneas actuales en la investigación de IM y nutrirá un entendimiento más completo de las perspectivas del paciente hacia a los servicios de acceso lingüístico.

17

Recomendaciones

El avance futuro de la investigación del español en el sistema de atención sanitaria presenta gran potencial. Para aprovecharla, sin embargo, los profesionales de la lengua española deberán tomar medidas para asegurar que la trayectoria presente mantenga su curso. En la última sección de este reporte, ofreceré una serie de recomendaciones de algunas acciones específicas e inmediatas que pueden asegurar una infraestructura adecuada para apoyar y

fortalecer la investigación lingüística y cultural acerca del español en el sistema de atención sanitaria.

En primer lugar, percibo una necesidad de inyectar temas relacionados a la salud en el currículo a nivel posgrado en instituciones que ofrecen títulos avanzados en español. Las instituciones que cuentan con centros de salud académicos tienen la ventaja de poder aliarse con escuelas de enfermería, de salud pública y de medicina para lograr este objetivo. Cursos introductorios a nivel de posgrado en áreas como salud pública, epidemiología, salud comunitaria, promoción de la salud y gestión de instituciones de salud podrían darle al futuro investigador del español en el sistema de atención sanitaria una base sólida para desarrollar una trayectoria de investigación. Las instituciones que no cuentan con estos centros también podrían aprovechar la creciente demanda por cursos de español médico. Los docentes a cargo de estos cursos podrían ser alentados a desarrollar cursos a nivel de posgrado para fomentar la investigación en la intersección de la lingüística, los estudios culturales y los servicios de atención sanitaria.

18

En segundo lugar, debemos de buscar oportunidades para compartir nuestro conocimiento con los estudiantes que buscan un título en ciencias de la salud. Los programas de maestría en español, por ejemplo, se podrían combinar con otros títulos profesionales como el doctorado en medicina (MD), la maestría en enfermería (MSN) y la maestría en salud pública (MPH) para proveer a otros investigadores fuera de la disciplina del español las destrezas lingüísticas y las perspectivas sociolingüísticas y culturales para llevar a cabo la investigación de la salud en comunidades hispanohablantes. Tales programas de doble titulación serían muy atractivos si el programa de estudio fuera lo suficientemente flexible para permitir que los estudiantes aprovechen experiencias de aprendizaje en la comunidad y otras experiencias clínicas como parte de ambos títulos. El núcleo académico del programa en español, sin embargo, mantendría su identidad

actual con requisitos de distribución en estudios lingüísticos, literarios y culturales.

Por fin, tenemos la oportunidad de nutrir el creciente interés en el español por parte de los estudiantes de pregrado en carreras de la salud. Los cursos existentes en español médico se pueden complementar con otros cursos avanzados en lingüística, literatura y estudios culturales enfocados en asuntos relacionados a la salud. Estos cursos podrían ser de beneficio a los estudiantes que declaran el español como segunda especialidad o para aquellos en programas interdisciplinarios tales como humanidades y salud. Algunos temas que podrían ser de interés a estos estudiantes serían cursos como «La sociolingüística y la salud de los latinos», «Traducción e interpretación médica» y «Literatura y medicina en América Latina y España». Estos cursos generarían interés en temas relacionados a la lengua y a la cultura y a la vez presentarían oportunidades para que los estudiantes de pregrado se involucren en la investigación. Dicha participación les sería invaluable a la hora de solicitar admisión a las facultades de ciencias de la salud.

19

Estas recomendaciones representan las acciones inmediatas que se pueden tomar para nutrir una masa crítica de futuros investigadores interesados en el español en el sistema de atención sanitaria. Existen consideraciones que van más allá del alcance de este informe que también necesitarán atención para asegurar la sustentabilidad de un programa de investigación del español en el sistema de atención sanitaria. Por ejemplo, se tendría que determinar el valor de este tipo de investigación en los procesos de promoción y permanencia en los departamentos de español.

Conclusión

En este informe he perfilado la creciente importancia del español en el sistema de atención sanitaria. He argumentado que este perfil requiere de una respuesta concertada por parte de los profesionales de la lengua española. La investigación actual sobre el español en el sistema de atención sanitaria ha creado una apertura para la investigación futura. He identificado algunas sendas de posible desarrollo en las áreas de la investigación descriptiva, la investigación intervencionista y la investigación enfocada en el paciente. No obstante las crecientes oportunidades que tienen los profesionales de la lengua española para dejar una huella positiva en la salud de los hispanohablantes en este país, existe la necesidad de promover una infraestructura adecuada para el avance futuro de estas líneas investigativas. He compartido una serie de recomendaciones iniciales para lograr esta infraestructura pero al mismo tiempo he señalado la necesidad de un liderazgo fuerte y consistente en el futuro para sostener los logros. Creo que la visión de Alonso del español como la lengua extranjera nacional presenta tanto desafíos como oportunidades para el papel de los departamentos de español tanto en la academia como en la sociedad.

20

Referencias

- Alonso, C. 2007. Spanish: The Foreign National Language. *Profession 2007*: 218-228.
- Angelelli, C. 2004. *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Balcázar, H. 2009. A randomized community intervention to improve hypertension control among Mexican Americans: Using the *Promotoras de Salud* community outreach model. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 20: 1079-1094.
- Blewett L, Smaida S, Fuentes C & Zuehlke E. 2003. Health care needs of the growing Latino population in Rural America. *Rural Health Policy* 19: 33-41.

- Bloom, M., Timmerman, G. & Sands, D. 2006. Developing a course to teach Spanish for health care professionals. *Journal of Nursing Education* 45: 271-274.
- Bolden, G. 2000. Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies* 2: 387-419.
- Brown T, Scheffler R, Tom S & Schulman K. 2007. Does the market value racial and ethnic concordance in physician-patient relationships? *Health Services Research* 42: 706-726.
- Carey M. 2015. Why Hispanic Americans still aren't signing up for Obamacare. *PBS News Hour*. Retrieved on 29 June 2015 from <http://to.pbs.org/1zBbB6B>
- Castillo A, Giachello A, Bates R, Concha J et al. 2010. Community-based diabetes education for Latinos: The Diabetes Empowerment Education Program. *The Diabetes Educator* 36: 586-594.
- Cheng E, Chen A & Cunningham W. 2007. Primary language and receipt of recommended health care among Hispanics in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (suppl. 2): 283-288.
- Chen, J., Fang, H. & Rizzo, J. 2011. Physician-patient language concordance and malpractice concerns. *Medical Care* 49: 1040-1044.
- Davidson, B. 2000. The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics* 4: 379-405.
- Davidson, B. 2001. Questions in cross-linguistic medical encounters: The role of the hospital interpreter. *Anthropological Quarterly* 74: 170-178.
- Diamond, L. & Reuland D. 2009. Describing physician language fluency: Deconstructing medical Spanish. *Journal of the American Medical Association* 301: 426-428.
- Diamond, L., Tuot, D. & Karliner, L. 2012. The use of Spanish language skills by physicians and nurses: Policy implications for teaching and testing. *Journal of General Internal Medicine* 27: 117-123.
- Dietrick L, Paxton H, Rivera A, Gertner E, et al. 2010. Understanding the role of the *promotora* in a Latino diabetes education program. *Qualitative Health Research* 20: 386-398.

- Doty M, Rasmussen P & Collins S. Catching Up: Latino health coverage gains and challenges under the Affordable Care Act. *The Commonwealth Fund*. 2014. Pub. 1775, vol. 26.
- Eamranond, P., Davis, R., Phillips, R. & Wee, C. 2009. Patient-physician language concordance and lifestyle counseling among Spanish-speaking patients. *Journal of Immigrant and Minority Health* 11: 494-498
- Elderkin-Thompson, V., Silver, R. & Waitzkin, H. 2001. When nurses double as interpreters: A study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science and Medicine* 52: 1343-1358.
- Fernandez, A., Schillinger, D., Warton, M., Adler, N. et. al. 2011. Language barriers, physician-patient language concordance, and glycemic control among insured Latinos with diabetes. *Journal of General Internal Medicine* 26: 170-176.
- Flores, G., Laws, M., Mayo, S, et. al. 2003. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics* 111: 6-14.
- Garza Y & Watts R. 2010. Filial therapy and Hispanic values: Common ground for culturally sensitive helping. *Journal of Counseling and Development* 88: 108-113.
- Ginde, A., Clark, S. & Camargo, C. 2009. Language barriers among patients in Boston emergency departments: Use of medical interpreters after passage of interpreter legislation. *Journal of Immigrant and Minority Health* 11: 527-530.
- Hsieh, E. 2006. Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social Science and Medicine* 63: 721-730.
- Isaacs, T., Laurier, M., Turner, C. & Segalowitz, N. 2011. Identifying second language speech tasks and ability levels for successful nurse oral interaction with patients in a linguistic minority setting: An instrument development project. *Health Communication* 26: 560-570.
- Jacobs E, Karavalos K, Rathouz P, Ferris T & Powell L 2005. Limited English proficiency and breast and cervical cancer screening in a multiethnic population. *American Journal of Public Health*, 95: 1410-1416.
- Krogstad J, Stepler R & Lopez M. 2015. English proficiency on the rise among Latinos. Washington DC: Pew Research Center.

- Martínez G. 2010. Language and power in healthcare: Towards a theory of language barriers among linguistic minorities in the US. In Watzke J, Chamness Miller P & Mantero M, eds. *Readings in Language Studies: Language and Power*. Vol. 2. St Louis: ISLS.
- Okraínec K, Miller M, Holcroft C, Boivin J & Greenway C. 2014. Assessing the need for a medical interpreter: Are all questions created equal? *Journal of Immigrant and Minority Health* 16: 756-760.
- Ponce N, Hays R & Cunningham W. 2006. Linguistic disparities in health care access and health status among older adults. *Journal of General Internal Medicine*,21, 786-791.
- Ramirez, D., Engel, K. & Tang, T. 2008. Language interpreter utilization in the emergency department setting: A clinical review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 19: 352-362.
- Reuland, D., Frasier, P., Slatt, L. & Aleman M. 2008. A longitudinal medical Spanish program at one US medical school. *Journal of General Internal Medicine* 23: 1033-1037.
- Reuland, D., Slatt, L., Aleman, M., Fernandez, A. & DeWalt, D. 2012. Effect of Spanish language immersion rotations on medical student Spanish fluency. *Family Medicine* 44: 110-116.
- Rose, D., Tisnado, D., Malin, J., Tao, M, et. al. 2010. Use of interpreters by physicians treating limited English proficient women with breast cancer. *Health Services Research* 45: 172-194.
- Schenker Y, Karter A, Schillinger D et al. 2010. The impact of limited English proficiency and physician language concordance on reports of clinical interactions among patients with diabetes. *Patient Education and Counseling* 81: 222-228.
- Stepler R & Brown A. 2015. Statistical portrait of Hispanics in the United States, 1980-2013. Washington DC: Pew Research Center.
- Traylor, A., Schmittiel, J., Uratsu, C., Manglone, C. & Subramanian, U. 2010. Adherence to cardiovascular disease medications: Does patient-provider race/ethnicity and language concordance matter? *Journal of General Internal Medicine* 25: 1172-1177.
- Villalobos B & Bridges A. 2015. Testing an attribution model of caregiving in a Latino sample: The roles of familismo and the caregiver-care recipient relationship. *Journal of Transcultural Nursing* 26.

White, K. & Laws, B. 2009. Role exchange in medical interpretation. *Journal of Immigrant and Minority Health* 11: 482-493.

Glenn A. Martínez
Ohio State University

