LA COMUNICACIÓN LINGÜÍSTICA EN ESPAÑOL Y SUS BARRERAS EN EL SISTEMA DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS

David Sánchez-Jiménez
New York City College of Technology (CUNY)

Resumen

La enseñanza del español con fines médicos en los Estados Unidos ha experimentado un crecimiento exponencial en las dos últimas décadas. Sin embargo, los pacientes de origen hispano se encuentran desprotegidos ante las barreras lingüísticas que impone el sistema de salud estadounidense en muchos contextos monolingües y bilingües. Esta investigación descriptiva muestra como, por un lado, los malentendidos producidos por la comunicación ineficiente desarrollada por intérpretes e intermediarios (familiares, enfermeras con conocimientos de español, facultativos con una preparación lingüística deficiente, etc.) tienen serias repercusiones para la salud en el tratamiento de los casos. Por otro lado, el estudio da cuenta de los intentos llevados a cabo desde las instituciones del gobierno y desde los centros educativos para formar a profesionales médicos cualificados bilingües y paliar así esta situación.

1. Introducción

Las barreras lingüísticas en el sistema de salud de los Estados Unidos afectan hoy en día a casi 20 millones de personas (Martínez, 2016, p. 10), aproximadamente el 30% de ellos de origen hispano. Esta parte de la población carece de la habilidad de comunicarse apropiadamente en inglés con el personal médico, por lo que se encuentran desprotegidos y en situación de desigualdad con respecto a aquellos que sí dominan la lengua inglesa.

En este trabajo exploratorio se hace una descripción de las barreras médicas en el servicio de atención sanitario de los Estados Unidos que afectan a la población hispanohablante, por lo que primeramente se expondrán algunos datos demográficos de cómo ha evolucionado la migración de esta comunidad en las últimas décadas con el fin de poder entender mejor este fenómeno. A continuación, se hablará de las severas consecuencias que implican para el paciente estas barreras lingüísticas y de las medidas adoptadas por el gobierno junto a otras instituciones para tratar de dar respuesta a estas carencias del sistema. Finalmente, en la última parte de este trabajo se hará referencia a las distintas reacciones y propuestas que han surgido desde la disciplina del

español para fines médicos en los Estados Unidos con el propósito de atajar esta situación.

2. Evolución de la migración hispana en los Estados Unidos

Hasta principios de los años veinte del pasado siglo la atención prestada a la población hispana en el sistema médico estadounidense había sido prácticamente inexistente. Fue entonces cuando se empezó a observar entre este segmento de la población una alta tasa de mortalidad, así como niveles infrecuentemente altos en las enfermedades y, como consecuencia, se comenzó a tener en cuenta a esta parte de la sociedad estadounidense en los estudios médicos (Martínez, 2016). En las décadas siguientes comenzaron a investigarse también las disparidades de la población hispana en el acceso y el uso del sistema de salud y a valorarse posibles respuestas para hacer frente a estas nuevas necesidades surgidas tras un significativo aumento de la inmigración de este grupo social en los Estados Unidos. Algunas de las medidas que se adoptaron para reducir estos índices de mortalidad fueron las de poner a disposición de las comunidades hispanohablantes recursos e intervenciones creados específicamente para reducir los problemas de comunicación y proporcionar un mejor cuidado a estos pacientes en su lengua.

A partir de los años setenta el número de inmigrantes llegados a los Estados Unidos procedentes de países de habla hispana se incrementó considerablemente. Si hasta entonces los hablantes de español acudían al médico principalmente a los servicios de emergencia y urgencias médicas de forma esporádica, desde esta década el sistema de salud estadounidense tuvo que hacer frente a un gran número de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, obesidad o problemas cardiacos que no podían expresarse en inglés. Esto implicaba que el tipo de interacción que los facultativos tenían que realizar para resolver estas situaciones eran más complejas y no se podían resolver con los medios disponibles en esa época.

El número de residentes no nacidos en los Estados Unidos en 1970 era de 9,6 millones de personas, aumentando en el año 2000 hasta alcanzar la cifra de 28,4 millones, de los cuales la mitad provenía de Latinoamérica (Anderson et al., 2003). No obstante, la población hispana es la minoría étnica que ha experimentado un mayor incremento en los Estados Unidos en las últimas décadas. El flujo migratorio creció considerablemente desde los años setenta, llegando casi a triplicarse en número en los treinta años siguientes. En el censo del año 2000 los Estados de Arizona, Texas y California superaban el 25% de población hispana, es decir, uno de cada cuatro habitantes era de origen hispanohablante (US Census Bureau, 2000).

En los diez años siguientes no solo estas cifras continuaron creciendo a un ritmo de casi dos millones por año, sino que también se extendió por otros diferentes Estados del país, experimentando un aumento considerable en Nuevo México, Colorado y Nevada, que en los últimos tiempos se ha expandido a otras zonas, como el Norte de Carolina y Georgia (Wilson et al., 2005). En los datos del censo de 2015 (New United States Census Bureau, 2016) se describe que hay 56.6 millones de

hispanos residiendo en los Estados Unidos, lo que supone más del 17% de la población total del país. Esto convierte a los Estados Unidos en el segundo país con mayor número de hablantes de español después de México (121 millones), por delante de Colombia (48), España (46,6), Argentina (42,2) o Perú (31,1) (Fernández Vítores, 2015).

Según Martínez (2016: 10), en 2030 las minorías serán las mayorías en Estados Unidos. En 2050 se calcula que la población hispana alcanzará los 150 millones. Se desconoce cuál será la respuesta ofrecida por las instituciones políticas y sociales para hacer frente a esta situación en los próximos años, pero lo que es seguro es que se trata de un fenómeno imparable con claras e importantes repercusiones sociales. Este incremento en la población tendrá consecuencias en las instituciones médicas debido al alto número de pacientes que accederán a estos servicios sin un dominio adecuado de la lengua inglesa, cuestión que se desarrollará por extenso en el siguiente apartado.

3. Barreras lingüísticas en el servicio de salud de los Estados Unidos

En 2006, Flores (2006, p. 229) señalaba que había 49,6 millones de estadounidenses que hablaban una lengua diferente del inglés en casa, lo que suponía el 18,7% sobre el total de la población, de los cuales 22,3 millones (8,4%) dominaban el inglés "un poco bien", de acuerdo con su propia declaración. Datos recogidos en la misma fecha por Hasnain-Wynia et al. (2006) indicaban que entre la población hispana el 29% de los habitantes de Estados Unidos que declaraban no hablar bien o nada en inglés eran de origen hispano, por delante de los asiáticos (22%) y de los indoeuropeos (13%). En 2015, un artículo de Krogstad et al. (2015) refería cómo un 7% de la población hispana no podía comunicarse en inglés, mientras que el 26% poseía un dominio limitado en esta lengua. Como resultado del análisis de estos datos, no resulta sencillo definir con exactitud qué es un paciente con el nivel de inglés limitado (NIL), pues los límites referidos al nivel de comprensión y producción en la lengua meta no están claramente definidos. Cheng et al. (2007) realizaron un estudio con 18.206 habitantes con el fin de identificar el perfil del paciente NIL. Tras analizar 12 variables, se definieron sus características principales: hispano varón que no habla inglés en casa (independientemente de su nivel de inglés) de edad avanzada, soltero, de procedencia rural, con educación secundaria incompleta que se encuentra sin seguro médico y por debajo del 20% del nivel de pobreza.

Sin embargo, no todos los latinos (hispanos residentes en Estados Unidos) presentan los mismos problemas de comunicación y en diversos estudios (Anderson et al., 2003; Jacobs et al., 2005; Ponce et al., 2006; Cheng et al., 2007) se ha hecho referencia a la gradación del domino de la lengua inglesa dentro de la comunidad hispana y de sus consecuencias en la interacción médica. Estos trabajos distinguen 3 grupos distintos:

- **monolingües de inglés:** ciudadanos hispanos normalmente estadounidenses de segunda o tercera generación que se comunican solamente en inglés;
- **bilingües:** no han desarrollado su competencia del inglés hasta el mismo nivel que el primer grupo;

- **monolingües de español:** suelen ser recién llegados al país y habitualmente carecen de un conocimiento previo de la lengua inglesa.

Los estudios epidemiológicos que han incluido el factor de lengua como variable constatan que existen diferencias significativas en la atención médica y en el grado de satisfacción en la interacción con los facultativos entre estos distintos segmentos de la población. Mientras que los hispanos monolingües de inglés se encuentran ya totalmente aclimatados a la cultura de los Estados Unidos –no sólo en lo relativo a cuestiones lingüísticas, pero también en lo relativo a las habilidades sociopragmáticas de la comunicación–, los bilingües y monolingües de español experimentan un mayor número de problemas cuando acuden a los centros de salud, clínicas y hospitales (Cheng et al., 2007). Esta estratificación denota una discriminación social motivada por el uso de la lengua que puede llegar a tener graves consecuencias para la salud de este sector de la población. La existencia de dichas barreras lingüísticas y las divergencias en la atención sanitaria se evidencia en un estudio de Cheng et al. (2007), en el que el grupo hispano con mejores habilidades comunicativas en inglés alcanza los mismos índices de satisfacción con el sistema de salud que los blancos estadounidenses ("*White*" en el estudio). En la investigación de Ponce et al. (2006), realizada en el Estado de California, los nativos monolingües de inglés declararon una salud mejor que los bilingües, siendo los monolingües de español los que presentaban los peores resultados.

Parece existir consenso en considerar a los pacientes NIL en situación de alto riesgo, debido a que las barreras lingüísticas imponen severas consecuencias en la calidad de la atención médica. Esta condición genera grandes dificultades de comunicación en las intervenciones médicas, en las cuales no resulta posible acomodar al paciente en su idioma, lo que termina provocando numerosos errores en las prácticas desarrolladas por el personal sanitario. Este no es un tema baladí, ya que los problemas de comunicación –y entre ellos específicamente los lingüísticos– representan el 80% de los errores médicos, los cuales suponen la tercera causa de muerte en los Estados Unidos (Joint Comission… 2012). Una mejor comunicación con los facultativos que hablan la misma lengua del paciente permite que se entiendan de manera adecuada y que puedan evitarse con mayor frecuencia este tipo de errores. Por otro lado, los estudios realizados en este campo coinciden en señalar que los pacientes que tienen una buena comunicación con su doctor lo visitan con más frecuencia que los que no hablan bien inglés, quienes además experimentan problemas comunicativos en la interacción médica, ya que estos últimos no reciben los servicios adecuados. Las visitas médicas permiten prevenir problemas de salud graves que podrían pasar desapercibidos para el paciente si este no accede a los servicios de salud.

Como sostienen Gregg y Soha (2007, p. 368) cuando los facultativos y sus pacientes hablan lenguas diferentes, tanto el cuidado de los pacientes como los servicios médicos prestados no se realizan de manera eficiente, especialmente en los casos en los que el paciente tiene un nivel de inglés limitado. Es en estas situaciones en las que los ciudadanos reportan un peor acceso al servicio médico, ya que estos experimentan una menor calidad en el trato al dificultarse la comprensión de los mensajes intercambiados con el facultativo. Además, experimentan mayores contrariedades para adherirse a los planes de seguro médico y muestran, por lo general, una menor satisfacción con el

personal médico y el cuidado que de ellos reciben (Gregg y Soha, 2007). Como advierten Cheng et al. (2007) en su investigación –y como se expondrá más adelante en este artículo– si el paciente tiene un concordante de lengua como doctor la satisfacción aumenta y la comunicación mejora. Los intérpretes son otra posibilidad a la que se viene recurriendo con éxito en estas situaciones, pero la disponibilidad de este recurso depende normalmente de diversos factores, como la oferta de este servicio en la clínica u hospital, el precio, la formación recibida, la modalidad interpretativa, e incluso cuando se dispone de ella, la voluntad y habilidad de los médicos para ofrecer este servicio.

Los datos obtenidos en diversos estudios realizados a lo largo y ancho del país (Anderson et al., 2003; Wilson et al., 2005; Jacobs et al., 2006; Mohanty, 2006; Karliner et al., 2012; Krogstad et al., 2015) constatan cómo los pacientes NIL se enfrentan a una serie de dificultades que merman su salud y los ponen en una peligrosa situación de riesgo por su impedimento para comunicarse de manera efectiva en inglés, especialmente en cuestiones tan relevantes para su salud como son la obtención y el acceso a un seguro médico, fijar una cita con el doctor, interactuar con doctores, profesionales médicos o farmacéuticos, leer apropiadamente las etiquetas del medicamento o recibir información preventiva y sobre la salud pública. Sin duda alguna, la más importante de estas dificultades es el problema lingüístico de comunicación al que se enfrenta el paciente NIL durante las intervenciones médicas, cuyos errores pueden derivar en graves problemas de diagnóstico, aunque estas no sean las únicas. Además de los malentendidos lingüísticos, las creencias y concepciones culturales también intervienen de manera destacada en los temas de salud, como ocurre con la falta de costumbre de visitar regularmente al médico, la automedicación, el hecho de compartir medicinas, acudir a curanderos o el uso de remedios naturales, los cuales se identifican con frecuencia en muchos de los grupos culturales residentes en los Estados Unidos. Por otra parte, otro tipo de barrera lingüística que experimentan los pacientes es la de la literacidad médica, que afecta no solo a los ciudadanos foráneos que no dominan el inglés, sino a la población nativa estadounidense que no ha tenido un acceso prolongado a la educación. Se estima que 40 millones de residentes en el país tiene problemas para entender textos escritos complejos, mientras que 90 millones han declarado dificultades con el manejo de la jerga médica y con la terminología científica, lo cual les impide hacer un uso extensivo del sistema de atención sanitaria (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Las consecuencias de estas barreras lingüísticas han sido explicadas en multitud de artículos, algunos de ellos recogidos en la sección bibliográfica de este trabajo, las cuales resumo en el siguiente listado:

- Calidad en el servicio (servicio inapropiado/ erróneo): resultados erróneos e incomprensión del diagnóstico en la interacción ocurrida entre paciente y clínico
- Bajos índices de seguimiento (citas, revisiones periódicas, etc.)
- Niveles bajos de satisfacción
- Menor nivel de adherencia al tratamiento
- Disparidad en el trato personal (mayor probabilidad de referencia a los hospitales, mayor tiempo de estancia en hospitales, más pruebas de diagnóstico y

medicación innecesarias, uso insuficiente de anestesia, tratamientos más agresivos, etc.)

- Aumento del precio del servicio por enfermedad
- Incremento de las complicaciones con las medicinas
- Aumento del tiempo de la atención médica
- Uso más elevado de los servicios de emergencias (intervención retardada, baja identificación de enfermedades y tratamiento preventivo)

Todas estas situaciones testimonian la discriminación que los pacientes NIL experimentan en contraste con aquellos otros pacientes que dominan la lengua inglesa, y denotan que reciben un peor servicio a pesar de hacer frente a los mismos gastos en el encarecido sistema de salud de los Estados Unidos.

4. Respuestas institucionales a las barreras lingüísticas en el sistema de salud

Hay dos momentos históricos fundamentales que han tenido una repercusión sin precedentes en el intento por reducir las barreras lingüísticas que afectan a millones de pacientes NIL en los Estados Unidos. La primera de ellas fue la prohibición en 1964 de excluir a los individuos de las actividades fundadas federalmente en relación a la raza, el color o el origen nacional mediante el Título VI de la Ley de Derechos Civiles. En este contexto, la División de Derechos Civiles del Departamento de Justicia de los Estados Unidos impuso una ley que requería tomar los pasos oportunos con el propósito de incrementar el acceso de los ciudadanos con un nivel limitado de inglés al sistema de salud (Chase y Medina, 2013, p. xxii).

El segundo momento es más reciente en el tiempo, ocurrió en 2014 cuando los ciudadanos pudieron acogerse a la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio impulsada por el gobierno de Barack Obama. Como refiere Martínez (2015), esta decisión política tuvo un fuerte impacto entre la población latina, que experimentó un crecimiento de 2,6 millones en altas de seguro médico en solo unos meses, especialmente entre los grupos más desfavorecidos, los jóvenes y ancianos que se comunican principalmente en español. En palabras de este autor, "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 […] 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" (Martínez, 2015, p. 6).

Además de promover la cobertura médica, esta nueva ley también incorporaba medidas con el fin de facilitar la comunicación de las personas con dificultades para expresarse en lengua inglesa. Sin embargo, en un país donde se hablan más de 300 lenguas y donde 100 de ellas son utilizadas de forma regular por vastas comunidades de hablantes, dar respuesta a las necesidades planteadas resulta una tarea ardua cuando no imposible (Karliner et al., 2007). A pesar de ello, los recursos puestos a disposición de los ciudadanos a partir de la entrada en vigor de estas dos leyes han servido para

mitigar sustancialmente los problemas que imponen las barreras lingüísticas a los residentes estadounidenses.

Entre otras muchas (telefonía, videoconferencia, traducción de documentos, ayudantes bilingües sin formación, etc.), las dos principales propuestas que se han extendido a la gran mayoría de los centros de salud, clínicas y hospitales del país han sido el uso de intérpretes profesionales y de médicos concordantes de lengua. En el estudio exhaustivo de Karliner et al., (2007) en el que se hacía una revisión de prácticamente casi toda la literatura disponible publicada sobre el tema, los autores llegaban a la conclusión de que la respuesta ofrecida por ambos recursos del sistema había dado resultados similares en los niveles de adherencia, satisfacción y posterior asistencia a las citas médicas por parte del paciente (Karliner et al., 2007, p. 758). Gregg y Soha (2007) aportan un nuevo matiz a esta discusión, llamando la atención sobre el beneficio que supone para los enfermos contar con los servicios de un facultativo concordante de lengua, quien conoce a la perfección no solo la lengua del paciente, sino también el contexto y las connotaciones culturales de la enfermedad que se está tratando (Gregg y Soha, 2007, p. 370). Sin duda, debido a este conocimiento y a la identificación de posibles factores secundarios sociopragmáticos y socioculturales que puedan presentarse durante la interacción médica, el concordante de lengua dispondrá de más herramientas con las que enfrentarse a esta situación que el facultativo que cuenta con un intérprete para descifrar el mensaje que desea transmitir su interlocutor.

Aunque estamos de acuerdo con Gregg y Soha (2007) en esta puntualización de que los concordantes lingüísticos benefician la comunicación lingüística y cultural aportando una mayor precisión en la comunicación médica, lo cierto es que en todos los estudios consultados existe unanimidad en las mejoras que aportan ambas soluciones, las cuales remedian exitosamente los problemas que provocan las barreras lingüísticas que listamos en el apartado anterior. Por citar solo algunos de los ejemplos más destacados, estos estudios ponen de manifiesto el incremento de la comunicación, la confianza y la satisfacción con el facultativo, la reducción del número de denuncias por negligencia médica, además de un menor y mejor uso de la medicación, análisis de diagnóstico, referencia a médicos especializados y usos de procedimientos médicos. Estas soluciones –propiciadas por una adecuada atención médica por parte de concordantes de lengua e intérpretes profesionales– contrasta con respecto a otras alternativas que varían desde la total ausencia de estos servicios a la adopción de alternativas insatisfactorias como el uso de intérpretes sin formación médica específica, familiares y personal bilingües o consultas telefónicas con agentes lingüísticos en las interacciones médicas, situaciones en las que se crean con frecuencia interferencias que afectan al diagnóstico emitido por el facultativo.

En el siguiente apartado se hará una revisión del papel del español para fines específicos en la formación de estos profesionales, así como de los principales materiales publicados en este ámbito en las últimas décadas.

5. Español para fines médicos en Estados Unidos

Los cursos de español dedicados a preparar a profesionales de la salud en las universidades de los Estados Unidos han experimentado una transformación radical a lo largo de las últimas décadas, especialmente desde que en los años setenta comenzaran a elaborarse los primeros materiales didácticos para su enseñanza. Estos primeros manuales (Julia Tabery, 1972; Joanna Rios, 1984/ 2004; Teresa González-Lee y Harold Simon, 1990) tenían en común el objetivo final de conducir al estudiante desde las primeras lecciones del nivel básico hasta el nivel intermedio bajo de lengua con el énfasis puesto en la práctica oral (Martínez, 2016, pp. 11-12). Esto se realizaba principalmente mediante la enseñanza de contenidos léxicos y gramaticales desde el primer tema de los saludos hasta la instrucción del subjuntivo. Al final del curso y a través de un estudio secuenciado de las frases y estructuras clave de la lengua el estudiante alcanzaba un nivel conversacional básico que le equipaba con los usos lingüísticos más rudimentarios del sistema lingüístico del español. Como bien explica Martínez (2016, p. 12), el texto de Robert Chase y Clarisa Medina de Chase *An Introduction to Spanish for Health Care Workers: Communication and Culture* publicado en 1998 supone una novedad en medio de este paradigma, pues se distanciaba de esta dinámica ofreciendo un planteamiento más comunicativo que tenía en cuenta el contexto de uso en el que se desarrollaba la lengua. Los temas dejaban de ser puramente lingüísticos para incorporar elementos sociolingüísticos y culturales, continuando con la iniciativa comenzada por Teresa González-Lee y Harold Simon (1990), lo que constituía una cierta madurez en la elaboración de este tipo de materiales.

Sin embargo, no es hasta el año 2004 cuando se publica *A su salud* (Cotton et al., 2004), elaborado por la Universidad de Carolina del Norte, un manual para enseñar español en contextos médicos en los Estados Unidos que resulta revolucionario por la novedad del enfoque utilizado. En este sentido, Martínez (2016, p. 12) menciona que este libro trata de dar respuesta a una nueva situación social en la cual tanto los profesionales como los pacientes que estos se encuentran en la consulta han cambiado. Los profesionales porque suelen llegar a la enseñanza superior con un nivel más alto de español tras haber cursado varios años de estudio en esta lengua en la escuela secundaria. Por otra parte, la numerosa población hispanohablante ha alcanzado un estatus distinto al que tenía en los años veinte –como ya se comentó al principio de este artículo–, y ahora no solo acude a los servicios de emergencia de manera eventual, sino que necesita tratamientos específicos, cuidados preventivos y un seguimiento sobre las enfermedades crónicas que pueda padecer. Por lo tanto, los facultativos no nativos de español deberán interactuar con ellos sobre diversos temas médicos con un conocimiento alto de la lengua que les permita emitir consejos de salud de una manera clara y eficaz o, en su caso, de corregir persuasivamente hábitos de vida poco saludables.

A su Salud incluye un texto de instrucción, un libro de trabajo y una novela dramatizada en DVD para trabajar a partir de un nivel intermedio de lengua mediante un enfoque comunicativo que integra la competencia lingüística con el conocimiento

cultural y la competencia sociolingüística, con una atención única centrada en el español de los Estados Unidos.

Este material anticipa ya una nueva visión de la didáctica del español para fines médicos en los Estados Unidos, que se caracteriza por la interdisciplinariedad, la atención al conocimiento sociolingüístico y a la competencia pragmática en las interacciones médicas y la práctica de la L2 en contextos reales de uso por parte de los profesionales de la salud. Con este fin tratan de integrarse en el aula no solamente las funciones lingüísticas con la práctica comunicativa en situaciones médicas, sino que también se llevan a la clase de español casos clínicos. Para esto se hace necesaria una colaboración fluida entre los educadores del lenguaje y los educadores clínicos, con el propósito de trasladar a los estudiantes de la clase al entorno clínico comenzando con su exposición desde los contextos más controlados de uso de la lengua hasta la práctica libre en situaciones de comunicación clínica en ámbitos reales de trabajo (*vid*. Martínez, 2016, p. 15). El objetivo último de todos estos esfuerzos no es otro que el de establecer con éxito una conversación con un interlocutor hispanohablante, en la que tienen especial relevancia la buena gestión de las competencias lingüísticas, sociolingüísticas y pragmáticas.

Martínez (2015) insiste en trabajar dentro de esta línea interdisciplinaria también en los programas universitarios con la finalidad de inyectar temas relacionados con la salud en el currículo a nivel de posgrado en instituciones que ofrecen títulos avanzados de español y, especialmente, en aquellas que cuentan con centros de salud académicos. En ellas los departamentos de lengua cuentan con la posibilidad de interactuar y aliarse con escuelas como la de enfermería, salud pública o medicina. El objetivo último debe ser el de desarrollar propuestas conjuntas que variarán desde la creación de cursos de español médico en niveles avanzados de lengua hasta la de programas de posgrado con especialidades en español para profesionales de la salud que quieran ejercer su carrera en medicina o en programas de doble titulación universitaria. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que a estas aulas no sólo asisten estudiantes de L2, ya que parte de la población hispana que ha mantenido la lengua materna española, aunque carecen de la terminología médica específica para desarrollar una conversación clínica apropiada, tienen la habilidad de comunicarse en español y empatizar culturalmente con sus interlocutores en la consulta. Estos serán, presumiblemente, los futuros facultativos concordantes de lengua que proveerán servicio bilingüe en centros de salud, clínicas y hospitales.

En cuanto a los estudiantes de español médico como L2, Diamond (2012) reflexiona en su investigación sobre aquellos casos en los que al final del proceso estos no alcanzan el nivel superior de lengua con el que pueden interaccionar sobre temas abstractos y tomar decisiones complejas referidas al diagnóstico del paciente. En estas situaciones los facultativos deberían recurrir a intérpretes médicos. Por el contrario, en su estudio se constataba que los doctores con una competencia equivalente al nivel intermedio alto de lengua usaban su propio español con más frecuencia, aunque, eso sí, requerían la asistencia de un intérprete profesional cuando trataban de establecer conversaciones realmente complicadas. Sin embargo, muchos otros médicos con este nivel de competencia resultaban ser los más propensos a rehusar el uso de un

intérprete cuando sí hubiera sido necesario, poniendo en riesgo la comprensión de la información transmitida por el paciente en la interacción médica y la efectividad del diagnóstico, así como del consiguiente tratamiento. En función de estos resultados, Diamond (2012) indica en la conclusión de su estudio que existe una necesidad real para entrenar a los médicos en la autoevaluación de la propia competencia lingüística en la lengua meta y para ayudarlos a discernir sobre la conveniencia de requerir la asistencia de un intérprete en las situaciones en las que la comunicación se torna compleja.

6. Conclusión

La identidad de Estados Unidos se desarrolla como un crisol de lenguas y culturas forjado durante siglos por la inmigración foránea, lo cual ha sido para el mundo un ejemplo de integración de distintas razas, culturas y lenguas que conviven de manera armoniosa en un mismo territorio compartido. No obstante, esta colisión de heterogeneidad genera fricciones y fisuras, como ocurre con el tema tratado en este artículo, en el que la diversidad lingüística propicia que se creen barreras comunicativas al chocar las lenguas de inmigración con la lengua dominante en las instituciones políticas, sociales y, por supuesto, también médicas. Los gobernantes y las distintas instituciones del país implicadas han realizado un hercúleo esfuerzo durante generaciones por reducir estas diferencias, incorporando al sistema sanitario diversos recursos (concordantes de lengua, intérpretes médicos, servicio de videoconferencia, etc.) que han contribuido a paliar los problemas que se presentan cada día en clínicas y hospitales relacionados con el uso limitado del inglés. También los centros universitarios han sabido adaptarse a esta nueva realidad en los últimos años mutando sus programas en un esfuerzo interdisciplinario que trata de dar respuesta a las nuevas necesidades planteadas por la sociedad. La interdisciplinariedad parece ser en nuestros días –producto de la globalización en muchos casos– una tendencia imparable que se extiende a los géneros discursivos, las carreras académicas y las profesiones, redefiniendo constantemente el estatus quo establecido para cambiar las reglas del juego (Sánchez-Jiménez, 2016). La situación demográfica descrita en este artículo se relaciona con la globalización y con un mundo interconectado, la cual apunta al alza en los Estados Unidos en las próximas décadas. Aunque aún resulte insuficiente, la reacción ofrecida desde los distintos frentes mencionados en este artículo a estas barreras lingüísticas y las medidas adoptadas como consecuencia en el sistema de salud han posibilitado la resolución de ofrecer atención sanitaria de forma satisfactoria a millones de residentes cada día en los últimos años.

Cuando volvemos la mirada a Europa observamos que en nuestro continente se ha producido una situación semejante con la apertura de las fronteras y el acuerdo de Schengen adoptado por la Comunidad Europea. La movilidad se ha incrementado entre los países europeos y las barreras lingüísticas no han tardado en generar problemas entre la población, afectando también a los sistemas de salud por tanto tiempo de servicio monolingüe. En concreto, España, por su situación geográfica privilegiada, ha incrementado en las dos últimas décadas el número de inmigrantes residentes en este

país procedentes del norte de África (Marruecos: 1,65% de la población total de España), de Europa (Rumanía: 1,70%; Reino Unido: 0,64%; Italia: 0,39%) y de Hispanoamérica (Ecuador: 0,74%; Colombia: 0,39%) (Instituto Nacional de Estadística, 2014). Los periódicos comienzan a hacerse eco de esta situación y de los problemas que generan las barreras lingüísticas en el Sistema Nacional de Salud español, las cuales podrían haberse evitado con una planificación política adecuada que diera respuesta a este problema creciente. El modelo de Estados Unidos presentado en este artículo ofrece algunas vías de actuación y soluciones posibles que han sido aplicadas con éxito en este país. Lo que sí resulta esperable es que se tome conciencia de los problemas que acarrean las barreras lingüísticas para la ciudadanía en el contexto médico europeo y de la necesidad de adoptar medidas conjuntas desde la Unión Europea para resolver estas dificultades que afectan a las personas en condición de desigualdad.

Bibliografía

Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., & the Task Force on Community Preventive Services (2003). Culturally competent healthcare systems. *Am J Prev Med,* 24 (3S), 68-79.

Chase, R., & Medina, C. (1998). *An Introduction to Spanish for Health Care Workers: Communication and Culture*. New Haven: Yale UP.

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 (2), 283-288.

Cotton, C., Tolman, E., & Cardona Mack, J. (2004). *¡A Su Salud! Spanish for Health Professionals.* New Haven: Yale UP.

Diamond, L., Tuot, D. & Karliner, L. (2012). Does This Doctor Speak My Language?: Improving the Characterization of Physician Non-English Language Skills. *Health Services Research,* 47 (1), 556–69.

Fernández Vítores, D. (2015). El español: una lengua viva. Informe 2015. Madrid: Instituto Cervantes [en línea]. Consultado el 16 de febrero de 2017, http://www.cedro.org/docs/default-source/otros/informe_cervantes.pdf.

Flores, G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 355 (3), 229–31.

González-Lee,T., & Simon, H. (1990). *Medical Spanish: Interviewing the Latino Patient: A Cross-Cultural Perspective.* Upper Saddle River: Prentice.

Gregg, J., & Soha, S. (2007). Communicative Competence: A Framework for Understanding Language Barriers in Health Care. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (2), 368-370.

Hasnain-Wynia, R., Yonek, J., Pierce, D., Kang, R., & Greising, C. H. (2006). *Hospital language services for patients with limited English proficiency: Results from a national survey.* Chicago: Health Research and Educational Trust.

Instituto Nacional de Estadística (2014). *España en Cifras 2014.* Consultado el 2 de marzo de 2017*, http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2014/files/assets/common/downloads/publication.pdf*

Jacobs, E., Chen, A.H., Karliner, L.S., Agger-Gupta, N., & Mutha, S. (2006). The need for more research on language barriers in health care: A proposed research agenda. *Milbank Q 84*, 111–133.

Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions Tool for Hand-Off Communications (2012). *Joint Commission Perspectives*, August 2012, 32 (8). Consultado el 8 de noviembre de 2016, http://www.jointcommission.org/assets/1/6/tst_hoc_persp_08_12.pdf

Karliner, L., Elizabeth, S., Jacobs, A., Chen, H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42(2), 727-754.

Karliner, L.S., Auerbach, A., Nápoles, A., Schillinger, D., Nickleach, D., Pérez-Stable, E.J. (2012). Language barriers and understanding of hospital discharge instructions. *Med Care,* 50, 283–9.

Krogstad, J., Stepler, R., & López, M. (2015). *English proficiency on the rise among Latinos.* Washington DC: Pew Research Center.

Martínez, G. (2015). La lengua española en el sistema de atención sanitaria de los Estados Unidos. *Informes del Observatorio del Instituto Cervantes en Harvard*. Consultado el 12 de febrero de 2017,https://www.academia.edu/15815022/01309_2015SP._La_lengua_espa%C3%B1ola_en_el_sistema_de_atenci%C3%B3n_sanitaria_de_los_Estados_Unidos

Martínez, G. (2016). Against Medical Spanish: Spanish in the Health Professions Yesterday, Today, and Tomorrow. *ADFL Bulletin*, 44 (1), 9-18.

Mohanty, S. (2006). Unequal Access: Immigrants and U.S. Healthcare. *Immigration Policy in Focus,* 5 (5). Consultado el 4 de marzo de 2017, http://www.ailf.org/ipc/infocus/unequal_access.pdf

New United States Census Bureau (2016). FFF: Hispanic Heritage Month 2016. Census Gov. Consultado el 6 de abril de 2017, https://www.census.gov/newsroom/facts-for-features/2016/cb16-ff16.html. Accessed 13 April 2017.

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A., & Kindig, A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion.* Washington, DC: National Academies Press.

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.

Ríos, J., & Fernández Torres, J. (1984/2004). *McGraw-Hill's Complete Medical Spanish*. New York: McGraw.

Sánchez-Jiménez, D. (2016). Revisión crítica del concepto de género en el discurso escrito y su aplicación didáctica a la enseñanza de las lenguas con propósitos específicos. *Estudios de Lingüística Aplicada*, 34, 207-236.

Tabery, J., Webb, M., & Vásquez Meuller, B. (1975). *Communication in Spanish for Medical Personnel*. Boston: Little.

U.S. Census Bureau (2000). *Census of Population: 2000, Summary Social, Economic, and Housing Characteristics, United States Summary, PHC-2-1.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Consultado el 24 de marzo de 2017, https://www.census.gov/census2000/pubs/phc-2.html.

Wilson E., Chen A. H., Grumbach K., Wang F., Fernández A. (2005). Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *Journal of General Internal Medicine,* 20, 800–806.