

**MEDICINA Y SOCIEDAD: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES**

**Reconocimiento y desmantelamiento de las jerarquías raciolingüísticas en la salud latinx**

Pilar Ortega, MD, Glenn Martínez, PhD, MPH, Marco A. Alemán, MD, Alejandra Zapién-Hidalgo, MD, MPH y Tiffany M. Shin, MD

**Resumen**

Las personas latinx representan una creciente población estadounidense diversa de pacientes desde el punto de vista lingüístico y racial. La raciolingüística considera las interrelaciones del idioma y la raza, prioriza las experiencias vividas de personas que no hablan inglés y puede ayudar a los médicos a conceptualizar de manera más hábil la heterogeneidad y la complejidad en las experiencias de salud de latinx. Este artículo analiza cómo las jerarquías raciolingüísticas (es decir, las prácticas de otorgar valor social a algunos idiomas, pero no a otros) pueden socavar la calidad de la experiencia sanitaria de los pacientes latinx. Este artículo también ofrece estrategias clínicas y educativas adecuadas al lenguaje para promover la equidad sanitaria.

*La American Medical Association indica que esta actividad de EMC basada en publicaciones tendrá un máximo de un AMA PRA Category 1 Credit™ disponible mediante el AMA Ed Hub™. Los médicos deberán solicitar solo el crédito proporcional a su participación en la actividad.*

**Raciolingüística**

Las personas hispanas/latinx (de aquí en adelante, latinx) en los Estados Unidos representan una población cultural, racial y lingüísticamente diversa y en rápido crecimiento. Intentar categorizar a toda latinx en un solo grupo homogéneo podría conducir a estereotipos inapropiados,<sup>1</sup> un conteo inexacto,<sup>2,3</sup> intervenciones de salud ineficaces que no se enfocan lo suficiente en los subgrupos en riesgo,<sup>4</sup> y una comunicación sanitaria subóptima.<sup>5</sup> Un enfoque más útil sería utilizar la raciolingüística para conceptualizar la compleja y heterogénea experiencia latina en relación con la salud. La raciolingüística es el estudio de la co-normalización histórica y contemporánea de la raza y el idioma y su entrelazamiento en las identidades de los individuos y las comunidades. Como campo emergente que abarca la interrelación del idioma y la raza, la raciolingüística brinda una perspectiva única sobre las experiencias vividas por las personas que hablan idiomas diferentes al inglés y las personas de color.<sup>6</sup> Como tal, comprender la raciolingüística es relevante para brindar una atención concordante con el idioma<sup>7</sup> a pacientes con dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés), que históricamente han sido marginados por barreras estructurales, racismo y otras formas de discriminación en la atención médica.

En este manuscrito, exploramos cómo la raciolingüística puede ayudar a los médicos a conceptualizar adecuadamente la experiencia compleja y heterogénea latina en relación con la atención médica. Luego usamos la perspectiva raciolingüística para dar a conocer algunas estrategias para dismantelar barreras estructurales para la equidad sanitaria de pacientes latinx que se relaciona con (1) las experiencias de atención médica de pacientes latinx y (2) la educación médica.

### **Experiencias raciolingüísticas latinas**

Las interpretaciones sociológicas de la “raza” suponen que la raza es una construcción social en la que las características biológicas y las de otro tipo sirven como índices de los valores sociales y generan lógicas raciales duraderas (es decir, el uso de la raza para definir la estructura social o la condición de un individuo o una comunidad).<sup>8,9</sup> Si bien no son una raza en el sentido fenotípico, latinx han sido racializados en los Estados Unidos siguiendo un patrón similar al de otros grupos minoritarios.<sup>10,11</sup> Al igual que la raza, la “etnia” es una categoría construida por y en la sociedad. Según el contexto, el término *etnia* puede referirse a la cultura, herencia, ascendencia u origen nacional de un individuo.<sup>12</sup> Aunque las clasificaciones gubernamentales, como el censo de los EE. UU., se refieren a “hispano o latino” como una etnia,<sup>13</sup> las personas que se identifican (o son etiquetadas) como latinx pueden ser de múltiples razas, nacionalidades, etnias o culturas o tener distintos antecedentes lingüísticos.

El idioma es una característica destacada de la formación racial de latinx y otros grupos. Las primeras investigaciones sobre perfiles lingüísticos demostraron que la discriminación racial a menudo se basa en el sonido de la propia voz y las imágenes que esos sonidos evocan en la imaginación de un interlocutor.<sup>14</sup> Esta investigación sugirió que formas lingüísticas particulares están vinculadas a características fenotípicas racializadas particulares que, a su vez, indexan valores y percepciones sociales. Sin embargo, investigaciones recientes sobre la relación entre el idioma y la raza sobrepasa esta teorización inicial y argumenta que el idioma no es indicativo de la raza, sino que el idioma y la raza se han co-normalizado.<sup>7</sup> De esta manera, decir que alguien “suena mexicano” no es una valoración objetiva de su habla sino una “racialización” subjetiva de esa persona. En otras palabras, decir que alguien “suena mexicano” es ubicar a esa persona en la categoría *mexicano* y, al mismo tiempo, poner en primer plano los valores sociales y las percepciones de las personas “mexicanas”.

Una perspectiva raciolingüística abre nuevos entendimientos de los significados sociales asociados a los idiomas y variedades de idiomas en los Estados Unidos y más allá de ellos.<sup>6</sup> Durante mucho tiempo se ha establecido que ningún idioma o variedad de un idioma es superior o más complejo que otro, sino que, por el contrario, todos los idiomas y variedades sirven a sus usuarios por igual para expresarse, y todos constituyen sistemas gobernados por reglas.<sup>15,16</sup> Aun así, no todas las lenguas y variedades gozan del mismo prestigio social.<sup>17</sup> Los valores que se atribuyen a los hablantes de un idioma a menudo se superponen con los mismos valores que se les atribuyen como parte de un grupo racializado,<sup>18</sup> lo cual genera percepciones sociales interrelacionadas con la raza y el idioma “experimentadas de maneras que se encarnan y perciben poderosamente”.<sup>19</sup>

Central para la formación y el mantenimiento de las jerarquías raciolingüísticas es el concepto del sujeto oyente.<sup>7</sup> Las jerarquías raciolingüísticas se mantienen no tanto porque los hablantes elijan hablar de una manera u otra, sino porque los oyentes eligen escuchar de maneras particulares. Consideremos nuevamente nuestro ejemplo inicial: “suenas mexicano”. Si bien esto podría aparentemente ser una observación sobre cómo

habla otra persona, en realidad revela más sobre la forma en que la persona que lo dice *escucha*. “Suenas mexicano” equivale siempre a “a mí me suenas mexicano”. La comprensión de las jerarquías raciolingüísticas en la atención médica permite el reconocimiento y una comprensión más profunda de las barreras estructurales para la equidad sanitaria de latinx.

### Cómo mejorar las experiencias de salud latinas

Las jerarquías raciolingüísticas han sido documentadas en las experiencias de atención médica de las poblaciones latinx de los EE. UU. y con dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés).<sup>20,21,22,23</sup> Por ejemplo, un estudio de 20 mujeres inmigrantes latinas en dos centros de salud comunitarios en Utah descubrió que los pacientes informaron que a menudo eran objeto de discriminación debido a su apariencia o forma de hablar.<sup>22</sup> Un participante comentó: “A menudo me hacían esperar durante horas, sentado allí, mientras atendían a otras personas blancas primero”.<sup>22</sup> Otro estudio de las experiencias de atención médica de las madres latinas en Detroit y Baltimore descubrió que la percepción sobre discriminación se vio acentuada por la “batalla” para manejar las barreras idiomáticas.<sup>23</sup> La exposición acumulada a la **discriminación intergeneracional** puede tener consecuencias negativas para la salud a largo plazo para los hijos de inmigrantes latinx nacidos en los EE. UU.<sup>24</sup>

Por el contrario, aumentar el número de médicos lingüística y culturalmente concordantes podría atenuar las percepciones de discriminación y “otredad” en la atención de la salud. Los pacientes con LEP y diabetes tipo 2 tienen menos probabilidades de sentirse discriminados cuando son tratados por un médico con un idioma concordante.<sup>25</sup> De manera similar, pacientes latinx tratados por un profesional de la salud mental latinx reportaron una mejor comunicación y una alianza de trabajo más fuerte.<sup>26</sup> Las estrategias para dismantelar las jerarquías raciolingüísticas en el cuidado de la salud también deben incluir una atención cuidadosa a la publicación de carteles multilingües, la contratación de navegadores de pacientes, el suministro de información multilingüe para los pacientes, la garantía de acceso a las plataformas de programación y salud digital (p. ej., telemedicina) en el idioma apropiado, la interacción con poblaciones latinas a través de programas comunitarios de trabajadores de la salud y la asociación con intérpretes médicos profesionales (ver Tabla). La cartelería y el material escrito deben reflejar el idioma de la población objetivo en lugar de contener **jerga**, la cual puede no ser fácil de entender.

**Tabla.** Manifestaciones de conceptos raciolingüísticos en la atención médica y soluciones propuestas para mejorar la experiencia de la atención médica y la educación médica latinx

Concepto raciolingüístico	Manifestación del concepto raciolingüístico en el cuidado de la salud	Ejemplo de problema	Solución propuesta
Lógicas raciales	Interacción e interrelación de raza, idioma, etnia y origen nacional	Los pacientes que no hablan inglés son percibidos como analfabetos en materia de salud.  Se supone que una persona que se autopercibe como latinx es “blanca” en función de su apariencia física al registrarse en el hospital.	Analice de manera crítica los casos educativos para garantizar una representación cuidadosa de pacientes latinx de diversas nacionalidades, razas y niveles educativos.  Comprométase con organizaciones comunitarias latinas para comprender mejor el lenguaje comunitario y las necesidades de alfabetización sanitaria y/o crear programas conjuntos (por ejemplo, con navegadores de

			pacientes, trabajadores de la salud comunitarios).
			Asegúrese de que los sistemas de los registros de salud electrónicos contengan campos fáciles de usar para facilitar una documentación lingüística precisa. <sup>27</sup>
Jerarquías raciolingüísticas	Microagresiones	A un estudiante de medicina con un nombre que suena "español" se le pide que interprete durante un encuentro médico con un paciente de habla hispana.	Establezca políticas claras para el sistema de salud con respecto al uso de intérpretes profesionales. <sup>28</sup>
		Los carteles o los formularios son traducidos al español, pero incluyen jerga médica y estructuras lingüísticas que no son bien entendidas por la población objetivo.	Logre que los intérpretes profesionales sean accesibles y capacite al personal para que trabaje con ellos. <sup>28</sup>
			Revise los materiales escritos y los recursos educativos en idiomas distintos del inglés para determinar el nivel de legibilidad e involucre a los miembros y organizaciones de la comunidad para obtener comentarios sobre la comprensión.
Escuchar a los sujetos	Sesgo implícito	Se asume que un paciente tiene ciertas creencias culturales de salud basadas en su ascendencia, raza o idioma y no se le ofrece un servicio de salud específico (por ejemplo, anticonceptivos orales, vacunación, colonoscopia) porque se supone que el paciente se negará.	Capacitar al personal para que pregunte de manera consistente y respetuosa a los pacientes sobre su preferencia de idioma (por ejemplo, "¿Qué idioma prefiere que usemos para la visita de hoy?" o "¿En qué idioma se sentiría más cómodo durante esta visita?") <sup>2</sup>
		Algunas variedades del español son consideradas mejores o más válidas que otras.	Desarrolle casos clínicos que reflejen experiencias latinas auténticas, así como diversas creencias y prácticas culturales en lugar de estereotipos.
			Involucre a los hispanohablantes que reflejan múltiples variedades del español en los cursos como profesores ayudantes, oradores invitados o audios o videos pregrabados.

Existen pacientes latinx que pueden hablar preferentemente una variedad de idiomas. Datos recientes muestran que el 38 % de latinx estadounidenses hablan principalmente español y el 36 % usa español e inglés (en niveles de habilidad variables), mientras que el 25 % usa principalmente inglés.<sup>29</sup> Sin embargo, los hispanohablantes componen el 64 % de los individuos estadounidenses con una LEP,<sup>30</sup> y un tercio de latinx estadounidenses de cinco años o más reportan una dificultad para comunicarse en inglés.<sup>31</sup> Otras preferencias lingüísticas de los subgrupos latinos estadounidenses que no están tan bien estudiadas incluyen el portugués, las lenguas indígenas (por ejemplo, el maya o el quechua) o una combinación de idiomas (por ejemplo, el spanglish). A pesar de las diversas necesidades lingüísticas, las personas latinas pueden sentirse presionadas a seleccionar "de habla inglesa" en los formularios médicos temiendo a la discriminación o pueden ser etiquetadas como de habla inglesa si están acompañadas por un miembro de la familia de habla inglesa. Éste etiquetado incorrecto puede resultar en un subregistro de la necesidad de intérpretes médicos profesionales en el sitio, una intervención basada en la evidencia que mejora significativamente la comunicación, los resultados de los pacientes, la satisfacción de los pacientes y la utilización de la atención médica.<sup>32</sup> Para dismantelar las jerarquías raciolingüísticas en la atención a pacientes latinx, los centros de atención médica deben garantizar que el personal esté capacitado en políticas y procedimientos claros con respecto a la recopilación precisa, consistente y respetuosa de información demográfica, incluida la preferencia de idioma<sup>2,27</sup> y que los pacientes y el personal puedan acceder fácilmente a servicios lingüísticos profesionales<sup>28</sup> (ver Tabla).

### **Cómo mejorar la educación mediante la aplicación de la raciolingüística**

Las estrategias para enseñar habilidades de comunicación centradas en el paciente con grupos étnicos, raciales y lingüísticamente diversos, como las capacitaciones sobre el sesgo inconsciente y los cursos de español médico, tienen una mayor demanda en la educación médica.<sup>33,34</sup> Sin embargo, los materiales curriculares pueden reforzar las jerarquías, los estereotipos y los sesgos implícitos de manera involuntaria al predisponer a los estudiantes a ver a los hispanohablantes a través del lente de innumerables problemas sociales, como ser el alcoholismo, el embarazo adolescente, la pobreza, el analfabetismo de salud y el encarcelamiento.<sup>35</sup> Por ejemplo, si bien sería útil para algunos juegos de roles médicos en español ilustrar a los pacientes latinx con una baja alfabetización sanitaria, sería más valioso enseñar cómo los médicos deben evaluar respetuosamente el nivel educativo de los hispanohablantes y ajustar su registro comunicativo en consecuencia. Del mismo modo, si bien algunos pacientes latinx pueden expresar razones culturales para rechazar una recomendación médica, sería inapropiado e inexacto que todos o la mayoría de los encuentros simulados reflejen a los pacientes de habla hispana de manera tal que rechacen la atención; este estereotipo podría perpetuar la atribución incorrecta de una creencia cultural y disuadir a los médicos de ofrecer servicios indicados que creen que serán rechazados. Algunos datos muestran que quienes no hablan inglés tienen menos probabilidades de recibir una recomendación de su médico para servicios de salud que podrían salvar su vida, como la prueba de detección del cáncer colorrectal.<sup>36</sup> La educación médica debe ampliar y enriquecer la comprensión de los estudiantes acerca de la población heterogénea y diversa de habla hispana en lugar de restringir la aplicación de habilidades lingüísticas a patrones básicos que a menudo son inexactos.

Además, la capacitación en habilidades de comunicación clínica que se centra en las necesidades de los grupos minoritarios, como ser los que no hablan inglés, a menudo se limita a los estudiantes que buscan específicamente **asignaturas optativas relacionadas con la mejora del idioma** o habilidades culturales (por ejemplo, cursos de español médico o pasantías de estudio en el extranjero).<sup>37</sup> Sin embargo, dadas las tendencias de los datos demográficos de los Estados Unidos, todos los médicos, independientemente de su idioma preexistente o sus habilidades culturales, deben estar equipados para atender a las poblaciones lingüísticamente diversas.<sup>38</sup>

Entre las posibles estrategias para remediar las desigualdades raciales, Fair y Johnson recomiendan analizar rigurosamente el uso de la raza en las herramientas y prácticas clínicas, la educación médica y la investigación y centrar las voces de las comunidades en las intervenciones sanitarias.<sup>39</sup> Nombrar el racismo<sup>39</sup> y las “formas de opresión que se interrelacionan”,<sup>40</sup> como la discriminación contra los pacientes que prefieren idiomas que no son el inglés, es fundamental para realizar los cambios necesarios en los sistemas educativos y de atención médica para garantizar una atención de calidad para latinx. Analizar la educación médica a través de un lente latino requiere abordar la interrelación de la raza y el lenguaje y asegurarse de que se refleje adecuadamente en los materiales educativos (ver Tabla). Por ejemplo, las facultades deben revisar sus planes de estudio, particularmente en términos de habilidades clínicas, casos de pacientes y contenido sobre determinantes sociales sanitarios o inequidades sanitarias para identificar dónde y cómo está representada la comunidad latina.

A continuación, los educadores deben examinar cómo los materiales de enseñanza retratan a los pacientes latinx y hacer los ajustes necesarios. Por ejemplo, los materiales no deben retratar negativamente a los inmigrantes y a todos quienes no hablan inglés como si tuvieran una baja alfabetización sanitaria. Los educadores deben

considerar modificar los materiales y las listas de pacientes estandarizadas para reflejar la diversidad raciolingüística. Por ejemplo, en el bloqueo cardíaco, se podría agregar un escenario clínico en el que la tarea de un estudiante es entrevistar a un paciente con una LEP que presenta dolor en el pecho. Diversos actores, al empoderarse, pueden proporcionar valiosas perspectivas comunitarias que garanticen que las variedades lingüísticas, las creencias y prácticas culturales y otros elementos de un caso sean auténticos en lugar de estereotipados.<sup>41</sup> Después de tales encuentros simulados, la reflexión guiada con respecto a sus actitudes, desempeño y sentimientos puede ayudar a los estudiantes a comprender mejor la compleja relación entre raza, etnia e idioma, así como la forma en la que sus suposiciones o experiencias vividas informan sus interacciones médicas o su toma de decisiones.

Los planes de estudio de las facultades de medicina deben tener en cuenta las habilidades y necesidades de los estudiantes diversos, por ejemplo, estudiantes latinx con habilidades para el idioma español o conocimientos o experiencias culturales.<sup>42</sup> Las políticas institucionales deben abordar el uso apropiado de las habilidades lingüísticas por parte de los estudiantes bilingües y los médicos, incluida la descripción clara de las calificaciones y los métodos de evaluación apropiados y la distinción de las habilidades y roles de los estudiantes de los intérpretes médicos.<sup>37</sup> Estas políticas deben proteger a los estudiantes y al personal bilingüe o bicultural no capacitados de solicitudes inapropiadas para actuar como *intérpretes ad hoc*, una microagresión común en el lugar de trabajo, mejorando así la seguridad del paciente y la calidad de la atención para los pacientes que hablan idiomas que no son el inglés.

### Conclusiones

Una perspectiva raciolingüística puede ilustrar cómo las prácticas de la atención médica y la educación médica deben ser examinadas de manera crítica para apoyar a las poblaciones latinas que comprenden comunidades heterogéneas e individuos complejos con características culturales, sociales, lingüísticas, raciales, ancestrales, espirituales y de otro tipo de variables e interrelacionadas. Los futuros estudios deben explorar los resultados de las reformas raciolingüísticas de los servicios de salud y las intervenciones educativas en todas las profesiones sanitarias para garantizar la efectividad en la mejora de la atención médica para pacientes latinx.

### References

1. Magaña López M, Bevans M, Wehrlen L, Yang L, Wallen GR. Discrepancies in race and ethnicity documentation: a potential barrier in identifying racial and ethnic disparities. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2017;4(5):812-818.
2. Azar KM, Moreno MR, Wong EC, Shin JJ, Soto C, Palaniappan LP. Accuracy of data entry of patient race/ethnicity/ancestry and preferred spoken language in an ambulatory care setting. *Health Serv Res*. 2012;47(1, pt 1):228-240.
3. Amaro H, Zambrana RE. Criollo, mestizo, mulato, LatiNegro, indígena, white, or black? The US Hispanic/Latino population and multiple responses in the 2000 census. *Am J Public Health*. 2000;90(11):1724-1727.
4. Arroyo-Johnson C, Mincey KD, Ackermann N, Milam L, Goodman MS, Colditz GA. Racial and ethnic heterogeneity in self-reported diabetes prevalence trends across Hispanic subgroups, National Health Interview Survey, 1997-2012. *Prev Chronic Dis*. 2016;13:E10.
5. Ortega P. Spanish language concordance in US medical care: a multifaceted challenge and call to action. *Acad Med*. 2018;93(9):1276-1280.
6. Alim H, Rickford J, Ball A. *Raciolinguistics: How Language Shapes Ideas About Race*. Oxford University Press; 2016.



7. Rosa J. *Looking Like a Language, Sounding Like a Race: Raciolinguistic Ideologies and the Learning of Latinidad*. Oxford University Press; 2019.
8. Gross A. *What Blood Won't Tell: A History of Race on Trial in America*. Harvard University Press; 2008.
9. Omi M, Winant H. *Racial Formation in the United States*. 3rd ed. Routledge; 2015.
10. Almaguer T. *Racial Fault Lines: The Historical Origins of White Supremacy in California*. University of California Press; 1994.
11. Molina N. *How Race is Made in America: Immigration, Citizenship, and the Historical Power of Racial Scripts*. University of California Press; 2014.
12. Kaplan JB, Bennett T. Use of race and ethnicity in biomedical publication. *JAMA*. 2003;289(20):2709-2716.
13. Race and ethnicity in the United States: 2010 census and 2020 census. US Census Bureau. August 12, 2021. Accessed November 5, 2021. <https://www.census.gov/library/visualizations/interactive/race-and-ethnicity-in-the-united-state-2010-and-2020-census.html>
14. Baugh J. *Out of the Mouths of Slaves: African American Language and Educational Malpractice*. University of Texas Press; 1999.
15. Sapir E. *Language: An Introduction to the Study of Speech*. Harcourt, Brace; 1921.
16. Labov W. *Language in the Inner City: Studies in Black English Vernacular*. University of Pennsylvania Press; 1972.
17. Lippi-Green R. *English With an Accent: Language, Ideology, and Discrimination in the United States*. Routledge; 1997.
18. Anzaldúa G. *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*. Aunt Lute Books; 1999.
19. Rosa J, Flores N. Unsettling race and language: toward a raciolinguistic perspective. *Lang Soc*. 2017;46(5):621-647.
20. Connors K. Barriers Latino patients face in the pediatric emergency department. *Pediatr Nurs*. 2019;45:37-41.
21. Perez D, Sribney WM, Rodríguez MA. Perceived discrimination and self-reported quality of care among Latinos in the United States. *J Gen Intern Med*. 2009;24(suppl 3):548-554.
22. Sanchez-Birkhead AC, Kennedy HP, Callister LC, Miyamoto TP. Navigating a new health culture: experiences of immigrant Hispanic women. *J Immigr Minor Health*. 2011;13(6):1168-1174.
23. Steinberg EM, Valenzuela-Araujo D, Zickafoose JS, Kieffer E, DeCamp LR. The "battle" of managing language barriers in health care. *Clin Pediatr (Phila)*. 2016;55(14):1318-1327.
24. Viruell-Fuentes EA. Beyond acculturation: immigration, discrimination, and health research among Mexicans in the United States. *Soc Sci Med*. 2007;65(7):1524-1535.
25. Schenker Y, Karter AJ, Schillinger D, et al. The impact of limited English proficiency and physician language concordance on reports of clinical interactions among patients with diabetes: the DISTANCE study. *Patient Educ Couns*. 2010;81(2):222-228.
26. Alegría M, Roter DL, Valentine A, et al. Patient-clinician ethnic concordance and communication in mental health intake visits. *Patient Educ Couns*. 2013;93(2):188-196.
27. Rajaram A, Thomas D, Sallam F, Verma AA, Rawal S. Accuracy of the preferred language field in the electronic health records of two Canadian hospitals. *Appl Clin Inform*. 2020;11(4):644-649.

28. Ortega P, Shin TM. Language is not a barrier—it is an opportunity to improve health equity through education. *Health Affairs Forefront*. July 30, 2021. Accessed February 8, 2022. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20210726.579549/full/>
29. Krogstad JM, Gonzalez-Barrera A. A majority of English-speaking Hispanics in the US are bilingual. Pew Research Center. March 24, 2015. Accessed July 1, 2021. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2015/03/24/a-majority-of-english-speaking-hispanics-in-the-u-s-are-bilingual/>
30. Zong J, Batalova J. The limited English proficient population in the United States in 2013. Migration Policy Institute. July 8, 2015. Accessed November 3, 2021. <https://www.migrationpolicy.org/article/limited-english-proficient-population-united-states-2013>
31. Krogstad JM, Stepler R, Lopez MH. English proficiency on the rise among Latinos. Pew Research Center. May 12, 2015. Accessed April 29, 2021. <https://www.pewresearch.org/hispanic/2015/05/12/english-proficiency-on-the-rise-among-latinos/>
32. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. 2007;42(2):727-754.
33. Perdomo J, Tolliver D, Hsu H, et al. Health equity rounds: an interdisciplinary case conference to address implicit bias and structural racism for faculty and trainees. *MedEdPORTAL*. 2019;15:10858.
34. Ortega P, Francone NO, Santos MP, et al. Medical Spanish in US medical schools: a national survey to examine existing programs. *J Gen Intern Med*. 2021;36(9):2724-2730.
35. Martínez G. *Spanish in Health Care: Policy, Practice and Pedagogy in Latino Health*. Routledge; 2020.
36. Johnson-Kozlow M, Roussos S, Rovniak L, Hovell M. Colorectal cancer test use among Californians of Mexican origin: influence of language barriers. *Ethn Dis*. 2009;19(3):315-322.
37. Ortega P, Pérez N, Robles B, Turmelle Y, Acosta D. Strategies for teaching linguistic preparedness for physicians: medical Spanish and global linguistic competence in undergraduate medical education. *Health Equity*. 2019;3(1):312-318.
38. Ortega P, Pérez N, Robles B, Turmelle Y, Acosta D. Teaching medical Spanish to improve population health: evidence for incorporating language education and assessment in US medical schools. *Health Equity*. 2019;3(1):557-566.
39. Fair MA, Johnson SB. Addressing racial inequities in medicine. *Science*. 2021;372(6540):348-349.
40. Boyd RW, Lindo EG, Weeks LD, McLemore MR. On racism: a new standard for publishing on racial health inequities. *Health Affairs Forefront*. July 2, 2020. Accessed February 8, 2022. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20200630.939347/full/>
41. Picketts L, Warren MD, Bohnert C. Diversity and inclusion in simulation: addressing ethical and psychological safety concerns when working with simulated participants. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn*. 2021;7:590-599.
42. Ortega P, Prada J. Words matter: translanguaging in medical communication skills training. *Perspect Med Educ*. 2020;9(4):251-255.

**Pilar Ortega, MD** es profesora asistente clínica en los Departamentos de Educación Médica y Medicina de Emergencia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Illinois en Chicago. Como educadora e investigadora, se centra en la educación y



evaluación del español médico, así como en la comunicación centrada en el paciente para idiomas distintos del inglés. También es fundadora de dos organizaciones sin fines de lucro que tienen como objetivo mejorar la salud de las minorías y reducir las disparidades sanitarias: la Organización Médica para la Mejora de los Latinos y la Asociación Nacional del Español Médico.

**Glenn Martínez, PhD, MPH** es profesor de español y decano de la Facultad de Artes Liberales y Bellas Artes de la Universidad de Texas en San Antonio. Su investigación se centra en la sociolingüística y la lingüística aplicada de las comunidades de habla hispana en los Estados Unidos y a lo largo de la frontera entre los Estados Unidos y México.

**Marco A. Alemán, MD** es profesor en el Departamento de Medicina y director del Programa Médico Integral Avanzado de Español en la Facultad de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.

**Alejandra Zapién-Hidalgo, MD, MPH** es profesora asistente de medicina familiar y comunitaria y directora del Camino de Distinción y Español Médico Bilingüe en la Facultad de Medicina de la Universidad de Arizona-Tucson, donde también apoya programas ofrecidos por la Oficina de Equidad, Diversidad e Inclusión que están orientados a aumentar el número de estudiantes subrepresentados en las carreras sanitarias.

**Tiffany M. Shin, MD** es profesora asistente de pediatría y directora del Programa de Educación Médica Aplicada en Español a través del Programa de Capacitación, Investigación y Sobreaprendizaje en la Escuela de Medicina Wake Forest en Winston-Salem, Carolina del Norte.

#### Cita

*AMA J Ethics.* 2022;24(4):E296-304.

#### DOI

10.1001/amajethics.2022.296.

#### Información de conflictos de intereses

Los doctores Ortega y Alemán informan haber recibido regalías de Elsevier. Los otros autores no tienen conflictos de intereses que informar.

*Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.*