

MEDICINA Y SOCIEDAD: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

(In)equidad sanitaria e idiomática en las comunidades latinx de EE. UU.

Zackary Berger, MD, PhD y Yael Peled, DPhil

Resumen

El idioma es un determinante social de la salud, tema no menor en el caso de las personas latinx, que constituyen el segundo grupo étnico más grande en los Estados Unidos. En la atención médica de los EE. UU., las diferencias idiomáticas y lingüísticas normalmente se conciben en términos separados, instrumentales y monolíticos. Este artículo caracteriza esta concepción del idioma como lógica administrativa, que contrasta significativamente con la del idioma concebido como un aspecto marcadamente complejo, heterogéneo y comunal de las vivencias humanas. Este artículo enfatiza la importancia de una conciencia idiomática y humildad epistémica a nivel sistémico para promover la equidad, así como la necesidad de evitar un foco demasiado estrecho en la evaluación lingüística.

Lógica administrativa

Muchos residentes de los Estados Unidos, incluidos los trabajadores de la salud, son conscientes de que los latinx constituyen la segunda minoría étnica/racial de los Estados Unidos. Poca atención se presta a la heterogeneidad subyacente de esta clasificación.¹ (Utilizamos el término *latinx* principalmente por motivos de coherencia temática y conceptual con el resto de las contribuciones de esta edición temática, a la vez que reconocemos la importancia social y la trascendencia política de nociones contrapuestas o interrelacionadas relevantes, tales como *latinidad* e *indigeneidad*). A continuación, delimitaremos las implicancias del contexto sociolingüístico de las personas latinx de EE. UU. y su atención médica. Puntualmente, consideramos las maneras en las que la calidad y equidad de la atención médica brindada a latinx de EE. UU. están afectadas por profundas tensiones entre la lógica administrativa anglocéntrica y usualmente monolingüe de las instituciones de atención médica, por un lado, y las complejidades de las experiencias lingüísticas de latinx de salud y las enfermedades, por otro lado. En particular, ofrecemos una crítica a esta lógica administrativa en el contexto de la atención médica, y examinamos de qué manera una concepción menos centrada en lo normativo de la lengua y la agencia lingüística puede aportar más a las políticas y prácticas de atención médica que están comprometidas con la equidad, a diversidad y la inclusión y, además, guiar su desarrollo, implementación y evaluación.

Heterogeneidad en las identidades lingüísticas latinx

El objetivo de la atención médica equitativa para latinx de EE. UU., y otros grupos demográficos de los EE. UU., tiene una dimensión lingüística crucial. La mayoría de los

estudios indican que una atención concordante en lo lingüístico mejora los resultados médicos.^{2,3} Lo contrario normalmente deriva en insatisfacción de los pacientes, atención de menor calidad, seguimientos inapropiados y peores resultados médicos.^{4,5} Es decir, la atención en un idioma que no es el que prefiere el paciente puede “exponer” la peor calidad de atención y ocasionar resultados perjudiciales o dispares. Estas conclusiones, no obstante, no implican que abordar la discordancia necesariamente implique agrupar a todos los pacientes latinx en la categoría administrativa del idioma español. No todos los latinx hablan español como lengua materna, incluso algunos ni siquiera lo hablan (por ej., migrantes indígenas, cuyas experiencias con el sistema inmigratorio involucra discordancias similares).⁶ Aun aquellos que hablan español pueden no manejar la variedad específica que asume la institución. Esta situación compone la desventaja lingüística que experimentan las personas latinx que buscan atención médica.

Otro ejemplo es el de la percibida ubicuidad del español, una lengua hablada, que también puede marginalizar a latinx sordos o hipoacúsicos que se enfrentan, además de los múltiples factores socioeconómicos y psicológicos de la aculturación, a “factores adicionales únicos de su situación, tales como las actitudes de las comunidades hacia la discapacidad, el multilingüismo (algunas personas deben manejar hasta cuatro idiomas), los valores multiculturales, la exposición a comunidades multirraciales, la limitada disponibilidad de mediadores (personas sordas de su propio país), y problemas familiares”.⁷ Su repertorio lingüístico necesariamente reflejará su trasfondo lingüístico particular respecto de, por ejemplo, el acceso a lengua de señas en su país de origen, la(s) lengua(s) de señas específicas de ese país, las oportunidades de acceder a la multimodalidad y el multilingüismo en lenguas habladas y de señas, etc.⁷ Estas identidades lingüísticas complejas, y las preferencias y necesidades comunicativas divergentes ocasionadas por éstas, ponen de manifiesto el error factual (y la insuficiencia práctica) de equiparar a una persona latinx con una hispanoparlante.

Ideología monolingüe como causante de daño

La diversidad sociolingüística multidimensional subyacente de latinx en EE. UU. puede servir como introducción a una situación lingüística que normalmente es ignorada por médicos ocupados, pacientes abrumados y administradores atormentados, muchos de los cuales rara vez recibieron capacitaciones específicas para atravesar realidades multilingüísticas y multimodales que surgen de las diferencias lingüísticas. Los hospitales y sistemas de atención médica de EE. UU. generalmente se construyen sobre la presuposición de una cultura lingüística monolingüe, dominada por el poderío inigualable del inglés. Esta lógica administrativa, en particular cuando va de la mano de incentivos económicos destinados a beneficiar a pacientes pudientes, significa que la compleja heterogeneidad lingüística de latinx de EE. UU. rara vez recibe reconocimiento en el entorno médico.

No obstante, tampoco se puede entender como puramente instrumental y neutral en cuanto al valor. En cambio, tiene su origen en una marcada ideología bajo la cual la lengua se percibe como una entidad autónoma que se usa para comunicar información.⁸ Las diferencias lingüísticas, entonces, se conciben como un problema, y esto se refleja en la concepción de ellas como barrera, porque las diferencias conllevan posibles errores en la transmisión de la información y ocasionan ineficiencias.⁸ Estas creencias constituyen un tipo de ideología lingüística según la cual el problema percibido del idioma se debe resolver mediante intervenciones, una perspectiva que normalmente se asocia a la subordinación social y cultural de los que tienen menos poder lingüístico.⁸ Esta orientación afecta la atención médica del grupo lingüísticamente heterogéneo de latinx de Estados Unidos al percibir las diferencias de la lengua principalmente como un problema que requiere solución, pero a la vez se preocupa mucho menos por las relaciones de poder que definen los parámetros del problema o los términos de las soluciones propuestas.

Diferencias lingüísticas en la comunicación de la salud

La discordancia lingüística no se ve afectada solo por las diferencias lingüísticas en el sentido acotado de una diferencia entre una lengua A y una lengua B. Incluso, cuando ambas lenguas se entienden en términos más inclusivos (por ej., no están restringidas a variedades habladas estandarizadas de mayores recursos), la existencia de barreras del idioma se componen de capas adicionales de diferencias críticas. Por ejemplo, existe una brecha (percibida) en la autoridad y credibilidad epistémicas entre las lenguas con poder global de la ciencia y la tecnología que dominan el desarrollo y la producción del conocimiento transnacional dominante y las lenguas con menos poder en las que las concepciones de salud, enfermedad y bienestar tienen base en sistemas de conocimiento locales tradicionales.

También hay otros aspectos de las diferencias lingüísticas. Éstas pueden surgir en la atención médica de personas con necesidades comunicativas complejas (por ej., distintos trastornos comunicativos). Otro aspecto de vital importancia se relaciona con la diferencia entre la lengua habitual y la disrupción de la agencia lingüística (por ej., la profunda experiencia de “inefabilidad” de la depresión⁹). En otro ejemplo, la compleja respuesta a un trauma, en términos de la experiencia y la narración, puede afectar drásticamente la interacción normal de la persona con sus interlocutores lingüísticos, y se manifiesta en “su inclinación a aprender idiomas, usar, retener o abandonar un idioma específico o refugiarse en el silencio”.¹⁰ Los profesionales de la atención médica, y más ampliamente las instituciones, no deberían perder de vista estos aspectos adicionales al planear y evaluar la atención que brindan a las minorías lingüísticas.

La ineficiencia de agrupar a los pacientes latinx en prolijas cajas lingüísticas o la tendencia de percibir a la lengua solo como una barrera en vez de como un elemento intrínsecamente vinculado a la complejidad individual y social, es aún más relevante en la sindemia actual asociada con la Covid.¹¹ En el contexto de la experiencia clínica del primer autor (Z.B.), un supuesto usual de la lógica administrativa es que simplemente reemplazar el inglés por el español es suficiente para satisfacer por completo las necesidades comunicativas de latinx durante la pandemia de la Covid-19, un supuesto que, además de pasar por alto la heterogeneidad lingüística latinx, no reconoce la interrelación de limitaciones económicas, sociales, políticas y jurídicas de esta comunidad.

Cultivar humildad lingüística

Estas consideraciones ilustran qué tan compleja y polifacética es la comunicación en salud, incluso en **entornos supuestamente concordantes en lo lingüístico**, mucho menos en sus contrapartes discordantes. También enfatizan la necesidad de tener en cuenta que la interpretación—incluso en escenarios favorables en los que está disponible, recibe financiación y está certificada— es mejor percibirla no como una solución a las barreras comunicativas, sino como una herramienta que se debe utilizar adecuadamente y cuyos beneficios y limitaciones se deben comprender.¹² La conciencia de que los intérpretes no son meros canales lingüísticos entre una lengua A y una lengua B y la necesidad de reconciliar y calibrar las distintas percepciones de todas las partes involucradas en la comunicación en salud interpretada¹³ constituye otra perspectiva importante sobre la deficiencia crucial de una concepción acrítica de la lengua (por ej., discreta, instrumental, impersonal) que normalmente subyace a la lógica administrativa de las instituciones de atención médica.

Resulta fundamental hacer hincapié en que una concepción acrítica del lenguaje no es solo una preocupación teórica o intelectual. Por el contrario, tiene un efecto claro e inmediato en la utilización eficiente de varios recursos y servicios que tienen el objetivo de brindar atención igualitaria a los pacientes de todos los perfiles e identidades lingüísticas. Las preocupaciones sobre el costo de estos servicios (por ej., traducción e interpretación, mediación cultural y asesoría de pacientes), dadas las limitaciones reales de los recursos,

rara vez abordan el problema de su **uso ineficiente** por parte de los médicos y administradores debido a la falta de conciencia lingüística. Por ejemplo, un administrador podría hacer una inferencia incorrecta con base en un aporte insuficiente (como un saludo, un pedido de indicaciones) de que un paciente habla inglés y por ello no acude a un intérprete. O un médico clínico puede solicitar un intérprete de lengua de señas para comunicarse con un paciente sordo sin saber que existe más de una lengua de señas y que las distintas lenguas de señas no son más inteligibles entre sí de lo que son las distintas lenguas habladas. Por esto, sugerimos que se deben considerar las preocupaciones ligadas a los costos por encima de la accesibilidad lingüística en la atención médica —y tal vez incluso debería reevaluarse— en relación con la pregunta de si las instituciones de atención médica tienen suficiente conciencia lingüística como para usar adecuadamente el abanico disponible de recursos¹⁴ y cómo evaluar las necesidades continuas y futuras.

En consonancia con esto, también queremos destacar que los intentos de “solucionar la solución (de interpretación)” por parte de los profesionales con algún nivel de competencia en la lengua del paciente, al eliminar al mediador (comunicador), deben ser considerados con cautela. Estos atajos conllevan el riesgo de una falsa competencia y el estímulo a una cultura lingüística institucional de “arreglárselas” a costa de intérpretes certificados.¹⁵ Esta tendencia se refuerza con la expectativa de algunos centros médicos académicos de que la interpretación presencial es un lujo prescindible y puede reemplazarse completamente por sus equivalentes de video o audio.

No buscamos disuadir por completo a los profesionales de utilizar su competencia lingüística en estos encuentros. De hecho, contemplamos los riesgos de una cultura lingüística institucional centrada en la evaluación formal y las certificaciones puede ocasionar la apropiación de la lengua por parte de profesionales bilingües no certificados y minimizar la contribución de hablantes locales de la lengua.⁸ En cambio, buscamos destacar la importancia de que los médicos desarrollen un sentido de humildad epistémica lingüística basado en “una actitud de conciencia... de sus propias capacidades epistémicas lingüísticas... el reconocimiento de sus limitaciones y la búsqueda activa de fuentes externas a las capacidades epistémicas lingüísticas propias para solucionarlas”.¹⁶ En el contexto de la oferta de atención médica para latinx de EE. UU., la **humildad epistémica** lingüística involucra no solo una autoevaluación sincera de la propia competencia del español, sino también la capacidad de evaluar el grado de relevancia del español, dada la heterogeneidad lingüística entre pacientes latinx, como se describe más arriba.

Conclusión

Hacer que las instituciones de atención médica sean más lingüísticamente inclusivas para pacientes latinx implica cuestionar la lógica administrativa monolingüe y anglocéntrica. No obstante, hacerlo requiere más que solo equiparar a las personas latinx con personas hispanoparlantes. Es fundamental un entendimiento mejor informado de la heterogeneidad lingüística de lenguas habladas y de señas de latinx de EE. UU. para brindar atención médica más equitativa y comprometida con la dignidad lingüística igualitaria de los pacientes. El poder normalmente ocasiona supuestos irreflexivos de la suficiencia del conocimiento,¹⁷ cuya presencia puede detectarse en las ideologías lingüísticas que subyacen a la lógica administrativa de los sistemas y las instituciones de atención médica actuales. Cuestionar el supuesto de la suficiencia del conocimiento mediante la búsqueda de un mejor entendimiento lingüístico puede contribuir significativamente a abordar las inequidades sanitarias que enfrentan latinx en EE. UU.

References

1. QuickFacts: United States. US Census Bureau. Accessed November 17, 2021. <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/RHI725219>

2. Diamond L, Izquierdo K, Canfield D, Matsoukas K, Gany F. A systematic review of the impact of patient-physician non-English language concordance on quality of care and outcomes. *J Gen Intern Med*. 2019;34(8):1591-1606.
3. Cano-Ibáñez N, Zolfaghari Y, Amezcua-Prieto C, Khan KS. Physician-patient language discordance and poor health outcomes: a systematic scoping review. *Front Public Health*. 2021;9:629041.
4. Woloshin S, Bickell NA, Schwartz LM, Gany F, Welch HG. Language barriers in medicine in the United States. *JAMA*. 1995;273(9):724-728.
5. Timmins CL. The impact of language barriers on the health care of Latinos in the United States: a review of the literature and guidelines for practice. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(2):80-96.
6. Obinna DN. Alone in a crowd: Indigenous migrants and language barriers in American immigration. *Race Justice*. Published online March 31, 2021.
7. Hidalgo L, Williams S. Counseling issues for Latino Deaf individuals and their families. In Leigh I, ed. *Psychotherapy With Deaf Clients From Diverse Groups*. 2nd ed. Gallaudet University Press; 2010:237-260.
8. Martínez GA. *Spanish in Health Care: Policy, Practice and Pedagogy in Latino Health*. Routledge; 2020.
9. Ratcliffe M. *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford University Press; 2015.
10. Busch B, McNamara T. Language and trauma: an introduction. *Appl Linguist*. 2020;41(3):323-333.
11. Showstack R, Santos MG, Feuerherm E, Jacobson H, Martinez G. Language as a social determinant of health: an applied linguistics perspective on health equity. American Association for Applied Linguistics. December 9, 2019. Accessed May 27, 2021. <https://www.aal.org/news/language-as-a-social-determinant-of-health-an-applied-linguistics-perspective-on-health-equity>
12. Leanza Y, Miklavcic A, Boivin I, Rosenberg E. Working with interpreters. In: Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C, eds. *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*. Springer Science+Business Media; 2014:89-114.
13. Schwei RJ, Schroeder M, Ejebe I, et al. Limited English proficient patients' perceptions of when interpreters are needed and how the decision to utilize interpreters is made. *Health Commun*. 2018;33(12):1503-1508.
14. Dwyer J. Babel, justice, and democracy: reflections on a shortage of interpreters at a public hospital. *Hastings Cent Rep*. 2001;31(2):31-36.
15. Fernández A, Pérez-Stable EJ. ¿Doctor, habla español? Increasing the supply and quality of language-concordant physicians for Spanish-speaking patients. *J Gen Intern Med*. 2015;30(10):1394-1396.
16. Peled Y. Language barriers and epistemic injustice in healthcare settings. *Bioethics*. 2018;32(6):360-367.
17. Deutsch KW. *The Nerves of Government: Models of Political Communication and Control*. Free Press; 1963.

Zackary Berger, MD, PhD es profesor adjunto de medicina en la Escuela de Medicina de Johns Hopkins, miembro central del claustro en el Instituto de Bioética de Johns Hopkins Berman y personal médico en la Centro de Salud Esperanza, en Baltimore, Maryland.

Yael Peled, DPhil es experta en ética del lenguaje y se especializa en la filosofía moral, social y política del lenguaje. Actualmente trabaja en la Universidad de McGill, la Universidad de Hamburgo y la Universidad de Montreal.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(4):E313-318.

DOI

10.1001/amajethics.2022.313.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) 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.