

Los retos de la evaluación en la educación del español médico a nivel de pregrado

Diana Galarreta-Aima
James Madison University

De acuerdo al censo del 2019, la población hispana en los Estados Unidos excede los 60 millones de personas (United States, “Quick”). Además, según un reporte del Pew Research Center, a pesar de que el 70% de hispanos mayores a 5 años habla inglés competentemente, solo el 36% de los hispanos inmigrantes habla inglés fluidamente. De acuerdo a los datos del último censo, el 13.3% de la población en los Estados Unidos habla español en casa, y el 42.6% de individuos que se identifican como hispanos que hablan español en casa reporta no hablar inglés muy bien (United States, “Profile”). Según esta misma agencia gubernamental, el 4.3% de las familias en los Estados Unidos se consideran personas con un inglés limitado (*limited English proficiency*, o LEP, por sus siglas en inglés), y más de la mitad de estas familias son hispanohablantes (United States, “People”). Desafortunadamente, el acelerado crecimiento de la población hispana en los Estados Unidos no se ha traducido en un incremento similar en el campo médico. De acuerdo al reporte de 2019 de AAMC (Association of American Medical Colleges) sobre la raza y etnicidad de los doctores activos en los Estados Unidos, solamente el 5.8% de médicos se identifica como hispano (“Figure 18”). Además, solo el 6.2% de los postulantes a la escuela de medicina en los años 2018–2019 se identificó como hispano (“Figure 2”). Ser un paciente hispanohablante con un inglés limitado exacerba las existentes disparidades de salud que afectan a esta comunidad, y puede resultar en menos acceso a servicios de salud preventivos (Fox et al. 311; Torres S23), baja satisfacción con el

cuidado, pobre adherencia al tratamiento, y mayor riesgo de errores médicos y malos diagnósticos (Diamond y Jacobs S189; Carrasquillo et al. 85-86).

Se ha demostrado que pacientes con un inglés limitado sufren de mayores resultados adversos, errores médicos y peor calidad en cuidado de salud en comparación con pacientes angloparlantes (Schyve; Gregg y Saha; Weech-Maldonado et al. 589). Asimismo, se ha reportado que los pacientes hispanohablantes prefieren recibir atención médica de proveedores de salud que hablen su lengua ya que, de esta manera, experimentan menos frustración y confusión (González et al. 749). También investigadores han señalado que recibir atención médica en la lengua primaria del paciente, así como el uso correcto de intérpretes médicos calificados, tiene un efecto positivo en la salud (Barkin et al. 261; Fernández et al. 172; Cohen et al. 575). Una relación lingüística y culturalmente exitosa entre paciente y su proveedor médico fortalece el vínculo de confianza, incrementa las citas de seguimiento y aumenta la adherencia al tratamiento (Jacobs et al. 308-10). Consecuentemente, es obvio que existe una demanda por profesionales médicos que sean lingüística y culturalmente competentes para servir a la creciente población hispana, y esta demanda ha generado una explosión en clases de español médico a nivel de pre y posgrado.

A pesar del incremento en la popularidad de clases de español médico en la educación postsecundaria en los EEUU, no hay todavía guías pedagógicas unánimes ni estandarización sobre las mejores prácticas, objetivos de aprendizaje ni claras herramientas de evaluación. La mayoría de programas de pre y posgrado de español médico no ofrece un método de evaluación generalizado para medir las competencias de sus estudiantes antes y luego de completar el programa (Hardin y Hardin 307; Morales et al. 1437). Como señalan Karol Hardin y D. Mike Hardin, el currículo en los programas de español médico es generalmente dictado por las preferencias personales del instructor en vez de principios basados en investigación académica en el campo de adquisición de segunda lengua o pruebas que usen mediciones válidas y confiables (306). En este ensayo, se discutirá los retos específicos para la evaluación de programas de español médico a nivel de pregrado, además de describir algunas posibles soluciones que se han propuesto, basadas en evidencia científica, para llegar a un consenso de guías y herramientas claras y uniformes para esta evaluación. En este sentido, este artículo tiene como objetivo principal recopilar y resumir los estudios más importantes que ya se han publicado

en el campo de la evaluación de estudiantes de español médico a nivel de pregrado. Teniendo como base estas ideas, y la experiencia de la autora como educadora e investigadora de esta área de enseñanza por los últimos seis años, al final del presente manuscrito, se presenta una lista de recomendaciones prácticas para mejorar las formas de evaluación usadas por los instructores de español médico.

Contar con lineamientos claros para evaluar las habilidades del estudiante de español médico puede ayudar a crear una autoconciencia de las propias limitaciones y de las áreas que requieren mejora. Esto es muy importante porque se ha demostrado que un exceso de confianza en las propias habilidades conlleva a errores médicos, y a un menor uso de intérpretes médicos, lo que a su vez agudiza aún más las disparidades de salud que sufren las comunidades latinas (Mazor et al.; Prince y Nelson 34). Por lo tanto, uno de los objetivos de enseñanza de los programas de español médico debe ser educar a los estudiantes, sobre todo a los que no son nativohablantes o hablantes de herencia, a reconocer sus propias limitaciones además de enseñarles a cómo colaborar efectivamente con intérpretes médicos calificados (Altstaedter 40). De acuerdo con un sondeo nacional, a pesar de que al menos el 75% de hospitales en los Estados Unidos sirve rutinariamente a pacientes con un inglés limitado, y de que la mayoría de estos pacientes son hispanohablantes, solamente el 18% de estos centros de salud cuenta con formas de evaluación formales para medir las habilidades lingüísticas del personal que cuida a estos pacientes (Huang et al. 2). Un estudio que midió el uso de intérpretes ad hoc e intérpretes calificados entre 68 médicos y 65 enfermeros con diversos niveles de español concluyó que hay una gran inconsistencia en el uso de intérpretes, sobre todo, cuando los proveedores de salud autocalificaron su español en los niveles intermedios (Diamond et al., “Use of Spanish” 119-20). La ausencia de formas de evaluación claras y uniformes para determinar si profesionales de la salud tienen las destrezas lingüísticas y culturales suficientes para una buena comunicación con sus pacientes es un detrimento para la salud de las minorías lingüísticas de este país, y, por ello, los programas de español médico de pregrado deberían desarrollar formas de evaluación que claramente determinen los niveles de fluidez de sus estudiantes antes y luego de completar los cursos.

Por otro lado, debido a la inconsistencia y vaguedad con la que se describe la destreza lingüística de los proveedores de salud en los programas y clases de español médico (“español intermedio”, “fluidez en la segunda lengua”), no es posible medir los parámetros de fluidez que

ellos necesitan para comunicarse efectivamente con sus pacientes, o en qué casos es mejor contar con la ayuda de un intérprete médico calificado (Diamond y Reuland 427). De acuerdo a Pilar Ortega y sus colegas, es vital que los programas de español médico ofrezcan exámenes estandarizados de habilidades antes de la matrícula para medir correctamente el nivel de los estudiantes, y formas de evaluaciones transparentes que incluyan el uso de pacientes estandarizados (actores pagados que desempeñan el rol del paciente en la educación de profesionales médicos) y otras formas de evaluación confiables como la adopción de la escala de *Interagency Language Roundtable* (o ILR, por sus siglas en inglés) para medir las destrezas clínicas y culturales de los estudiantes, y determinar si están listos para comunicarse directamente con pacientes hispanohablantes o si requieren de la ayuda de intérpretes (“Teaching” 561). Además, señalan que “[e]stablishing a standardized prerequisite proficiency assessment for medical Spanish courses and providing transparency as to how the Spanish postcourse proficiency will be evaluated may also serve to encourage premedical undergraduates to pursue bilingualism” (562).

Hay evidencia de que clases intensivas de español médico pueden dar una falsa idea de confianza exagerada en las habilidades del proveedor, lo que, a su vez, puede generar mayores errores en la comunicación y menor uso de intérpretes (Mazor et al. 694; Prince y Nelson 35). Por lo tanto, es vital que los libros de texto y los programas de español médico no se presenten a sí mismos como mágicas soluciones para proveer completa fluidez, sino como herramientas de aprendizaje continuo dirigidas a crear estudiantes autónomos. Es importante que los programas de español médico no solo inculquen en los estudiantes el aprendizaje de una amplia terminología médica en español, sino también que inviten a una reflexión crítica de las implicancias de los determinantes sociales de salud, específicamente de barreras lingüísticas y culturales, que impactan la salud de las comunidades hispanohablantes. En este sentido, Lisa C. Diamond y Elizabeth A. Jacobs recomiendan la incorporación de cinco temas clave sobre competencia cultural y barreras de lenguaje en clases de español médico: “(1) the role language barriers play in contributing to health disparities, (2) what the best interventions are for reducing the risk of disparities when caring for LEP patient populations, (3) how to work with an interpreter, (4) how to recognize when an interpretation is not going well and what to do about it, and (5) when it is appropriate and safe to use one’s own non-English language skills” (190-91). Es fundamental que los

proveedores de salud sean conscientes de su nivel de competencia lingüística en la lengua de sus pacientes para que sepan cuándo pueden comunicarse directamente con ellos y cuándo es mejor trabajar con un intérprete médico. Esto demuestra la importancia de incorporar directrices claras de evaluación en la educación de español médico.

Uno de los retos en la evaluación de la educación de español médico es qué exactamente se está evaluando: la fluidez general en la segunda lengua o las habilidades lingüísticas y culturales específicas al campo médico. Con respecto a la destreza del vocabulario, tampoco es claro si se debe evaluar el léxico general de los estudiantes o la terminología médica específicamente. En otras palabras, “do university students who enroll in Spanish LSP [Language for Specific Purposes] courses perform better in subsequent, real-life encounters that require mastery of domain-specific content, culture, and language; or would it be better to continue developing general proficiency without the added topical focus research?” (Brown et al. 113). Carol Maier alerta sobre los peligros del enfoque exclusivo en terminología especializada en detrimento de fluidez holística en la segunda lengua (716). Un currículo con una perspectiva basada en la comunicación general que incluya contenido y elementos culturales específicos al dominio profesional—en este caso, español médico—es posiblemente el mejor enfoque pedagógico para clases de pregrado en las que los estudiantes no cuentan con habilidades clínicas ni todavía han decidido el campo profesional concreto en el que van a trabajar luego de graduarse.

Otro de los retos de la evaluación de los programas de español médico es la falta de rúbricas y herramientas de evaluación por niveles de acuerdo al nivel de habilidad de los estudiantes. La mayoría de este tipo de programas está dirigida a estudiantes de niveles básicos e intermedios, pero si el objetivo es formar futuros profesionales de la salud capaces de comunicarse con sus pacientes, se requiere más clases de español médico a nivel avanzado o dirigidas a estudiantes de herencia o estudiantes bilingües. Como subraya Karol Hardin, “medical Spanish must emphasize advanced levels of oral/aural and cultural proficiency in order to meet the burgeoning needs of the Spanish-speaking patient population” (“Overview” 654).

Otra consideración especial en la evaluación de las clases de español médico es qué guías específicas se deben usar para estudiantes de español de herencia, quienes cada vez más se matriculan de clases de español con fines específicos. Un sondeo conducido por Sara Beaudrie y sus colegas concluyó que los estudiantes unánimemente demandan que clases de

español como lengua de herencia (*Spanish as a Heritage Language*, o SHL, por sus siglas en inglés), “should strengthen students’ connections with the surrounding Spanish-speaking community, as an integral part of their cultural identity process, by encouraging cultural interactions as a standard part of the SHL curriculum” (170). Glenn Martínez describe un programa exitoso de español médico para hablantes de herencia ofrecido por la Universidad de Texas–Pan American (ahora la Universidad de Texas Rio Grande Valley). Los pilares de este programa son el desarrollo de los registros profesionales de español médico, habilidades de interpretación y traducción, pensamiento crítico sobre los elementos culturales y lingüísticos de los retos de salud que enfrenta la comunidad hispanohablante en los Estados Unidos, y aprendizaje a través del servicio comunitario. Como Alan Brown y sus colegas escriben, los hablantes de herencia de español “have qualitatively different needs than traditional monolingual Spanish students due to their unique social, cultural, psycholinguistic, and ethno-linguistic identity” (917). Una forma específica de abordar estas necesidades es a través de oportunidades para el aprendizaje a través del servicio comunitario. Este tipo de programas presenta sus propios retos como el de buscar oportunidades en las que los estudiantes puedan aprender, pero, al mismo tiempo, servir a sus comunidades en relaciones justas y recíprocas que beneficien a todas las partes. Por otro lado, debido a que la mayoría de los estudiantes de español médico no cuenta con una certificación oficial para actuar como intérpretes médicos, es necesario que los instructores tengan buenas conexiones con diferentes organizaciones locales que sirvan directa o indirectamente a la comunidad latina en el campo médico, pero que no requieran de interpretación médica profesional.

Además, existen retos en el uso de rúbricas y otras formas de evaluar el aprendizaje por servicio comunitario. Sin embargo, reflexiones críticas guiadas, portafolios y diarios personales sustentados con investigación académica y discusiones tanto de problemas que afectan a las comunidades locales como sobre los alcances sociales y políticos de la lengua son algunas formas de superar los posibles problemas de evaluación. A pesar de estos posibles inconvenientes, existen numerosos beneficios de este tipo de programas; a través de ellos los estudiantes de herencia pueden aprender de las necesidades específicas de sus comunidades, lo que los puede inspirar a buscar carreras y posiciones de liderazgo luego de la graduación para seguir sirviendo y trabajando con las comunidades hispanas. Como indican Glenn Martínez y Adam

Schwartz, “the experience of using language in the service of needy patients can have a transformative impact on students and radically alter their career trajectories” (179).

Como varios educadores de lengua han notado, los estudiantes de herencia, muchas veces, se sienten inseguros sobre sus habilidades lingüísticas, especialmente en los contextos académicos y de escritura. Según Chin-Sook Pak, “many heritage students experience linguistic insecurities in the classroom. They come into Spanish classrooms with limited exposure to the standard varieties of Spanish, which are viewed as being more prestigious in academic settings than the varieties they have learned in informal, familial, and bilingual settings” (78). Las clases de español médico con un componente de servicio comunitario, combinado con una filosofía de enseñanza basada en una conciencia crítica del lenguaje, pueden ayudar a los estudiantes no solo a apreciar las diferentes variantes y dialectos hablados en sus comunidades, sino también a entender la compleja dinámica entre estas variedades, el poder, la identidad, y las implicaciones y repercusiones sociales y políticas del lenguaje (Leeman 348). Por otro lado, es posible que cuando los estudiantes de herencia se dan cuenta del potencial pragmático de su lengua, reafirmen su compromiso al mantenimiento de esta (Aparicio 272). Finalmente, es posible que mediante clases de español médico con un componente de servicio comunitario, los estudiantes de herencia estimen más el valor de sus variedades lingüísticas en contextos profesionales (Lowther-Pereira 179).

Además de las destrezas lingüísticas, otra área de vital importancia en la evaluación de la educación del español médico es el progreso que desarrollan los estudiantes en el campo de la humildad cultural. Katherine Yeager y Susan Bauer-Wu definen la humildad cultural como “a lifelong process of self-reflection and self-critique whereby the individual not only learns about another’s culture, but one starts with an examination of her/his own beliefs and cultural identities” (2). Según los descriptores de desempeño de la lengua prescritos por ACTFL (*The ACTFL Performance Descriptors for Language Learners*), los tres modos de comunicación que se deben evaluar en las clases de lengua son las habilidades interpersonales, de presentación e interpretativas. En base a estos descriptores, un área importante en la evaluación de las destrezas de estudiantes de español médico es el dominio interpersonal que engloba la conciencia social y la humildad cultural en diferentes contextos médicos. Una revisión sistemática sobre intervenciones que estudió el efecto de la

enseñanza en competencia cultural concluyó que esta es una estrategia prometedora para mejorar las actitudes y habilidades de los profesionales médicos (Beach et al. 364). Por otro lado, Alicia Fernández y sus colegas encontraron una correlación entre niveles altos de competencia cultural y dominio lingüístico de médicos primarios con mejores niveles de satisfacción de los pacientes (170). Esto implica que cursos que integran la competencia cultural como parte vital de su currículo pueden ayudar a los estudiantes a entender mejor las necesidades de pacientes con inglés limitado, la importancia de trabajar con intérpretes, y las consecuencias legales de no proveer servicios médicos en la lengua primaria del paciente (Kalet 932-33; Lee et al. 1051). En los últimos años, ha habido un cambio terminológico y conceptual en el campo de la investigación de la adquisición de segunda lengua: conceptos como “competencia cultural” o “conciencia cultural” se han remplazado por “humildad cultural.” En el contexto de la educación del español médico, la “humildad cultural” se refiere a un proceso continuo en el que se embarcan los estudiantes teniendo en cuenta la complejidad y diversidad de culturas en la amplia comunidad latina, en vez de un conocimiento total y definitivo de esta. En otras palabras, la noción de “humildad cultural” enfatiza la importancia del aprendizaje como un proceso continuo, y de la cultura como un concepto complejo en constante cambio. Muchas veces, las clases y libros de texto de español médico reiteran estereotipos y generalizaciones sobre la salud de la población hispana, lo que acentúa aún más las existentes inequidades lingüísticas y raciales que enfrentan las comunidades latinas (Diamond y Jacobs S189). La humildad cultural incluye una autocrítica de la propia cultura y de las implicancias de las jerarquías existentes en la relación entre pacientes y profesionales de salud. Ser consciente de estas diferencias de poder puede ayudar a los estudiantes a humildemente priorizar la salud de sus pacientes, escuchando atenta y empáticamente a sus historias (Charon 1898-99) y tratando de proveer el mejor cuidado de salud, lo que incluye una atención adecuada en la lengua primaria del paciente.

Si bien es cierto que evaluar el progreso de la humildad cultural en la educación de español médico es un reto, recientemente Pilar Ortega y sus colegas han desarrollado una escala que puede ser usada por pacientes para medir las habilidades comunicativas e interpersonales en español de estudiantes de medicina y profesionales de la salud: la escala CAI (Comunicación y Habilidades Interpersonales) (“Validity”). Basaron esta nueva rúbrica en la escala de comunicación y habilidades interpersonales

de la Universidad de Illinois (conocido como la *RUCIS scale*), adaptando su contenido para que se alinee a los objetivos de aprendizaje del currículo de español médico y para que pueda ser usada por pacientes hispanohablantes o pacientes estandarizados (actores que juegan el papel de pacientes). Esta escala fue desarrollada para estudiantes de medicina y profesionales médicos, pero podría ser adaptada para estudiantes de pregrado de nivel intermedio y avanzado, teniendo en cuenta que esta población estudiantil es más diversa (es decir, vienen de diferentes especializaciones) y no cuenta con las mismas destrezas clínicas. Por lo tanto, los estudiantes de pregrado no pueden desarrollar un diagnóstico ni opciones de tratamiento, pero los profesores pueden preparar guiones de situaciones médicas con la información clínica. Además, muchas clases de español médico de pregrado están dirigidas a estudiantes de nivel básico o intermedio. La escala CAI está dirigida a estudiantes avanzados de la lengua y hablantes de herencia. Por ende, esta escala tendría que ser adaptada si se aplica en salones de lengua básicos o intermedios.

Uno de los hallazgos más interesantes del estudio que desarrollaron Ortega y sus colegas es que “general conversational skills in the target language are more relevant to the skills evaluated by the CAI than knowledge of technical vocabulary or grammar, consistent with the CAI’s intended emphasis on patient-centered communication rather than on medical vocabulary or linguistic correctness” (“Validity” S100). En otras palabras, esta escala mide las habilidades interpersonales y culturales, pero debe ser suplementada con otras formas de evaluación que se enfoquen en las habilidades léxicas y gramaticales de los estudiantes de español médico para lograr una evaluación holística.

El Instituto de Servicios Extranjeros en los años 50 desarrolló una escala para medir las habilidades de habla, escucha, escritura y traducción en una lengua extranjera (la ILR). Esta escala ha sido adaptada por ACFTL para contextos educativos K-16. La escala CAI creada por Ortega y sus colegas para medir competencias culturales e interpersonales podría ser suplementada con otra que adapte la escala ILR a contextos médicos, especialmente para medir las destrezas orales y de escucha. Lisa C. Diamond y Daniel S. Reuland recomiendan que educadores e investigadores en el campo del español médico adopten y utilicen la escala ILR para medir y reportar los niveles de fluidez de estudiantes y profesionales médicos (428). De hecho, recientemente, Diamond y sus colegas describieron los resultados de un estudio de investigación académica para medir el nivel de validez de la escala IRL adaptada para

profesionales de salud cuando los proveedores auto-reportan y autoevalúan sus propias habilidades en una escala dividida en cinco categorías: pobre, medio, bueno, muy bueno y excelente (“Relationship” 440). Los investigadores hallaron “a positive correlation between self-assessed non-English-language proficiency and test scores on a validated measure of non-English-language proficiency” (“Relationship” 437). Los niveles de autocorrelación eran más exactos en los niveles más bajos (pobre, medio) y los más altos (excelente) que los niveles intermedios (bueno, muy bueno) de la escala. Teniendo en cuenta estos resultados, los investigadores recomiendan que los proveedores que auto-reportan los niveles más bajos de la escala siempre usen intérpretes profesionales, y que los que reportan el nivel superior (excelente) podrían comunicarse directamente con sus pacientes. Finalmente, los investigadores señalan que “[f]urther research is needed to assess the impact of using middle range non-English-language skills with LEP patients on outcomes. It is also not clear why some clinicians are inaccurate in their non-English-language self-assessments using the ILR” (“Relationship” 438). Otra herramienta de evaluación posible para proveedores de salud que se identifican como bilingües y que quieren comunicarse directamente con pacientes de lenguas diferentes al inglés sin la ayuda de intérpretes es el examen desarrollado por la organización Kaiser Permanente, la evaluación lingüística y cultural para doctores clínicos (*Clinician Cultural and Linguistic Assessment*, o CCLA, por sus siglas en inglés) (Tang et al.). Las desventajas de esta forma de evaluación son el alto costo del examen y el tiempo requerido para completarlo.

Tanto la adopción de la escala IRL como la escala CAI enfatizan la importancia del uso de pacientes estandarizados para medir las habilidades lingüísticas y culturales de estudiantes y profesionales de medicina. Uno de los beneficios de la inclusión de estudios de casos y de pacientes estandarizados en la educación de español médico, en vez del aprendizaje de listas de vocabulario o asignaciones basadas en la escritura, es que los estudiantes pueden aprender y reflexionar de casos clínicos reales y de sus implicaciones culturales específicas a la comunidad latina (Hardin, “Targeting” 708; Ortega et al., “Teaching” 563). Estos casos deben incluir variedades lingüísticas y culturales que representen la gran pluralidad y complejidad de las culturas hispanas en los EEUU, y, por lo tanto, una simple traducción de casos existentes en inglés no es suficiente (Ortega et al., “Validity” S100). Además, recibir evaluación y comentarios de pacientes estandarizados también puede ayudar a los estudiantes de niveles

más bajos de fluidez a entender sus propias limitaciones lingüísticas, motivarlos a seguir mejorando sus destrezas lingüísticas, y reconocer las situaciones en las que requirieren llamar a un intérprete.

Exponer a los estudiantes a casos reales (juegos de rol y uso de pacientes estandarizados) en los que deben poner en práctica sus habilidades lingüísticas y culturales debería ser uno de los pilares de la educación de español médico. Varios investigadores y educadores también han sugerido que la colaboración entre expertos en la adquisición de una segunda lengua, profesionales médicos bilingües y educadores con amplia experiencia en la enseñanza de clases de español médico es vital en la creación del currículo y herramientas de evaluación (Hardin y Hardin 310; Davidson y Spaine Long 16; Nora et al. 147). El campo del español médico es por naturaleza un área multidisciplinar que requiere de la colaboración de expertos de diversas disciplinas: enseñanza de lenguas extranjeras, profesionales médicos, líderes comunitarios, lingüistas, etc. Sin embargo, una de las barreras en el establecimiento de lineamientos de evaluación uniformes y basados en la evidencia científica para los programas de español para fines específicos es la falta de reconocimiento de esta área de enseñanza como un campo académico válido. Para que esta disciplina gane mayor credibilidad entre académicos y administradores, “established publishing scholars in linguistics should be encouraged to engage in rigorous, theoretically grounded empirical LSP research” (Laffod et al. 180). Es necesario que los educadores e investigadores de español médico reciban el apoyo financiero de sus instituciones y el merecido reconocimiento por su trabajo en los programas de doctorado como una especialidad académica legítima. El estudio de Mary K. Long y Izabela Uscinski reportó los resultados de una encuesta nacional sobre los cursos de español para fines específicos en la educación superior en los Estados Unidos. De acuerdo a este sondeo, “34% (35) of departments answered that only tenured/tenure-track faculty teach LSP courses, 38% (39) of departments answered that both tenured/tenure-track and nontenure-track teach the courses, and 27% (28) of departments employ exclusively nontenure track faculty” (183). En otras palabras, la mayoría de los educadores de este tipo de clases todavía no recibe el reconocimiento ni incentivos para crear materiales pedagógicos innovadores ni para publicar investigaciones académicas.

CONCLUSIONES

Mientras escribo este ensayo (enero de 2022), los Estados Unidos experimenta una nueva oleada de casos de la variante Ómicron del Covid-19. Esta pandemia ha afectado desproporcionadamente a personas de origen latino o hispano, lo que revela arraigadas y existentes inequidades de salud (Gil et al. 1592-93; Obinna 397). Según los Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), el riesgo de mortalidad y hospitalización entre hispanos es más alto que entre los blancos no hispanos. Estas diferencias se pueden explicar por determinantes sociales de salud, que incluyen estatus socioeconómico, acceso al cuidado de salud, barreras de lenguaje y exposición en el lugar de trabajo. De acuerdo a Macias Gil y sus colegas, las barreras del lenguaje “can negatively influence the COVID-19 care continuum from inadequate public health prevention messaging to impaired delivery of accessible language-sensitive inpatient care, potentially made worse by physical distancing and greater patient isolation” (1593). Esta crisis sanitaria ha revelado la importancia de recibir atención médica en la lengua primaria del paciente, y que la brecha existente de lengua entre proveedores de salud y la población hispanohablante en este país intensifica las inequidades de salud que afectan a las minorías lingüísticas.

Teniendo en cuenta estas disparidades lingüísticas y sanitarias, propongo estas recomendaciones generales para ayudar a cerrar esa brecha mediante cambios sustanciales en la educación del español médico en los programas de pregrado:

1. Los programas de doctorado de español deben apoyar e incentivar especializaciones en español para fines específicos.
2. Las publicaciones y presentaciones académicas en estudios de español médico deben ser valoradas como evidencia confiable del trabajo científico de educadores tanto para ascensos en el lugar de trabajo como para contratación de nuevos profesores.
3. Las instituciones educativas deben apoyar e incentivar las colaboraciones interdisciplinarias entre educadores de español médico, profesores y practicantes en áreas médicas, y especialistas en el campo de la adquisición de una segunda lengua.
4. Los programas de español en las instituciones de educación superior deben crear puestos con posibilidad de permanencia

- (*tenure-track*) para posiciones con especialidad en español médico.
5. Los programas y libros de texto de español médico deben presentarse como instrumentos de aprendizaje continuo con claros objetivos de aprendizaje y formas de evaluación para no crear un falso sentido de fluidez lingüística y cultural.
 6. Los estudiantes deben completar pruebas para medir su competencia lingüística y cultural en el campo del español médico antes y luego de completar el programa. Estos exámenes deben incluir pruebas de autoevaluación, uso de pruebas confiables estandarizadas, inclusión de evaluación de pacientes estandarizados entrenados y evaluación de educadores.
 7. Una parte importante del currículo de las clases de español médico debe dedicarse a temas como los determinantes sociales de la salud (con especial enfoque en las discrepancias lingüísticas y sus efectos en la salud de la población hispanohablante), las políticas lingüísticas en el campo sanitario en los Estados Unidos, las posibles consecuencias legales y de salud de no recibir atención en la lengua primaria del paciente, y cómo trabajar eficazmente con intérpretes médicos para ayudar a cerrar la brecha de lengua que sufren muchos en la comunidad latina.
 8. Deben existir mayores incentivos para educadores e investigadores en formas de becas y financiamiento de proyectos de investigación en el área del español médico, especialmente en el campo de la evaluación y mejores prácticas de enseñanza, a los niveles de pregrado y posgrado, y para proveedores de la salud.
 9. Se debe promover la creación de organizaciones como la Asociación Nacional de Español Médico (*National Association of Medical Spanish*, www.namspanish.org/) que incentiven una comunidad de educadores, lingüistas y profesionales de salud que colaboren y compartan ideas para juntos promover un enfoque estandarizado en la enseñanza del español médico y, de esta manera, contribuir a abordar las inequidades lingüísticas que afectan a las comunidades hispanohablantes de este país.
 10. Debe haber una mayor colaboración y una conversación más robusta entre investigadores del español médico, y del español para fines específicos en general, de Estados Unidos con académicos y organizaciones de Europa y América Latina. Mientras en los Estados Unidos, este tipo de investigación se ha

centrado en mejores prácticas de enseñanza, en Europa y América Latina, hay una sólida investigación en análisis de dominio (*domain analysis*) que incluye análisis de género (*genre analysis*) y análisis del corpus (*corpus analysis*). Este tipo de colaboración complementaria puede fortalecer los diferentes enfoques de estudio así como aumentar el corpus académico y pedagógico de la educación del español con fines profesionales.

11. Los educadores de español médico a nivel de posgrado deben estandarizar los objetivos de aprendizaje y el perfil del estudiante que buscan para que los educadores a nivel de pregrado tengan metas claras de aprendizaje a las que quieren llegar para preparar adecuadamente a sus estudiantes.
12. Organizaciones nacionales de aprendizaje de segundas lenguas como ACTFL deben crear grupos de investigación específicos de español médico para la producción de claras y uniformes formas de evaluación como rúbricas y exámenes con la meta de estandarizar la enseñanza de esta área, así como de otros campos del español con fines específicos.
13. Debe existir una mayor colaboración entre escuelas secundarias y universidades con el fin de guiar a los estudiantes en las diferentes áreas del español para fines específicos y estandarizar el currículo a través de los niveles K-16.
14. Como se discute en este ensayo, los estudiantes de español de herencia tienen cualidades y necesidades especiales. Se debe crear clases y programas que se adecuen a estas necesidades con un enfoque pedagógico apropiado para hablantes de herencia y una visión educativa que fortalezca los vínculos lingüísticos y culturales entre los estudiantes y su comunidad de herencia.
15. El elemento pragmático de todas las diferentes áreas de español para fines específicos debe ser un componente obligatorio del programa. Una forma de satisfacer este requisito es a través del aprendizaje por servicio y colaboración con la comunidad.

Obras citadas

- “ACTFL Performance Descriptors for Language Learners.” *ACTFL*, 2012, https://www.actfl.org/sites/default/files/publications/ACTFLPerformance_Descriptors.pdf.
- Altstaedter, Laura Levi. “Developing a Spanish for Health Professions Course: A Preliminary Mixed-Methods Study.” *Foreign Language Annals*, vol. 50, no. 1, 2017, pp. 38-56, doi.org/10.1111/flan.12221.
- Aparicio, Frances. “Of Spanish Dispossessed.” *Language Ideologies: Critical Perspectives on the Official English Movement*, vol 1., editado por R. D. González, National Council of Teachers of English, 2010, pp. 248-75.
- Association of American Medical Colleges. “Figure 2. Percentage of Applicants to U.S. Medical Schools by Race/Ethnicity (alone), Academic Year 2018 –2019.” 19 marzo 2019. www.aamc.org/data-reports/workforce/interactive-data/figure-2-percentage-applicants-us-medical-schools-race/ethnicity-alone-academic-year-2018-2019.
- . “Figure 18. Percentage of All Active Physicians by Race/Ethnicity, 2018.” 19 jul. 2019. www.aamc.org/data-reports/workforce/interactive-data/figure-18-percentage-all-active-physicians-race/ethnicity-2018.
- Barkin, Shari, et al. “Effect of Language Immersion on Communication with Latino Patients.” *North Carolina Medical Journal*, vol. 64, no. 6, 2003, pp. 258-62.
- Beach, Mary Catherine, et al. “Cultural Competence: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions.” *Medical Care*, vol. 43, no. 4, 2005, pp. 356-73, doi.org/10.1097/01.mlr.0000156861.58905.96.
- Beaudrie, Sara, et al. “Curricular Perspectives in the Heritage Language Context: Assessing Culture and Identity.” *Language, Culture, and Curriculum*, vol. 22, no. 2, 2009, pp. 157-74, doi.org/10.1080/07908310903067628.
- Brown, Alan V., et al. *The Changing Landscape of Spanish Language Curricula: Designing Higher Education Programs for Diverse Students*. Georgetown UP, 2018.

- Carrasquillo, O., et al. "Impact of Language Barriers on Patient Satisfaction in an Emergency Department." *Journal of General Internal Medicine*, vol. 14, no. 2, 1999, pp. 82-87, doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00293.x.
- Centers for Disease Control and Prevention. "Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization and Death by Race/Ethnicity," 22 nov. 2021. cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-race-ethnicity.html#footnote01.
- Charon, Rita. "Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust." *JAMA*, vol. 286, no. 15, 2001, pp. 1897-1902, doi.org/10.1001/jama.286.15.1897.
- Cohen, Adam L., et al. "Are Language Barriers Associated with Serious Medical Events in Hospitalized Pediatric Patients?" *Pediatrics*, vol. 116, no. 3, 2005, pp. 575-79, doi.org/10.1542/peds.2005-0521.
- Davidson, Lauren, y Sheri Spaine Long. "Medical Spanish for US Medical Students: A Pilot Case Study." *Dimension 2013: World Language Learning Setting the Global Standard*, editado por Peter B. Swanson y Kristin Hoyt. Southern Conference on Language Teaching, 2013, pp. 9-22.
- Diamond, Lisa C., y Elizabeth A. Jacobs. "Let's not Contribute to Disparities: The Best Methods for Teaching Clinicians How to Overcome Language Barriers to Health Care." *Journal of General Internal Medicine*, vol. 25, Suppl. 2, 2010, pp. S189-93, doi.org/10.1007/s11606-009-1201-8.
- Diamond, Lisa C., y Daniel S. Reuland. "Describing Physician Language Fluency: Deconstructing Medical Spanish." *JAMA*, vol. 301, no. 4, 2009, pp. 426-28, doi.org/10.1001/jama.2009.6.
- Diamond, Lisa C., et al. "Relationship Between Self-Assessed and Tested Non-English-Language Proficiency Among Primary Care Providers." *Medical Care*, vol. 52, no. 5, 2014, pp. 435-38, doi.org/10.1097/MLR.000000000000102.
- . "The Use of Spanish Language Skills by Physicians and Nurses: Policy Implications for Teaching and Testing." *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, no.1, 2012, pp. 117-23, doi.org/10.1007/s11606-011-1779-5.
- Fernández, Alicia, et al. "Physician Language Ability and Cultural Competence. An Exploratory Study of Communication with Spanish-Speaking Patients." *Journal of General Internal Medicine*, vol. 19, no. 2, 2004, pp. 167-74, doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30266.x.

- Fox, S. A., et al. "A Trial to Increase Mammography Utilization Among Los Angeles Hispanic Women." *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 9, no. 3, 1998, pp. 309-21, doi.org/10.1353/hpu.2010.0218.
- González, Hector M., et al. "Health Care Quality Perceptions Among Foreign-Born Latinos and the Importance of Speaking the Same Language." *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 23, no. 6, 2010, pp. 745-52, doi.org/10.3122/jabfm.2010.06.090264.
- Gregg, Jessica, y Somnath Saha. "Communicative Competence: A Framework for Understanding Language Barriers in Health Care." *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, Suppl. 2, 2007, pp. 368-70, doi.org/10.1007/s11606-007-0364-4.
- Hardin, Karol. "An Overview of Medical Spanish Curricula in the United States." *Hispania*, vol. 98, no. 4, 2015, pp. 640-61. *Project MUSE*, doi.org/10.1353/hpn.2015.0118.
- . "Targeting Oral and Cultural Proficiency for Medical Personnel: An Examination of Current Medical Spanish Textbooks." *Hispania*, vol. 95, no. 4, 2012, pp. 698-713. *Project MUSE*, doi.org/10.1353/hpn.2012.0139.
- Hardin, Karol, y D. Mike Hardin. "Medical Spanish Programs in the United States: A Critical Review of Published Studies and a Proposal of Best Practices." *Teaching and Learning in Medicine*, vol. 25, no. 4, 2013, pp. 306-11, doi.org/10.1080/10401334.2013.827974.
- Huang, J., et al. "Talking with Patients: How Hospitals Use Bilingual Clinicians and Staff to Care for Patients with Language Needs." George Washington University, Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, 2009, pp. 1-5, hsrc.himmelfarb.gwu.edu/sphhs_policy_briefs/26/.
- "Interagency Language Roundtable." 2011, <http://www.govtillr.org>. Accedido 29 dic. 2021.
- Jacobs, Elizabeth A., et al. "The Impact of An Enhanced Interpreter Service Intervention on Hospital Costs and Patient Satisfaction." *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, Suppl. 2, 2007, pp. 306-11, doi.org/10.1007/s11606-007-0357-3.
- Kalet, Adina L., et al. "Can a Web-Based Curriculum Improve Students' Knowledge of, and Attitudes about, the Interpreted Medical Interview?" *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, no. 10, 2005, pp. 929-34, doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0193.x.

- Lafford, Barbara A., et al. "Spanish in the Professions and in the Community in the US." *Journal of Spanish Language Teaching*, vol. 1, no. 2, 2014, pp. 171-86, doi.org/10.1080/23247797.2014.970361.
- Lee, Karen C., et al. "Resident Physicians' Use of Professional and Nonprofessional Interpreters: A National Survey." *JAMA*, vol. 296, no. 9, 2006, pp. 1050-35, doi.org/10.1001/jama.296.9.1050.
- Leeman, Jennifer. "Critical Language Awareness and Spanish as a Heritage Language: Challenging the Linguistic Subordination of US Latinxs." *Handbook of Spanish as a Minority/Heritage Language*, editado por Kim Potowski, Routledge, 2018, pp. 345-58.
- Long, Mary K., y Izabela Uscinski. "Evolution of Languages for Specific Purposes Programs in the United States: 1990–2011." *The Modern Language Journal*, vol. 96, 2012, pp. 173-89, www.jstor.org/stable/41478798.
- Lowther-Pereira, Kelly. "Developing Critical Language Awareness via Service-Learning for Spanish Heritage Speakers." *Heritage Language Journal*, vol.12, no. 2, 2015, pp. 159-85.
- Macias Gil, Raul, et al. "COVID-19 Pandemic: Disparate Health Impact on the Hispanic/Latinx Population in the United States." *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 222, no. 10, 2020, pp. 1592-95, doi.org/10.1093/infdis/jiaa474.
- Maier, Carol. "Fitting It All in One Semester: An Intensive Introductory Course in Spanish for Health-Care Personnel." *Hispania*, vol. 69, no. 3, 1986, pp. 714-19, doi.org/10.2307/342789.
- Martínez, Glenn. "Medical Spanish for Heritage Learners: A Prescription to Improve the Health of Spanish-Speaking Patients." *Building Communications and Making Connections*, editado por Susana Rivera-Mills y Juan Antonio Trujillo, Cambridge Scholars, 2010, pp. 2-15.
- Martínez, Glenn, y Adam Schwartz. "Elevating Low Language for High Stakes: A Case for Critical, Community-Based Learning in a Medical Spanish for Heritage Learners Program." *Heritage Language Journal*, vol. 9, no. 2, 2012, pp. 175-87.
- Mazor, Suzan S., et al. "Teaching Spanish to Pediatric Emergency Physicians: Effects on Patient Satisfaction." *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 156, no. 7, 2002, pp. 693-95, doi.org/10.1001/archpedi.156.7.693.

- Morales, Raymond, et al. "National Survey of Medical Spanish Curriculum in U.S. Medical Schools." *Journal of General Internal Medicine*, vol. 30, no. 10, 2015, pp. 1434-39, doi.org/10.1007/s11606-015-3309-3.
- Nora, Lois Margaret, et al. "Improving Cross-Cultural Skills of Medical Students through Medical School-Community Partnerships." *The Western Journal of Medicine*, vol. 161, no. 2, 1994, pp. 144-47.
- Obinna, Denise N. "Confronting Disparities: Race, Ethnicity, and Immigrant Status as Intersectional Determinants in the COVID-19 Era." *Health Education & Behavior*, vol. 48, no. 4, 2021, pp. 397-403, doi.org/10.1177/10901981211011581.
- Ortega, Pilar, et al. "Teaching Medical Spanish to Improve Population Health: Evidence for Incorporating Language Education and Assessment in U.S. Medical Schools." *Health Equity*, vol. 3, no. 1, pp. 557-66, 2019, doi.org/10.1089/hec.2019.0028.
- . "Validity Evidence Supporting the Comunicación y Habilidades Interpersonales (CAI) Scale for Medical Spanish Communication and Interpersonal Skills Assessment." *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, vol. 96, no. 11S, 2021, pp. S93-S102, doi.org/10.1097/ACM.0000000000004266.
- Pak, Chin-Sook. "Linking Service-Learning with Sense of Belonging: A Culturally Relevant Pedagogy for Heritage Students of Spanish." *Journal of Hispanic Higher Education*, vol. 17, no. 1, 2018, pp. 76-95, doi.org/10.1177/1538192716630028.
- Pew Research Center, "English proficiency of Hispanic Population in the U.S., 2017." 16 Sept. 2019, www.pewresearch.org/hispanic/chart/u-s-hispanics-english-proficiency/. Accedido 29 dic. 2021.
- Prince, D., y M. Nelson. "Teaching Spanish to Emergency Medicine Residents." *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, vol. 2, no. 1, 1995, pp. 32-37, doi.org/10.1111/j.1553-2712.1995.tb03076.x.
- Schyve, Paul M. "Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective." *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, Suppl. 2, 2007, pp. 360-61, doi.org/10.1007/s11606-007-0365-3.

- Tang, Gayle, et al. "The Kaiser Permanente Clinician Cultural and Linguistic Assessment Initiative: Research and Development in Patient-Provider Language Concordance." *American Journal of Public Health*, vol. 101, no. 2, 2011, pp. 205-8, doi.org/10.2105/AJPH.2009.177055.
- Torres, Roberto E. "The Pervading Role of Language on Health." *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 9, no. 5, 1998, pp. S21-S25. *Project MUSE*, doi.org/10.1353/hpu.2010.0716.
- United States Census Bureau. "People That Speak English Less Than 'Very Well' in the United States." 8 abr. 2020. www.census.gov/library/visualizations/interactive/people-that-speak-english-less-than-very-well.html. Accedido 29 dic. 2021.
- . "Profile America's Facts for Features: Hispanic Heritage Month." 15 Sept. 2021, census.gov/newsroom/facts-for-features/2021/hispanic-heritage-month.html. Accedido 29 dic. 2021.
- . "Quick Facts", 2021, census.gov/quickfacts/fact/table/US/PST045221#PST045221. Accedido 29 dic. 2021.
- Weech-Maldonado, R., et al. "Racial and Ethnic Differences in Parents' Assessments of Pediatric Care in Medicaid Managed Care." *Health Services Research*, vol. 36, no. 3, 2001, pp. 575-94.
- Yeager, Katherine A., and Susan Bauer-Wu. "Cultural Humility: Essential Foundation for Clinical Researchers." *Applied Nursing Research*, vol. 26, no. 4, 2013, pp. 1-12, doi.org/10.1016/j.apnr.2013.06.008