

La Exploración del Acceso Equitativo a la Atención Médica para los Hispanohablantes

Lauren E. McReynolds

La Universidad de Tennessee, Knoxville

El programa de honores del Chancellor y el estudio independiente de español

Mentor: Dr. Millie Gimmel

La Exploración del Acceso Equitativo a la Atención Médica para los Hispanohablantes

Resumen

En los Estados Unidos, no siempre existe acceso equitativo a la atención médica para las personas que hablan español. Los hispanos representan la minoría más grande y español es el segundo idioma hablado más común, detrás del inglés. Esta investigación tiene como objetivo descubrir la causa subyacente de este problema y proporcionar soluciones sostenibles para mitigar estos problemas. En el repaso de la literatura, se ha explorado los siguientes factores: características de la población; la historia y cuestiones legales; el seguro médico; la responsabilidad médica; la comunicación médica; los determinantes sociales y el conocimiento básico de salud; la competencia cultural; los traductores; y falsa fluidez. En general, se puede concluir que los hispanos sufren más en esos aspectos en comparación con los anglohablantes. Después, comparto experiencias y opiniones mías y sugiero recomendaciones para el futuro de atención médica.

El Índice de Contenidos

Resumen.....	1
La Introducción.....	3
Repaso de la Literatura.....	3
La Población de Interés.....	3-4
La Historia y Cuestiones Legales.....	4-5
El Seguro Médico.....	5-6
La Responsabilidad Médica.....	6-7
La Comunicación Médica.....	7-8
Los Determinantes Sociales y el Conocimiento Básico de Salud.....	8-9
La Competencia Cultural.....	9-11
Falsa Fluidez.....	11-12
Opiniones y Recomendaciones.....	12
La Experiencia Personal.....	12-13
Las Recomendaciones.....	13-15
Las Limitaciones.....	15-16
La Conclusión.....	16
Las Referencias.....	16-20

Introducción

Hay una escasez de recursos y médicos clínicos para los hispanohablantes en los Estados Unidos. De hecho, a pesar de la diversidad cultural y lingüística en este país, “el sistema de atención médica aquí está orientado en gran medida a servir a los anglohablantes” (Timmins, 2002). Sin embargo, en 2019, había sesenta y ocho millones de personas en EUA que hablaban un idioma distinto del inglés en casa (Dietrich & Hernandez, 2022, p. 80). Y el idioma más común en ese censo fue el español (Dietrich & Hernandez, 2022, p. 80). El sistema médico en los Estados Unidos debería reflejar estos números, pero no siempre es así. Es más, los hispanos son los más vulnerables a cuidados de baja calidad (Calvo, 2015, p. 44). Los hispanos deben tener el derecho a un acceso equitativo a la atención médica. En la primera parte de este trabajo, el repaso de la literatura, se explorará la investigación y los recursos disponibles para comprender mejor cómo el sistema de salud de los Estados Unidos afecta a la población de hispanohablantes. En la segunda parte de este trabajo, se discutirá las experiencias personales circundantes a ese tema y posibles soluciones para aumentar la equidad para los hispanohablantes en los EE. UU.

Repaso de la Literatura

La Población de Interés

Primero, necesitamos definir la población de interés. La cualificación para este proyecto es que las personas hablan español como su primer idioma y viven en los Estados Unidos. Para comprender el acceso a la atención médica en español, es importante comprender el gran número de hispanohablantes en los Estados Unidos. Según el United States Census Bureau, 19.1% de la población en los EE. UU. es hispana (2023). En otras palabras, los hispanos son el grupo minoritario más grande en EUA. Además, 13.3% de la población habla español en su casa

(United States Census Bureau, 2021). Para contextualizar, en enero de 2023, había 334.223.845 personas que vivían en los Estados Unidos (United States Census Bureau, 2023). Y aproximadamente 42.000.000 de esas personas son hispanohablantes maternas (Rogers, 2023). Como se puede ver, todavía hay una gran importancia del idioma. Por lo tanto, es crucial que el sistema de medicina sirva a toda la población, incluso las personas que hablan español. Otro factor a tener en cuenta es el país de origen. La población hispana en los Estados Unidos puede estar unida por un idioma común, pero las diferencias en sus culturas son enormes. Los grupos de origen hispano en los Estados Unidos incluyen mexicanos, puertorriqueños, salvadoreños, dominicanos, cubanos, guatemaltecos, colombianos, hondureños, españoles y más (Molsimani et al., 2023). Si bien el idioma es sin duda el factor más importante en cuanto a la atención médica, debemos tener en cuenta que este idioma abarca numerosas culturas. Además, estas culturas ven las cosas, como la atención médica, de manera diferente del estadounidense común. Por lo tanto, este tema debe abarcar no solo el idioma, sino también la cultura.

La Historia y Cuestiones Legales

Para entender lo que se ha hecho y lo que se puede hacer, necesitamos entender lo que dice la ley sobre este tema. La base de la igualdad de acceso se encuentra en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964: “Ninguna persona en los Estados Unidos será excluida, por motivos de raza, color u origen nacional, de participar en, ser negada a los beneficios de, o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera Federal (US Department of Justice). Si bien se utiliza el término "origen nacional", el gobierno federal ha permitido que el término "idioma" esté implícito aquí (Chen, Youdelman, & Brooks, 2007, p. 362-263). Esto fue aclarado en 1980 por el Gobierno de los EE. UU.: “Ninguna persona puede ser objeto de discriminación por su origen nacional en los programas de salud y servicios

humanos porque tiene un idioma materno que no sea el inglés.” El Título VI sigue siendo la base para exigir el acceso al idioma en cualquier escenario de atención médica en lugares que reciben dinero del gobierno federal.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HSS) tiene una Oficina de Derechos Civiles (OCR); la OCR tiene una “guía de política” que comparte cuatro factores a considerar al determinar la asistencia para aquellos con dominio limitado del inglés. Estos cuatro factores incluyen: (1) el número de personas que no hablan inglés; (2) frecuencia de contacto; (3) naturaleza e importancia del servicio; (4) recursos y costos (Chen, Youdelman, & Brooks, 2007, p. 363). Cada uno de estos factores proporciona un marco para que las instituciones garanticen que los recursos que proporcionan se ajustan a la demanda ética. Además, a lo largo de estos factores, se puede observar que la atención sanitaria, en su naturaleza e importancia de servicio, es única. Por lo tanto, el acceso al idioma en los entornos de atención médica es necesario.

Mientras que existen leyes a nivel nacional para mejorar el acceso, los requisitos para las organizaciones varían de un estado a otro. Pues, las leyes son de naturaleza heterogénea que conforme a las demográficas e intenciones ocultas políticas (Chen, Youdelman, & Brooks, 2007, p. 364). Si bien esas leyes son diferentes, las leyes nacionales crean el precedente y deben promover el acceso equitativo.

El Seguro Médico

Otro factor que afecta a los hispanohablantes es el seguro médico. El seguro médico es “un contrato que requiere que su aseguradora de salud pague algunos o todos sus costos de atención médica a cambio de una prima” (HealthCare.gov, n.d.). Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos, hay una gran influencia negativa con la falta de seguro en las poblaciones minoritarias. Para los latinos, no utilizan los beneficios con tanta frecuencia debido

al “estado de ciudadanía, el idioma y los factores socioeconómicos” (Alcalá et al., 2017, p. 52). Para ayudar a combatir estos problemas, el presidente Obama implementó la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) en 2010 (U.S. Department of Health and Human Services, n.d.). Esta ley fue diseñada para “abordar la cobertura de seguro médico, los costos de atención médica y la atención preventiva” (U.S. Department of Health and Human Services, n.d.). En un estudio que examinó el impacto de la ACA para los hispanos, Alcalá et al. concluyeron que ha habido mejoras (2017, p. 59). Aunque la ACA es beneficiosa para los hispanos, todavía existen barreras y disparidades. De hecho, “los adultos hispanos tienen menos probabilidades que los adultos blancos y negros no hispanos de inscribirse en la cobertura a través de la ACA” (Singh & Wilk, 2019, p. 1544). Y en 2020, todavía había una gran brecha: el 49.9 por ciento de los hispanos tenían cobertura de seguro privado, en comparación con el 73.9 por ciento de los blancos no hispanos (U.S. Department of Health and Human Services, 2020). Esta brecha desproporcionada entre los diferentes grupos étnicos es notable. El seguro médico es tan importante en los EE.UU. Las personas sin seguro tienden a renunciar a la atención y reciben menos servicios preventivos (Institute of Medicine, 2001, p. 50). Por lo tanto, la educación sobre el seguro médico y un mayor acceso a él para los hispanos debería ser beneficiosa.

La Responsabilidad Médica

Una pieza clave de la medicina es la organización médica. La definición de la organización médica es una “sistema social estructurado diseñado a propósito y desarrollado para la prestación de servicios de atención médica por parte de fuerzas de trabajo especializado a comunidades, poblaciones, o mercados definidos” (eCQI Resource Center, 2023). En otras palabras, la organización médica proporciona servicios a pacientes por medio de prestadores de servicios médicos. Hay varios tipos de organizaciones médicas como hospitales, clínicas,

residencias de ancianos, centros de tratamiento, servicios de rehabilitación, y más. Como se ha mencionado arriba, esas organizaciones tienen responsabilidades legales que garantizan que todos los pacientes sean atendidos.

Después de considerar el significado y las obligaciones legales de las organizaciones médicas, es importante ver la responsabilidad que existe por parte de los trabajadores médicos. Hay varios tipos de trabajadores médicos, pero, en general, los doctores tienen la última opinión en el tratamiento de su paciente. El fundamento de la relación médico-paciente es la confianza (AMA Code of Ethics, n.d.). Además, el doctor tiene “una responsabilidad ética de poner el bienestar de los pacientes por encima del propio interés. . . de usar un juicio médico sólido en nombre de los pacientes y de abogar por el bienestar de sus pacientes” (AMA Code of Ethics, n.d.). Para cumplir con estas responsabilidades, la concordancia lingüística es necesaria. Y cuando esa falta, hay "una menor comprensión, satisfacción y confianza del paciente en los médicos y, a menudo, peores resultados clínicos” (Fernandez & Pérez-Stable, 2015, p. 1394). Si no se hace algo para mitigar las barreras lingüísticas, el médico no cumple con su obligación ética. A través de las experiencias reales de los pacientes, parece que hay una falta de responsabilidad entre la ley, la ética, la organización y los prestadores de servicios médicos.

La Comunicación Médica

La comunicación médica es problemática y exige comunicación compleja. De hecho, “todo el sistema de atención médica se basa en la suposición de que los pacientes pueden comprender información compleja escrita y hablada” (Graham & Brookley, 2008, p. 67). Si esto ya es complicado, imagínese la complejidad de una situación en que su doctor/a no hable su idioma. También, la medicina es única porque los errores debidos al idioma o la traducción tienen un costo mayor. Según la AAMC, solamente cinco por ciento de doctores se identifican

como hispano y dos por ciento hablan español (2018). Es obvio que faltan médicos que hablen español. En verdad, “los pacientes quieren un doctor que hable su idioma lo suficientemente bien como para proveer una atención excelente” (Fernandez & Pérez-Stable, 2015, p. 1394). No es solamente sobre el idioma, la equidad de acceso médico para los hispanohablantes es de igual importancia. No es necesario para cada doctor/a, enfermero/a, y otros médicos clínicos hablar español o el idioma de su paciente. Sin embargo, debe haber alguien que lo haga.

Los Determinantes Sociales y el Conocimiento Básico de Salud

Abrirse camino a través del sistema de salud no es una tarea sencilla. El alcance de la atención médica requiere conocimientos básicos, una comprensión básica de la terminología médica y la capacidad de utilizar el sistema de atención médica (Mayer & Villaire, 2007, p. 2). El conocimiento básico de salud es doble: personal y organizativa. Healthy People 2030 define estos dos términos. La comprensión personal es la capacidad individual para localizar, comprender, y utilizar servicios de salud (n.d.). Por otro lado, el conocimiento básico de salud organizativa es la responsabilidad organizacional para ayudar equitativamente a las personas a lograr la alfabetización en salud personal (n.d.). Los dos son necesarios para recibir la mejor atención médica.

En este contexto, "la mayoría de los inmigrantes hispanos corren el riesgo de tener un conocimiento básico limitado de salud porque deben enfrentar las muchas barreras de un sistema de atención médica predominantemente en inglés" (Soto Mas & Jacobson, 2019, p. 252). Sin embargo, la comprensión de este conocimiento se mide en qué tan bien un individuo puede comprender la medicina en inglés, no español. Por lo tanto, en lugar de tratar de aumentar su capacidad de hablar inglés, primero necesitamos entender qué factores reducen el conocimiento básico de salud. Luego, con estos factores, ¿cómo podemos proporcionar mejor, y diferentes

cuidados y recursos para ayudar a los hispanohablantes a encontrar y entender la información en su lenguaje?

En relación con el conocimiento básico de salud, “los hispanos se ven afectados de manera desproporcionada por las malas condiciones de la vida cotidiana, moldeadas por factores estructurales y de posición social” (Velasco-Mondragon et al., 2016). Estos factores se llaman determinantes sociales de la salud e incluyen cinco campos: estabilidad económica; acceso y calidad de la educación; acceso y calidad de la atención de salud; vecindario y entorno construido; y el contexto social y comunitario (U.S. Department of Health and Human Services, n.d.). Por naturaleza e historia de los Estados Unidos, los hispanos generalmente faltan en los determinantes sociales de salud. En una encuesta, se encontró que los hispanos son los más vulnerables a tener una renta baja, un nivel educativo bajo, y acceso peor a la asistencia médica (DuBard & Gizlice, 2008, p. 2027). Debido a la lucha contra el acceso, muchos hispanos sufren con el aislamiento social en las comunidades donde viven. De acuerdo con la investigación, el aislamiento lingüístico conduce al aislamiento social, lo que aumenta las tasa de mortalidad y la mala salud (Zhang et al., 2021, p. 378). Ese aislamiento puede afectar a todos los determinantes sociales de la salud, lo que también disminuye el conocimiento básico de salud.

La Competencia Cultural

Es importante considerar que el acceso a la medicina por las personas que hablan español no es solamente debido a su lenguaje. También, hay una barrera cultural. Es necesario que cada persona que está trabajando en la atención médica tenga competencia cultural. El significado de la competencia cultural es el conocimiento de “comportamientos, actitudes y políticas congruentes que se unen en un sistema, agencia o entre profesionales que permite un trabajo eficaz en situaciones interculturales” (National Prevention Information Network, 2021). La

cultura incluye muchas cosas, como lenguaje, creencias, valores, y más, de un grupo (National Prevention Information Network, 2021). Para ser competente en otras culturas, una persona necesita funcionar eficazmente “en el contexto de las creencias, comportamientos y necesidades culturales que presentan los consumidores y sus comunidades” (National Prevention Information Network, 2021). El proveedor médico debe exhibir y comprender la cultura de sus pacientes para poder tratar eficazmente a sus pacientes. Una organización médica culturalmente competente “reconoce e incorpora la importancia de la cultura, la evaluación de las relaciones interculturales, la vigilancia con las dinámicas que resultan de las diferencias culturales, la expansión del conocimiento cultural, y la adaptación de los servicios para satisfacer las necesidades culturalmente únicas” (Betancourt et al, 2003, p. 294). Esto se relaciona con el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud antes mencionados.

Conectando esto con los hispanohablantes, la competencia cultural va más allá de tener un traductor. Tener concordancia lingüística es un paso en la dirección correcta, sin embargo, la cultura latina y las percepciones de la atención médica son diferentes a las de las personas blancas. Por ejemplo, la cultura puede influir “las interpretaciones y reacciones a los síntomas; las explicaciones de la enfermedad; los patrones de afrontamiento, de búsqueda de ayuda; la adhesión al tratamiento; los estilos de expresión emocional y comunicación; y las relaciones entre los pacientes, sus familias y los proveedores de atención médica” (Peled, 2018, p. 361). En varias situaciones médicas es posible que el paciente hispanohablante lo perciba de manera diferente. La concordancia lingüística puede ser el primer paso para fomentar un entorno de competencia cultural. Luego, es crucial que un médico clínico entienda cómo “el origen cultural influye en las actitudes de los pacientes hacia el cuidado de la salud” (Healing Hands, 2002). La mayoría de las veces, los grupos diferentes de hispanos están ubicados en regiones similares.

Entonces, los trabajadores de la organización médica pueden comprender la cultura distinta de su región.

Además, el nivel de aculturación participa en las perspectivas de hispanos. Por ejemplo, las personas menos aculturadas dependen más de sus métodos populares tradicionales, como los curanderos, la religión, y los remedios herbales, que la medicina occidental (Gast et al., 2020, p. 98). Esas tradiciones de larga duración son importantes para los hispanos. Es posible que las tradiciones sean para la mayoría de hispanos la primera línea de defensa cuando tienen un problema médico (Ransford et al., 2010, p. 870). También, algunos hispanos tienen miedo sobre la sistemía médica y usan sus remedios herbales por su miedo. Sería ingenuo y dañino ignorar sus creencias culturales sobre la medicina. Pues, es importante tener en cuenta y conocer conceptos como estos cuando se trata a pacientes hispanos.

Falsa Fluidez

La falsa fluidez es un problema en los médicos clínicos. Los intérpretes ad hoc pueden ser la familia, los amigos, los empleados, y más; “se utilizan comúnmente en encuentros clínicos” (Flores, 2006, p. 231). La mayoría de las veces, esas personas no tienen ninguna formación en español médico y la confidencialidad médica o es posible que sus opiniones se opongan a las de los pacientes (Flores, 2006, p. 231). Podría parecer que una persona que sabe algo de español es mejor que nada. Se encontró que “los intérpretes ad hoc malinterpretan o omiten hasta la mitad de todas las preguntas de los doctores” (Flores, 2005, p. 273). Sin embargo, esta aparente conveniencia contradice el Título VI. Ha habido varios ejemplos de la vida real de falsa fluidez. La historia de vida de William Ramirez se describe abajo.

¿Suenan las palabras “intoxicado” como “intoxicated” en inglés? Sí, pero el significado es completamente diferente. Estas dos palabras eran la razón por la que se diagnosticó a Willie

Ramirez erróneamente y se convirtió en el cuadripléjico (Price-Wise, 2008). La madre de Ramirez, un hispanohablante de Cuba, les dijo a los médicos que Willie estaba “intoxicado” (Price-Wise, 2008). Eso fue la intoxicación alimentaria porque comió una hamburguesa; él no tomó las drogas que se pensaba a los doctores (Price-Wise, 2008). En esa situación, no había un traductor o una persona bilingüe en español e inglés. Si hubiera existido tal persona, ambas partes habrían podido entenderse correctamente.

“La falsa fluidez se asocia con errores médicos” (Fernandez & Pérez-Stable, 2015, p. 1394). Además, los clínicos son propensos a sobreestimar sus habilidades comunicativas en español (Fernandez & Pérez-Stable, 2015, p. 1394). Esto podría llevar a una subutilización de los traductores certificados. La falta de intérpretes y los intérpretes ad hoc puede causar daños, por lo tanto los intérpretes médicos cualificados y médicos bilingües parecen ser la mejor opción (Flores, 2005, p. 273). Las consecuencias de traducir erróneamente la información en medicina son más graves que en otros campos. Estos efectos pueden cambiar o terminar una vida. En todo, lo más importante, esta situación es prevenible.

Las Opiniones y Recomendaciones

La Experiencia Personal

Desde el año 2020, he trabajado en un hospital como técnica de enfermería. En general, mis responsabilidades como una técnica son tomar signos vitales, asistir con las actividades de vida, y alguna otra cosa que mis pacientes necesitan. A veces, tengo pacientes que hablan solamente español. Cada vez que esto ha ocurrido, nadie más en el piso del hospital podía hablar español. Tengo la capacidad de hablar español, pero no soy intérprete o traductor certificado. Sin embargo, todavía me aseguro de comunicarme con el paciente preguntando sus necesidades y varias otras cosas bajo mi certificación como técnico de enfermería.

En la esquina de la habitación hay un teléfono azul que tiene un traductor al otro lado. El teléfono azul tiene dos teléfonos conectados a él para que tanto el paciente como el médico puedan escuchar y recibir su información traducida de ambos lados. Si bien eso es útil, es muy diferente de la comunicación o traducción en persona. No tener un trabajador del hospital que hable español en persona crea una sensación de soledad para el paciente. Además, sin alguien allí en persona, es difícil para los pacientes abogar por sí mismos y sus necesidades médicas.

En mi experiencia, los pacientes están sorprendidos y agradecidos de tener a alguien con quien hablar en persona. Proporciona un espacio para que se sientan más cómodos en un entorno generalmente incómodo.

Recomendaciones

Este tema es de importancia continua debido a la diversidad cultural y lingüística de la nación de los Estados Unidos. A continuación se presentan recomendaciones de posibles soluciones o ideas que podrían ayudar a dar a los hispanos su derecho a una atención médica equitativa.

El primer paso es crear más conciencia de esta necesidad en las organizaciones médicas. La educación va en dos direcciones: a las personas que trabajan con pacientes de habla hispana y a las personas que tienen la capacidad de hacer cambios a través de la legislación en su lugar. Primero, a los miembros del equipo de cada organización se les puede enseñar cómo ser culturalmente competentes de diferentes grupos en el lugar de trabajo. Además, pueden aprender las diversas creencias que los hispanos tienen sobre la atención médica. Esto puede ser más centralizado para el grupo cultural distinto que se encuentra dentro de la región de la organización. Por otro lado, debe ser responsabilidad de la organización proporcionar esta educación aprendiendo sobre ella por sí mismos.

Entonces, podrían implementar ideas y soluciones para combatir este problema en curso. Las organizaciones podrían requerir talleres para ayudar a su personal a aprender. Estos deben ser diseñados por una persona hispana en su población o incluso por un defensor que conozca las barreras. Recordando los diversos orígenes y culturas de los hispanos, estas lecciones deben enfocarse en las culturas del área de la organización. Estos talleres podrían incluir lo siguiente: información sobre la población hispana en general y en su lugar; las responsabilidades legales; la competencia cultural; factores que afectan a los hispanos y sus perspectivas del sistema médica; y soluciones sostenibles que pueden hacer que los hispanos se sientan más cómodos, como traductores en persona. Es muy probable que estas reuniones sean un lugar para fomentar el conocimiento, la comprensión y las nuevas ideas. En general, comprender cómo los hispanos se ven afectados de manera desproporcionada en el sistema de atención médica es el primer paso para crear un cambio. Construir un entorno acogedor, sensible a sus creencias culturales, es un primer paso crucial para aumentar el acceso.

Otra recomendación es educar y proveer recursos a los hispanos. A través de la investigación, los hispanos son menos probables que obtengan el seguro médico, tienen un bajo nivel del conocimiento básico de salud, y se ven afectados negativamente por los cinco determinantes sociales. Estos factores, junto con el idioma, fomentan el aislamiento dentro de sus propias comunidades. Es fundamental educar a los hispanos sobre cómo localizar, comprender, y utilizar servicios de salud. Claramente, esta educación debe hacerse en español. Primero, el sitio web de la organización debe estar disponible para leer en español. Ese sitio web podría tener una página específica para hispanohablantes. Esta página debe tener información sobre lo siguiente: información sobre cuándo recibir atención médica; y diferentes formas en que la organización atiende a los hispanohablantes, como tener un traductor o un doctor que hable español. Además,

las organizaciones podrían crear un trabajo de habla español que contacte a los hispanos de la comunidad. Es posible que esto pueda informar a los hispanos sobre los diferentes servicios médicos, al mismo tiempo que calma sus miedos de ir a una clínica. Ayudar a los hispanohablantes con su conocimiento básico de salud a través de su compromiso con la educación podría hacerlos más propensos para convertirse en defensores más fuertes de su atención médica.

Una solución que no se limita al espacio médico es incentivar a los trabajadores que pueden hablar español. Por lo general, los trabajadores no ven incentivos organizacionales cuando pueden hablar español. En otras palabras, sus incentivos son iguales a los de aquellos que no son bilingües, a pesar de que se confía en ellos para la traducción, el compromiso con la comunidad y cualquier otra cosa que involucre a los hispanohablantes. Teniendo cuidado con la falsa fluidez y el entrenamiento médico inadecuado en español, las organizaciones podrían proporcionar acceso al aprendizaje y la certificación a sus trabajadores. Además, se podrían otorgar becas para abrir clínicas en lugares muy poblados de hispanohablantes a aquellos que son bilingües y tienen fluidez médica. En general, las organizaciones pueden apoyar mejor a las personas con fluidez en español médico, lo que puede motivarlas a estar más disponibles para ayudar a los hispanos.

Estas soluciones son bloques de construcción sobre lo que se ha construido y lo que se puede construir. Cuando me embarque en mi viaje en el campo de la medicina a un nivel superior, espero promover estas recomendaciones y servir como un defensor continuo de la población de habla hispana. Las organizaciones deben comprometerse activamente a revisar lo que están haciendo actualmente y lo que se puede hacer para mejorar.

Limitaciones

Es importante considerar todos los elementos de esa investigación y cómo contribuyen a la salud de los hispanohablantes. Si bien este trabajo cubre una gran parte de esos factores, todavía hay muchos más factores que considerar. Es más, las experiencias individuales de los hispanos no pueden caber en una definición o un significado. Con eso, las circunstancias individuales y de la localidad deben ser examinadas. Además, se deben examinar las reglas de las organizaciones médicas para determinar qué se puede hacer. La naturaleza heterogénea de estas organizaciones es enorme, por lo cual la implementación variará de un lugar a otro.

Conclusión

En conclusión, hay una falta de recursos y derechos médicos para los hispanos en los Estados Unidos porque el sistema se enfoca en los anglohablantes. Legalmente, los hispanos tienen derecho a recursos equitativos y es la responsabilidad de la organización defenderlos. La medicina puede ser como un segundo idioma y es difícil para los profesionales no médicos entenderlo completamente en el idioma nativo. Los hispanos corren un mayor riesgo de recibir atención médica deficiente debido a su falta de conocimientos sobre salud y determinantes sociales de la salud. Muchas soluciones se basan en el compromiso con la comunidad de cada una de las organizaciones médicas y se centran en la competencia cultural. Está claro que el crecimiento se ha producido en diferentes aspectos, pero es necesario hacer más para mantener esta equidad.

Las Referencias

Alcalá, H. E., Chen, J., Langellier, B. A., Roby, D. H., & Ortega, A. N. (2017). Impact of the Affordable Care Act on Health Care Access and Utilization Among Latinos. *Journal of*

- the American Board of Family Medicine*, 30(1), 52-62. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.01.160208>
- American Medical Association Code of Ethics. (n.d.). Opinion 1.1.1 Patient-Physician Relationships. <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/patient-physician-relationships>
- Association of American Medical Colleges. (2019). *Diversity in Medicine: Facts and Figures 2019*. <https://www.aamc.org/data-reports/workforce/data/figure-18-percentage-all-active-physicians-race/ethnicity-2018>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Emilio Carrillo, J., & Ananeh-Firempong II, O. (2003). Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports* (1974), 118(4), 293-302. [https://doi.org/10.1016/S0033-3549\(04\)50253-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3549(04)50253-4)
- Civil Rights Division. (2016, April 13). *Title VI of the Civil Rights Act of 1974*. U.S. Department of Justice. <https://www.justice.gov/crt/fcs/TitleVI#:~:text=VI%20LEP%20Materials-,Overview%20of%20Title%20VI,activities%20receiving%20federal%20financial%20assistance.>
- Institute of Medicine. *Coverage matters: Insurance and health care*. (2001). National Academy Press.
- Dietrich, S., & Hernandez, E. (2022, December 6). *What Languages Do We Speak in the United States?: Nearly 68 Million People Spoke a Language Other Than English at Home in 2019*. United States Census Bureau. <https://www.census.gov/library/stories/2022/12/languages-we-speak-in-united-states.html>

- Dubard, C. A., & Gizlice, Z. (2008). Language Spoken and Difference in Health Status, Access to Care, and Receipt of Preventive Services Among US Hispanics. *American Journal of Public Health*, 98(11), 2021-2028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.119008>
- eCQI Resource Center. (2023, March 16). *Health care organization*. United States Government. <https://ecqi.healthit.gov/glossary/health-care-organization#:~:text=A%20health%20care%20organization%20is,communities%2C%20populations%2C%20or%20markets>.
- Fernandez, A., & Perez-Stable, E. J. (2015). Doctor, habla español? Increasing the Supply and Quality of Language-Concordant Physicians for Spanish-Speaking Patients. *Journal of General Internal Medicine : JGIM*, 30(10), 1394–1396. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3436-x>
- Flores, G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 355(3), 229–231. <https://doi.org/10.1056/NEJMp058316>
- Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review* 62(3), 255-299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Gast, J., Peak, T., & Hunt, A. (2020). Latino Health Behavior: An Exploratory Analysis of Health Risk and Health Protective Factors in a Community Sample. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 14(1), 97-106. <https://doi.org/10.1177/1559827617716613>
- Graham, S., & Brookey, J. (2008). Do Patients Understand? *The Permanente Journal*, 12(3): 67-68. <https://doi.org/10.7812/TPP/07-144>
- Healing Hands. (2002). Paso a Paso: Step by Step Toward Cultural Competence. *HCH Clinicians' Network*, 6(2). <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/January2002HealingHands.pdf>

- HealthCare.gov. (n.d.). *Glossary: Health Insurance*. <https://www.healthcare.gov/glossary/health-insurance/>
- Moslimani, M., Lopez, M. H., & Noe-Bustamante, L. (2023, August 16). *11 facts about Hispanic origin groups in the U.S*. Pew Research Center. [pewresearch.org/short-reads/2023/08/16/11-facts-about-hispanic-origin-groups-in-the-us/](https://www.pewresearch.org/short-reads/2023/08/16/11-facts-about-hispanic-origin-groups-in-the-us/)
- National Prevention Information Network. (2021, September 9). *Cultural Competence in Health and Human Services*. Center for Disease Control and Prevention. <https://npin.cdc.gov/pages/cultural-competence>
- Peled, Y. (2018). Language barriers and epistemic injustice in healthcare settings. *Bioethics*, 32(6), 360–367. <https://doi.org/10.1111/bioe.12435>
- Price-Wise, G. (2008, November 19). *Language, Culture, and Medical Tragedy: The Case of Willie Ramirez*. Health Affairs. <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/language-culture-and-medical-tragedy-case-willie-ramirez>
- Ransford, H. E., Carrillo, F. R., & Rivera, Y. (2010). Health Care-Seeking among Latino Immigrants: Blocked Access, Use of Traditional Medicine, and the Role of Religion. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(3), 862-878. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0348>
- Rogers, R. (2023, September 13). *How Many People Speak Spanish In The US (2023 Data)*. Class Tracks. <https://myclasstracks.com/how-many-people-speak-spanish-in-the-us/>
- Singh, K. A., & Wilk, A. S. (2019). Affordable Care Act Medicaid Expansion and Racial and Ethnic Disparities in Access to Primary Care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 30(4), 1543-1559. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0088>

United States Census Bureau. (n.d.). *Quick Facts: United States*. <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/RHI725222>

U.S. Department of Health and Human Services. (n.d.). *What is the Affordable Care Act?* <https://www.hhs.gov/answers/health-insurance-reform/what-is-the-affordable-care-act/index.html#:~:text=The%20law%20addresses%20health%20insurance,Act%20on%20March%2030%2C%202010.>

U.S. Department of Health and Human Services. 2020. *Hispanic/Latino Health*. Office of Minority Health. <https://minorityhealth.hhs.gov/hispaniclatino-health#:~:text=It%20is%20significant%20to%20note,percent%20for%20non%2DHispanic%20whites.>

U.S. Department of Health and Human Services. n.d. *Social Determinants of Health*. Healthy People 2030. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>

Velasco-Mondragon, E., Jimenez, A., Palladino-Davis, A., Davis, D., & Escamilla-Cejudo, J. (2016). Public Health Reviews, 37(1), 31- <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0043-2>

Zhang, D., Rajbhandari-Thapa, J., Panda, S., Chen, Z., Shi, L., Li, Y., Shen, Y., Ghimire, R., & Emerson, K. G. (2021). Linguistic Isolation and Mortality in Older Mexican Americans: Findings from the Hispanic Established Populations Epidemiologic Studies of the Elderly. *Health Equity*, 5(1), 375–381. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0139>