

Roger Williams University

DOCS@RWU

---

Senior Theses

RWU Theses and Student Work

---

5-9-2011

## Un analisis de los efectos de las barreras de idioma y cultura en el sistema de cuidado medico de los Estados Unidos para los latinos

Katie A. Dansereau

Roger Williams University, [kdansereau824@g.rwu.edu](mailto:kdansereau824@g.rwu.edu)

Follow this and additional works at: [https://docs.rwu.edu/senior\\_theses](https://docs.rwu.edu/senior_theses)



Part of the [Communication Commons](#)

---

### Recommended Citation

Dansereau, Katie A., "Un analisis de los efectos de las barreras de idioma y cultura en el sistema de cuidado medico de los Estados Unidos para los latinos" (2011). *Senior Theses*. 1.

[https://docs.rwu.edu/senior\\_theses/1](https://docs.rwu.edu/senior_theses/1)

This Thesis is brought to you for free and open access by the RWU Theses and Student Work at DOCS@RWU. It has been accepted for inclusion in Senior Theses by an authorized administrator of DOCS@RWU. For more information, please contact [mwu@rwu.edu](mailto:mwu@rwu.edu).

**Un análisis de los efectos de las barreras de idioma y cultura en el sistema de cuidado  
médico de los Estados Unidos para los latinos**

Katie A. Dansereau

Título en Artes

Departamento de Lenguas Modernas: Español

Facultad Feinstein de Artes y Ciencias

Universidad de Roger Williams

Mayo de 2011

**La página de las firmas**

Un análisis de los efectos de las barreras de idioma y cultura en el sistema de cuidado médico de los Estados Unidos para los latinos

Nombre del autor: Katie A. Dansereau

Firma del autor: Katie A. Dansereau Fecha de la firma: 5/9/11

Nombre del primer asesor: Jan Jacobs

Firma del asesor: Jan Jacobs Fecha de la firma: 5/9/11

Nombre del segundo asesor: Sandra B. Schaeffer

Firma del asesor: S B Schaeffer Fecha de la firma: 5/9/11

Nombre del Decano de la Facultad Feinstein de Artes y Ciencias: \_\_\_\_\_

Firma del Decano: [Signature] Fecha de la firma: 5/11/11

## **El abstracto**

El propósito de esta tesis es analizar los impactos negativos de las barreras de idioma y cultura en el cuidado médico en los Estados Unidos (EE.UU.) en cuanto a los latinos con un dominio limitado de inglés. Otros objetivos son investigar los esfuerzos que se realizaban para reducir estos obstáculos y proponer soluciones adicionales. Los métodos empleados eran de revisar la literatura pertinente para encontrar estudios que involucran el cuidado médico de los latinos y usar la información recopilada para sacar conclusiones sobre los cambios que deben hacerse en el sistema de cuidado médico en los EE.UU. Los resultados revelaron que los principales efectos de las barreras eran diagnósticos erróneos, malentendidos sobre los planes de tratamiento en el hogar y una reducción en el uso de los servicios de salud por la población latina. Las soluciones propuestas exigen la financiación para el empleo de intérpretes médicos profesionales, la creación de programas de salud que son culturalmente conscientes y el aumento en la disponibilidad de materiales educativos y formularios médicos multilingües. Este documento puede ayudar a otros en la creación de políticas para eliminar la disparidad en el cuidado médico para las poblaciones insuficientemente representadas, tales como los latinos.

## Introducción

Según al Censo del año 2000 de los EE.UU., los latinos son el grupo minoritario más numeroso de los EE.UU. (Timmins 2002). El Censo también encontró que 47 millones o 18% de los residentes de los EE.UU. hablan un idioma distinto del inglés en el hogar. Además, 21,4 millones o 8,2% de residentes estadounidenses tienen poca o ninguna habilidad de hablar inglés (Shi 2009). La población de latinos ha aumentado 7 veces más rápidamente que el resto de la población de los EE.UU. (Timmins 2002). A pesar de la grande y creciente población de latinos en los EE.UU., las barreras de idioma siguen siendo un problema grave al sistema de salud en el país. La palabra, latino, se refiere a todas las personas que viven en los EE.UU., cuyo origen se remonta a las regiones en América Latina en que el español es el idioma principal (Timmins 2002).

Un análisis de las barreras de idioma y cultura entre los doctores estadounidenses y latinos con poca o ninguna habilidad de hablar inglés revela tres impactos negativos en la experiencia de salud para ambos los doctores y los pacientes: diagnósticos erróneos, malentendidos sobre los planes de tratamiento en el hogar y una reducción en el uso de los servicios de salud por la población latina. Shi (2009) escribe que las barreras de idioma conducen al diagnóstico y el tratamiento inadecuado de pacientes que no tienen suficientes habilidades de hablar inglés. Los efectos adicionales incluyen la comprensión reducida de las instrucciones médicas y baja adherencia a los regímenes. Timmins (2002) informa que latinos usan menos de los servicios de salud que los de raza blanca. Los servicios incluyen la detección, la prevención y la atención primaria a la salud. Varios estudios de las barreras de idioma en la salud demuestran que las políticas vigentes para involucrar a los pacientes que no hablan inglés son insuficientes. En consecuencia, más recursos y fondos deben emplearse por la creación de

nuevos programas y políticas que reduzcan las barreras lingüísticas en la salud. Según Timmins (2002), se prevé que los latinos representarán 24,5% de la población de los EE.UU. para el año 2050. Estas estadísticas demuestran la importancia y la urgencia de resolver el problema de barreras de idioma en el sistema de salud en los EE.UU.

### **Antecedentes**

En general, el idioma y la cultura son de gran importancia al mundo de salud pública. Según Healthy People 2010, una iniciativa para la promoción de la salud nacional y la prevención de enfermedades, la comunicación clara entre el paciente y el profesional de salud es esencial para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de los problemas de salud (Shi 2009). Para proveer el cuidado médico apropiado, los doctores deben comunicarse suficientemente con sus pacientes y deben estar conscientes de sus creencias culturales. El idioma es importante porque el paciente necesita describir sus síntomas al doctor para que el médico pueda proveerle el diagnóstico apropiado. También, los pacientes y los doctores deben tener un entendimiento mutuo del plan de tratamiento, especialmente en el caso de enfermedades crónicas. Los programas educativos para la prevención de enfermedades deben ajustarse para satisfacer las necesidades de las poblaciones minoritarias. Las diferencias de idioma y cultura evitan que estas poblaciones reciban los materiales educativos adecuados. Puesto que la población de pacientes en los EE.UU. se hace más diversa, las barreras de idioma se vuelven aún más importantes (Shi 2009).

Las barreras del idioma y la cultura afectan a todas las poblaciones minoritarias pero, para el propósito de esta revisión de la literatura, me centro en la minoría más grande de los EE.UU., los latinos. Como se mencionó anteriormente, la palabra “latino” se refiere a todos los residentes de los EE.UU. que son de los países de América Latina (Timmins 2002). Es

importante darse cuenta de que la raza es una categoría social, no biológica (Williams 2010). En encuestas nacionales de salud entre los años 1989 y 1991, se descubrió que gran diferencias en demográficas, salud y uso de servicios existen entre la gente de la población latina (Timmins 2002). Aunque la mayoría de la gente asume que los latinos tienen similares creencias culturales, Davis (2010) argumenta que en realidad son un grupo muy heterogéneo culturalmente. Sin embargo, a pesar de sus diferencias, una lengua común une a la población diversa. Por esa razón, los latinos son el centro de muchos estudios de las disparidades en los servicios de salud.

### **Las barreras del idioma**

Singleton (2009) define el término “idioma” como un conjunto de palabras y los sistemas para la utilización común de personas que son de la misma comunidad o nación, la misma zona geográfica, o la misma tradición cultural. En los EE.UU., la población es muy diversa así que hay una gran cantidad de idiomas diferentes que se hablan. Entre esos idiomas están el inglés y el español que son los más prevalentes. Timmins (2002) encontró que el español era el lenguaje primario de 11% de los adultos en el año 2000. Aunque muchos latinos son bilingües en español e inglés, las estadísticas demuestran que una variedad de personas, la mayoría adultos, tienen sólo dominio limitado de inglés. Una de cada 5 personas en los EE.UU. habla un idioma diferente al inglés en casa y más de 24 millones de estadounidenses tienen poca o ninguna habilidad de hablar inglés (Flores 2008). Como resultado de las barreras de idioma, las habilidades de hablar, leer y escribir en inglés son casi necesidades si una persona quiere recibir el cuidado apropiado de salud en los EE.UU.

La mayoría de los profesionales de salud en los EE.UU. solamente habla inglés. Los resultados de un estudio en California (Hornberger 1997) demostraron que 71% de los médicos

eran blancos y solamente 3% eran hispanos. Aunque California tiene una de las poblaciones con mayor diversidad étnica en los EE.UU., sólo 42% de los médicos hablaban un idioma distinto del inglés. Timmins (2002) afirma que hay una escasez de profesionales de salud bilingües. Por eso, los doctores deben depender de los intérpretes para comunicarse con sus pacientes. Sin embargo, pocos hospitales y clínicas tienen el presupuesto para la contratación de intérpretes médicos. Es común que los parientes del paciente u otros profesionales médicos actúen de intérpretes (Timmins 2002). En una encuesta de médicos en California (Hornberger 1997), se reportó que 20% de los intérpretes que llevaron a cabo la interpretación fue realizada por miembros de personal sin capacitación formal. Además, 36% de ellas fueron hechas por parientes o compañeros del paciente. Esa es una práctica peligrosa porque intérpretes *ad hoc* son mucho más propensos que los intérpretes profesionales a cometer errores en la traducción. Torres (2008) informa que 25 a 50% de las palabras y las frases se transmiten incorrectamente por intérpretes informales. Flores (2006) encontró que esos intérpretes no tienen el conocimiento adecuado de la terminología médica y no han tenido la educación suficiente de la confidencialidad del paciente. A pesar de que ningún interprete se utiliza en 46% de los casos de emergencias médicas para los pacientes que hablan poco o ningún inglés. Adicionalmente, sólo 23% de los hospitales en los EE.UU. provee una educación a los médicos en cómo trabajar con intérpretes (Flores 2006).

Las barreras de idioma tienen muchos efectos en la experiencia de cuidado médico. Shi (2009) escribe que el dominio limitado de inglés lleva a peor acceso al cuidado médico, dificultades para comunicarse con proveedores, diagnósticos y el tratamiento inadecuado, el cuidado de calidad baja y la satisfacción reducida de parte de los pacientes. Los impactos adicionales incluyen la comprensión mínima de las instrucciones médicas, la adherencia reducida



a los regímenes, menos visitas de seguimiento y peores condiciones de salud. En una encuesta con pacientes con un dominio limitado de inglés (DLI), Shi (2009) afirma que esos pacientes son 18,0% más propensos a renunciar la atención médica necesaria. También, las personas con DLI tienen 33,9% probabilidad reducida de una visita médica (Shi 2009). De manera similar, Timmins (2002) descubrió que, para los latinos, es más probable que usen los servicios de emergencia de salud que los servicios de atención primaria.

La prevención de enfermedades es una parte importante en el mantenimiento de la salud pública. Desgraciadamente, los pacientes con un dominio limitado de inglés tienen menos acceso al cuidado médico agudo y a los servicios preventivos (Diamond 2008). En su estudio, Timmins (2002) encontró que 44% de las mujeres inmigrantes de México afirman que la barrera de idioma y la falta de comunicación llevan a menos acceso al cuidado prenatal. Farmer (2010) condujo un estudio para examinar la influencia de idioma primario en la recepción de vacunas contra la gripe y la neumonía neumocócica. En el año 2008, la gripe y la neumonía fueron las séptimas causas principales de la muerte en los EE.UU.. Los objetivos de la iniciativa, Healthy People 2010, afirman que 90% de las personas mayores de 65 años deben recibir ambas vacunas. En el año 2005, sólo 69,3% de esas personas recibió la vacuna contra la gripe y sólo 58% recibió la vacuna neumocócica. En el mismo año, las estadísticas demuestran que 42,3% de los californianos mayores de 5 años hablaban inglés a un nivel más bajo que “muy bien.” En su estudio, Farmer (2010) descubrió que 75,3% de las personas con un dominio limitado de inglés había recibido una vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses. Sólo 50,6% había recibido la vacuna neumocócica en los últimos 12 meses. Después del estudio, Farmer (2010) concluyó que tener inglés como un idioma primario y tener seguro de salud son predictores de ambas vacunas.

La falta de comprensión de las instrucciones médicas puede causar muchas complicaciones. Una encuesta telefónica sobre cuidado en el departamento de emergencia reveló que 28% de los latinos no comprendió, al menos en parte, sus diagnósticos o instrucciones médicas (Timmins 2002). David (1998) escribe que la explicación de los efectos secundarios influye en el cumplimiento en tomar la medicación. En un estudio de las diferencias entre los latinos con un dominio de inglés y los con poco o ningún, los resultados demuestran que 84% de los latinos con la habilidad de hablar inglés afirmó que los efectos secundarios se les explicó. En comparación, sólo 53% de los latinos con un dominio limitado de inglés informó que los efectos secundarios de las medicaciones les había explicado. En muchas situaciones, el uso de las instrucciones escritas mejora la comprensión de y la adherencia a los planes de tratamiento. Sin embargo, Flores (2008) encontró que solamente 19% de los hospitales que completaron la encuesta ofrece la traducción de documentos escritos.

Los esfuerzos actuales para reducir las barreras de idioma en el cuidado médico son insuficientes. En el año 2001, el Departamento de Salud y Servicios Humanos promulgó las normas nacionales para los servicios apropiados respecto a la cultura e idioma (Shi 2009). Fue un intento de promover el cuidado médico accesible a las personas con un dominio limitado de inglés. Sin embargo, esas normas no se aplican universalmente y proveen solamente direcciones vagas. La ley de mejora de la salud de minorías desaventajadas del año 1990 exige que los centros comunitarios de salud con fondos federales provean los servicios médicos primarios en el idioma del paciente. El Departamento de Salud y Servicios Humanos proporciona un mínimo de \$3 millones cada año para ayudar en la provisión de servicios bilingües o interpretativos (Timmins 2002). Jacobs (2006) afirma que esas leyes y reglamentos se aplican solamente en raras ocasiones.

Los esfuerzos adicionales se centran en la financiación de los servicios de interpretación médica. Actualmente, 13 estados y el Distrito de Colombia ofrecen reembolsos por terceros seguros por servicios de interpretación médica (Flores 2008). A pesar de eso, la mayoría de los estados que contienen el mayor número de pacientes con dominio limitado de inglés no proveen dichas fondos (Flores 2006). Flores (2008) encontró que solamente 3% de los hospitales en Nuevo Jersey emplean a intérpretes médicos de tiempo completo. Por consiguiente, existe un intérprete por cada 240,748 residentes de Nuevo Jersey con un dominio limitado de inglés. Esas estadísticas atestiguan a las grandes disparidades en el sistema de cuidado médico de los EE.UU.. "We clinicians are better educated and more scientific than ever before, but we have a great failing: we sometimes do not communicate effectively with our patients or with their families" (citado por Jacobs 2006: 111). Esta cita demuestra que los doctores están conscientes de los problemas actuales pero se ha hecho poco para cambiar las circunstancias.

### **Las barreras de la cultura**

Singleton (2009) define la cultura como el conocimiento aprendido, compartido y transmitido de los valores, las creencias y las formas de vida de un grupo particular que influyen en los pensamientos, las decisiones y las acciones. La cultura es dinámica y en gran medida inconsciente. Es dinámica porque cambia constantemente según los fenómenos globales. La cultura es una parte importante de la interacción entre los doctores y sus pacientes. Las culturas diferentes tienen diferentes modelos explicativos de la enfermedad (McCombie 1987: 989). La biomedicina es una cultura pero muchos doctores no la reconocen. Creen que la biomedicina, apoyada por la ciencia, no es una cultura, sino que es una verdad. Ese sentido de conocimiento autorizado se transmite al paciente a través de lo que se llama "biopoder" (Foucault 1973: 75).

Hay una lucha por el poder entre el médico y el paciente que es evidente en los temas como el cumplimiento y la formación de híbridos de prácticas médicas.

El punto de vista de un paciente sobre su enfermedad es determinado por la rapidez de aparición de la enfermedad, su interferencia en la vida diaria, y la esperanza de vida con la enfermedad. La información es recopilada de los profesionales de salud así como de los encuentros en la vida diaria (Becker 1995: 167). Principalmente, los pacientes dependen del médico para que les explique e interprete la enfermedad y todos sus componentes, inclusive el tratamiento. No obstante, incorporan explicaciones médicas y culturales en su comprensión de la enfermedad (Becker 1995: 180). La preocupación principal del paciente es de conocer y entender su dolor (Finkler 1994: 187) Los pacientes quieren que los médicos comprendan sus enfermedades en los aspectos médicos y culturales. La comprensión de los pacientes de la enfermedad depende del contexto: es específica a la historia de la vida, los factores sociales y ambientales, así como experiencias con tratamientos actuales. Los pacientes se centran en el efecto que la enfermedad tiene en su vida cotidiana y sus actividades sociales (Hunt 2001: 349).

En la medicina occidental, el cuerpo es considerado una máquina: una compilación de sistemas independientes que trabajan juntos. Según Descartes, un filósofo francés, hay una separación entre la mente o el espíritu y el cuerpo (Osherson 1981: 22). La biomedicina dicta una visión mecánica de la enfermedad, que se localiza en el cuerpo y es independiente del paciente (Osherson 1981: 223). El doctor cree que el paciente es un objeto, no un sujeto, y que es un buque para la enfermedad (Foucault 1973: 65). El diagnóstico está basado en datos empíricos en vez de basarse en las creencias y actividades culturales del paciente.

El “biopoder” es la idea de que los médicos tienen la autoridad de decidir lo que se considera una enfermedad y como tratarla. Ése es un poder de conocimiento y se hace exclusiva

con el uso de los números, los símbolos, las abreviaturas y la jerga profesional (Foucault 1973: 96). El uso de la tecnología también afecta la construcción del biopoder. Los médicos usan máquinas y dispositivos exclusivos para la profesión de la medicina tales como estetoscopios, balanzas y máquinas de rayos-x (Finkler 1994: 181). Los objetos son símbolos del poder que los médicos tienen porque sólo los doctores saben cómo utilizar los dispositivos y cómo interpretar sus resultados. Ese idioma exclusivo obliga que los pacientes admitan su necesidad de un médico para determinar el origen de una enfermedad y cómo tratarla, y para explicar todas las implicaciones.

Los médicos usan los valores estadounidenses para consolidar su poder sobre el paciente. La cultura estadounidense valora la perseverancia y el individuo productivo que tiene el control de su entorno (Becker 1995: 181-182). Por eso, los doctores esperan que los pacientes asuman la responsabilidad por la enfermedad y el plan de tratamiento. El énfasis de la sociedad occidental sobre la privacidad y el individualismo es evidente en la cultura biomédica. El paciente se considera ser una unidad individual, independiente y aislada de otras personas (Finkler 1994:183). Los médicos suponen que el conocimiento biomédico se aplica a todas las personas independientemente de los contextos sociales y culturales (Millard 1998: 463). El médico devalúa el conocimiento y las creencias culturales del paciente (Millard 1998: 448). Además, las largas esperas, las visitas de corta duración, los programas controlados y la actitud autoritaria de los médicos causa que los pacientes se sientan irrespetados e inferiores (Lazarus 1988: 51).

El "cumplimiento" es el uso por el paciente de la medicina o la terapia de acuerdo con la receta del médico. El "incumplimiento" es cualquier divergencia respecto a la receta (Ferzacca 2000: 35). Los médicos esperan y exigen que los pacientes cumplan y reprenden a los que no cumplen las normas (Finkler 1994: 182). El incumplimiento surge de una diferencia entre las

normas y las metas del médico y las del paciente. “Los híbridos de prácticas médicas” se forman como resultado de los referentes culturales compartidos tanto por el médico y el paciente, pero diferentes objetivos para cada partido (Ferzacca 2000: 43). Los pacientes eligen las conductas de salud para encontrar un equilibrio entre el modelo cultural de la enfermedad y el modelo biomédico de ella (Becker, 1995: 167). En otras palabras, los pacientes consideran cómo el tratamiento afectará su vida diaria mientras que los doctores se centran solamente en la curación de la enfermedad.

La lucha por el poder entre los médicos y sus pacientes es una barrera de la cultura en el cuidado médico pero otras existen también. Los ejemplos de influencias culturales son las normas para la comunicación, los entendimientos de las enfermedades físicas y mentales, la prioridad de necesidades, las dinámicas de control y los papeles del individuo, la familia y la comunidad (Singleton 2009). Timmins (2002) define la competencia cultural como la conciencia y la aceptación de las diferencias culturales y la habilidad de aprender e interactuar con sensibilidad a las culturas diversas del paciente. Torres (2008) afirma que esas barreras resultan por la falta de entendimiento del diagnóstico y los tratamientos. También, el sesgo de los médicos contribuye a la insuficiencia del sistema para el cuidado médico en los EE.UU. Las relaciones entre doctores y pacientes son muy importantes al cuidado y al tratamiento de los pacientes. Por ejemplo, Flores (1998) argumenta que en la cultura latina los valores como el respeto y la simpatía hacen una parte importante en la interacción entre los médicos y los pacientes. La simpatía se describe como cortesía y amabilidad frente al estrés. Los médicos se consideran las figuras de autoridad y deben ser tratados con respeto. Sin embargo, los latinos también esperan ser tratados con el mismo nivel de respeto, especialmente si el médico es más

joven que el paciente (Flores 1998). Una falta de competencia cultural puede llevar a la desconfianza y a la falta del cumplimiento por parte del paciente.

En un estudio de la recepción de vacunas para la gripe y la neumonía neumocócica, Farmer (2010) descubrió que la comunicación inadecuada entre los doctores y los pacientes y los malentendidos culturales sobre los beneficios de las vacunas son factores principales que llevan pérdida de oportunidades de vacunación. Los programas para la prevención de enfermedades no tienen largos impactos en el estado de salud de la mayoría de las poblaciones minoritarias por razones como esas. Además, la educación sobre la prevención de enfermedades está dirigida a las poblaciones mayoritarias. Esos programas no toman en cuenta las diferencias culturales. Las creencias, los valores y las preferencias culturales influyen la manera en que el paciente interpreta la información médica (Singleton 2009). Después de una encuesta nacional de mexicano-americanos, Estrada (1990) reportó que el aislamiento de la cultura dominante resulta en menor utilización de los servicios de salud.

Davis (2011) investigó los impactos de las creencias culturales sobre el cuidado de salud de los adultos mexicano-americanos que sufren de diabetes tipo 2. Encontró que el uso de español indicaba una creencia en “susto,” una preferencia por la orientación de la salud de un experto y la participación de otras personas en el cuidado de la enfermedad. En una encuesta, Ransford (2010) concluye que 90% de los mexicano-americanos creen que la oración ayuda a mejorar la salud. De manera similar, Pérez-Escamilla (2010) reporta que los hispanos son menos propensos a pensar que su propio comportamiento determina la duración de su recuperación. Además, son más inclinados a creer que la suerte hace una parte importante en la recuperación. Es posible que las diferencias en las creencias entre los doctores estadounidenses y sus pacientes latinos lleven a la formación de prácticas médicas híbridas. Por la misma razón, los hispanos

comúnmente visitan a curanderos tradicionales antes de interactuar con la biomedicina occidental (Fiscella 2002). La medicina tradicional ofrece una alternativa atractiva porque los curanderos son culturalmente más competentes. Fiscella (2002) encontró que en cuanto al tratamiento en el hogar los hispanos tienden a combinar la medicina tradicional y la biomédica.

La enfermedad estigmatizada es otro aspecto de las barreras culturales al cuidado médico. Después de un estudio, los centros para el control y la prevención de enfermedades encontraron que los hispanos tienen un alto riesgo para evitar la prueba de VIH. Las razones incluyen la vergüenza y el rechazo debido al estigma social (Pérez-Escamilla 2010). Según Horwitz (2008), en el año de 2002, 14% de latinos estaba enfermo de SIDA. Eso representaba 20% de todos los nuevos casos de SIDA en los EE.UU.. Desafortunadamente, la prevención y el cuidado del VIH / SIDA y otras ETS entre los latinos son afectadas por factores como la pobreza, los patrones de migración, las estructuras sociales, las barreras del idioma, el estatus migratorio e inadecuado seguro de salud (Pérez-Escamilla 2010). Pérez-Escamilla (2010) también afirma que las desigualdades entre los sexos resultan en un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual para las mexicanas. A pesar de todos los informes, Horwitz (2008) encontró que la enfermedad estigmatizada es una mayor barrera al cuidado médico en México que en los EE.UU. Según la encuesta sobre la salud en California del año 2001, 5,5% (aproximadamente ½ millón) de inmigrantes hispanos que viven en California viajó a México para el cuidado médico de las enfermedades (Pérez-Escamilla 2010). Sin embargo, en el caso de enfermedades estigmatizadas, los latinos prefirieron el anonimato que es proporcionado por el sistema de cuidado médico de EE.UU. (Horwitz 2008). Así que, aunque muchos latinos describen el sistema de cuidado médico de EE.UU. como “impersonal y frío,” rasgos que son beneficios en el caso de enfermedades estigmatizadas.



## **La utilización de los servicios de salud**

Weinick (2004) escribió que los hispanos tienen peores estados de salud y usan menos servicios de salud. Por lo tanto, otros factores deben contribuir a su evasión del sistema de cuidado médico. Aunque las barreras del idioma y de la cultura están asociadas con un menor uso de los servicios de salud, los estudios han mostrado que las limitaciones de costo, la disponibilidad y la accesibilidad son las causas principales por la subutilización de los servicios. Parece que la cultura y el idioma del paciente están sólo indirectamente relacionados con el uso de servicios de salud. Sin embargo, esas barreras tienen un mayor efecto sobre la satisfacción, el cumplimiento y la continuación del tratamiento por el paciente (Schur 1996). Los latinos cuyo idioma principal es el español tienen menos probabilidad de recibir educación y más probabilidad de ser pobres en comparación con los latinos cuyo idioma principal es el inglés. Además, son más propensos a no tener seguro médico (Pérez-Escamilla 2010). De manera similar, Schur (1996) encontró que los latinos con dominio limitado de inglés tienen menos probabilidad de tener seguro privado y mayor nivel de pobreza. En una encuesta nacional, Horwitz (2008) descubrió que 35% de los hispanos estaban sin seguro mientras que solamente 13% de los blancos no lo tenían.

En una comparación de las evaluaciones de los servicios de salud para latinos que hablan español y los que hablan inglés, Weech-Maldonado (2008) descubrió que el primer grupo pareció menos satisfecho con la puntualidad de la atención, la comunicación con el médico y la amabilidad del personal. Los hispanos eran menos exitosos en obtener la atención necesaria que los blancos (Weech-Maldonado 2008). Según Schur (1996), el inglés como primera lengua indica la capacidad de acceder y gestionar el sistema de cuidado médico de los EE.UU.. Además, estas personas tienden a estar más satisfechas con el cuidado médico. Son más

propensas a tener un sitio usual de atención médica y demuestran un mayor uso de los servicios de salud. Los hispanos que hablan español tienen menos probabilidad de visitar al médico o psiquiatra y vacunarse contra la influenza (Fiscella 2002). Weinick (2004) argumenta que la fluidez en español se asocia con menos visitas a la sala de emergencias y menos hospitalizaciones. En el caso de las minorías, la raza y la etnia están vinculadas a menos visitas al médico, un menor gasto total en la salud, y menor probabilidad de tener un sitio regular de cuidado (Fiscella 2002).

Como se mencionó anteriormente, los estados de salud, la cultura y las condiciones sociales de las personas difieren en gran medida dentro de la población latina. Estrada (1990) encontró que los mexicano-americanos usan menos servicios de salud en comparación con los blancos, los negros no-hispanos, los puertorriqueños, los cubano-americanos y otros hispanos. También, las diferencias existen entre los latinos nacidos en los EE.UU. y los que inmigraron a los EE.UU. Pérez-Escamilla (2010) afirma que los inmigrantes hispanos tienen acceso limitado a la educación y al empleo adecuado. Las investigaciones demuestran que los inmigrantes hispanos adultos tienen niveles más bajos de educación. Esas condiciones llevan a una mayor probabilidad de obtener una profesión con riesgos a la salud y bajos beneficios de cobertura médica. Según Weinick (2004), las barreras a la utilización de cuidado médico para los inmigrantes recientes incluyen una falta de familiaridad con el sistema de los EE.UU., un miedo a ser considerados una carga para los contribuyentes y una expectativa de las barreras de idioma. Además, en una encuesta, los inmigrantes minoritarios citaron la falta de médicos bilingües e intérpretes como una razón por la subutilización de los servicios de salud (Horwitz 2008). Sin embargo, parece que la razón principal era el costo.

El idioma también afecta el uso de los servicios de salud. Por ejemplo, las barreras del idioma están vinculadas a peores resultados de salud mental y un dominio limitado de inglés está asociado con la severidad de la depresión por hispanas embarazadas (Pérez-Escamilla 2010). Adicionalmente, esas barreras están correlacionadas con el diagnóstico de la diabetes tipo 2. La escasez de proveedores bilingües de cuidado médico requiere que los estadounidenses que hablan español obtengan el cuidado de médicos que no hablan español (Schur 1996). En un estudio del cuidado médico de niños, 15% de los padres dijeron que el mayor obstáculo al uso de los servicios de salud era los doctores y las enfermeras que no hablan español. Además, 11% de los padres mencionaron la falta de intérpretes médicos (Flores 1998). Uno de cada 16 padres no había llevado a su hijo a un centro médico debido a problemas de idioma. Hornberger (1997) reportó que los intérpretes médicos entrenados de AT&T Language Line fueron usados en menos de 6% de los encuentros con pacientes que no hablaban inglés. Schur (1996) afirma que la insatisfacción con el cuidado médico como un resultado de las barreras de idioma lleva a retrasos en la búsqueda de atención médica. Esa barrera se agrava por el hecho que 25% de la población de adultos hispanos sólo habla español (Schur 1996). Horwitz (2008) descubrió que 25% de los hispanos viven con adultos que tienen un dominio limitado de inglés.

Numerosos estudios han demostrado que las personas que tenían un lugar regular para obtener atención médica son más propensas a utilizar los servicios de salud cuando están enfermas (Schur 1996). Una fuente habitual de cuidado médico lleva a un aumento de satisfacción y un riesgo mayor por la continuidad del cuidado. A pesar de que 32,9% de adultos hispanos no tenía una fuente usual de los servicios de salud. También, 18% tenía una fuente regular de cuidado pero no tenía un doctor regular en ese lugar. Solamente 17% tenía un doctor regular que era hispano o hablaba español. Finalmente, 32% de los adultos hispanos tenía un

médico usual que sólo hablaba inglés y no era hispano (Schur 1996). En una encuesta nacional sobre los servicios de salud, los centros para el control y la prevención de enfermedades encontró que los hispanos entre 0 y 17 años de edad fueron significativamente menos propensos que no-hispanos a recibir el cuidado médico en la oficina de un médico que en una sala de emergencias o una clínica (Pérez-Escamilla 2010). Según Schur (1996), durante el año anterior, la probabilidad de usar los servicios de un especialista fue 27,7% para las personas con un dominio limitado de inglés y 39,6% para las personas bilingües o las que hablaban inglés. Weinick (2004) encontró que los mexicanos y los cubanos eran menos propensos a visitar la sala de emergencias que los blancos. Al contrario, los puertorriqueños eran más propensos. Además, era menos probable que los hispanos tuvieran las medicinas recetadas.

La reducción de la utilización de cuidado médico también es común para los niños hispanos (Flores 1998). Los resultados de una encuesta nacional indicaron que más a menudo los padres llevaban a sus hijos a las clínicas del hospital (56%) o a los centros de salud en su barrio (21%) para las visitas habituales durante una enfermedad. Era raro que consultaran a un médico privado (3%). Adicionalmente, 21% de los padres llevaban a sus hijos a la sala de emergencias por esas visitas. Esa encuesta también mostró que muchas barreras impiden que los niños reciban la necesaria atención médica. Esas barreras incluyen el transporte (21%), el costo del cuidado (18%), las largas esperas (17%), la falta de seguro de salud (16%) y la falta de entendimiento cultural por parte del personal (11%). Flores (1998) reportó que uno de cada 15 padres latinos no llevaba a sus niños a un centro de salud porque no podían pagar por los servicios de salud. Los padres citaron las barreras de idioma como el mayor impedimento al cuidado médico para sus niños (26%). En los EE.UU., para recibir el mejor cuidado es necesario

que una persona tenga un médico primario de cuidado. Las relaciones entre los doctores y sus pacientes son muy importantes a la calidad de cuidado.

La educación es muy importante para la prevención de enfermedades en los EE.UU.. El problema es que los programas de salud están dirigidos a personas de habla inglesa. Fiscella (2002) descubrió que muchas disparidades de salud existen entre los hispanos y los blancos. Según estudios, los hispanos son menos propensos a tener pruebas de detección de salud tales como las mamografías y los exámenes de Papanicolaou. Otros tipos de cuidado preventivo son las vacunas contra la influenza y el cuidado prenatal. En ambos casos, los blancos tienen más probabilidad de recibir tales servicios que los hispanos. Fiscella (2002) también encontró que eran menos propensos a recibir la analgesia para el cáncer metastásico, el trauma y el parto. Según Pérez-Escamilla (2010), la falta de competencia cultural en los programas de educación para la salud ha resultado en una menor probabilidad de detección de cáncer de los senos y del cuello uterino en mujeres latinas. Los servicios de prevención tienen más probabilidad de ser utilizados por las personas que hablan inglés (Schur 1996). Aunque todavía existe mucha disparidad en la salud de los latinos, los programas de extensión comunitaria que son culturalmente adecuados y dependen en gran medida en los trabajadores de salud comunitaria (los promotores) han mejorado el acceso y la calidad de cuidado médico (Pérez-Escamilla 2010).

### **El diagnóstico erróneo y las diferentes concepciones de los planes de tratamiento**

Para los latinos con un dominio limitado de inglés la causa principal del diagnóstico erróneo es la mala interpretación. Una investigación de las barreras de acceso al cuidado médico para los niños latinos reveló que la incapacidad del personal médico en hablar español lleva a la atención médica deficiente (8%), errores de diagnóstico (6%) y la receta de medicamentos inapropiados (5%) (Flores 1998). Los errores de traducción por intérpretes *ad hoc* son más

propensos a tener consecuencias clínicas que los por intérpretes profesionales. Flores (2003) encontró que 63% de los errores de interpretación lleva a consecuencias clínicas. Esos errores incluyen la omisión (52%), la fluidez falsa (16%), la sustitución (13%), la expresión de opinión (10%) y la adición (8%) de información. Un ejemplo de los efectos negativos de la mala interpretación fue una demanda de \$71 millones sobre una palabra mal interpretada en la sala de emergencias. En otro caso, la falta de consulta con un intérprete médico llevó a la hospitalización prolongada de un paciente de un apéndice perforado que se podría haber evitado. Además, los errores de interpretación han resultado en la colocación de niños en custodia estatal a causa de falsas acusaciones de abuso de menores de edad. Por eso, Flores (2003) concluyó que un intérprete médico es un componente esencial para la comunicación efectiva entre el paciente con un dominio limitado del inglés y el proveedor de cuidado médico.

Mientras que los diagnósticos erróneos se producen principalmente debido a la presencia de las barreras lingüísticas, la insuficiencia de parte de los pacientes para adherirse a los planes de tratamiento es causada por las barreras del idioma así como las de la cultura. Las diferencias culturales afectan el tratamiento de enfermedades crónicas porque esos tipos de enfermedades son controlados por el paciente en casa. Como se mencionó anteriormente, el punto de vista del paciente sobre su enfermedad es determinado por la rapidez de la aparición de la enfermedad, su interferencia en la vida diaria, y la esperanza de vivir con la enfermedad (Becker 1995: 167). El punto de vista del paciente en cuanto a su enfermedad es importante porque influye la manera en que el paciente interpreta el plan de tratamiento propuesta por el médico. Las diferentes culturas tienen distintos modelos explicativos de la enfermedad (McCombie 1987: 989). Por lo tanto, los latinos tienen sus propias creencias sobre los significados y las implicaciones de la enfermedad.

Esas creencias así como su relación con el médico les ayudan a formar su propio plan de tratamiento.

La lucha por el poder entre el médico y el paciente que afecta el cumplimiento y la formación de prácticas médicas híbridas es especialmente evidente en el cuidado médico de los latinos. En la cultura latina, la edad, el sexo y la profesión de una persona son muy importantes en las interacciones culturales. Por ejemplo, como se mencionó anteriormente los médicos se consideran figuras de autoridad por los latinos (Flores 1998). Sin embargo, aunque creen que los médicos deben ser tratados con respeto, también esperan el mismo tratamiento. Esto es especialmente cierto con los médicos jóvenes y los pacientes de edad avanzada. Esos valores culturales son más prevalentes en las generaciones de latinos ancianos. Además, los latinos mayores de edad son más propensos a tener un dominio limitado del inglés. Todos esos factores llevan a problemas en la interacción entre el doctor y el paciente.

Naturalmente, los pacientes incorporan explicaciones médicas y culturales en su comprensión de la enfermedad (Becker 1995: 180). La misma información les ayuda a formar prácticas médicas híbridas. No obstante, la confianza es un componente esencial en la relación entre el médico y el paciente. Para que el paciente adhiera a su plan de tratamiento, debe confiar en su médico. En el sistema de salud de los EE.UU., el médico devalúa el conocimiento y las creencias culturales del paciente (Millard 1998: 448). Por eso, la confianza necesaria para el cuidado médico adecuado no existe. La falta de confianza por el paciente hacia el doctor puede llevar a muchos problemas. Por ejemplo, si un paciente no confía en su médico, podría omitir detalles importantes sobre sus síntomas. Este tipo de práctica podría conducir al diagnóstico erróneo y / o a la formación de concepciones diferentes de los planes de tratamiento.

## Las soluciones y la conclusión

Todas las estadísticas mencionadas confirman que las barreras de idioma y cultura afectan negativamente el cuidado médico de la población latina con poca o ninguna habilidad de hablar inglés. Como la población latina sigue aumentando, más y más latinos se ponen en riesgo de recibir atención médica inadecuada. Aunque hay evidencia de algunos esfuerzos para reducir las disparidades en el sistema de salud de los EE.UU., no se hace lo suficiente. Por ejemplo, la ley de mejora de la salud de minorías desaventajadas del año 1990 exige que los centros comunitarios de salud con fondos federales provean los servicios médicos primarios en el idioma del paciente. El Departamento de Salud y Servicios Humanos proporciona un mínimo de \$3 millones cada año para ayudar en la provisión de servicios bilingües o interpretativos (Timmins 2002). Sin embargo, esta ley y otras similares no se están aplicando en modo alguno por el gobierno que los creó. Así, el gobierno de los EE.UU. necesita crear nuevas políticas y leyes para regular el cuidado médico de las poblaciones minoritarias como los latinos.

En gran parte de la literatura que examiné, descubrí las soluciones propuestas a las barreras de idioma y cultura en cuidado médico. Diamond (2008) argumenta la importancia de los intérpretes médicos profesionales. Se ha demostrado que el uso de un intérprete médico profesional mejora la calidad de cuidado y el resultado clínico, reduce los errores de comunicación y aumenta la utilización de los servicios de salud. La falta de fondos para el empleo de los intérpretes médicos y la infrautilización de los servicios de intérpretes disponibles por los médicos son las principales causas de la persistencia de las barreras de idioma en el cuidado médico. Torres (2008) afirma que solamente un aumento de 0.5% en el gasto nacional para el cuidado médico sería necesario para proporcionar los servicios interpretados en todos los encuentros médicos. La subutilización de intérpretes por los doctores podría ser resuelta



educándolos sobre la importancia de los intérpretes y cómo trabajar eficazmente con ellos. En un estudio, Flores (2003) encontró que 42% de la fluidez falsa por los médicos ocurrió en la presencia de los intérpretes médicos. Por eso, los intérpretes necesitan ser aconsejados de que está bien corregir los errores cometidos por los doctores.

Flores (2008) recomienda la certificación federal y la estatal y / o las directrices para los intérpretes. Otra manera de aumentar el uso de los servicios de interpretación es proveer servicios médicos con una lista de todos los intérpretes locales registrados. También, Flores (2008) sugiere la implementación de las políticas que requieren los reembolsos por terceros seguros para los servicios de interpretación médica. Estos fondos pueden ser usados para entrenar a intérpretes médicos más cualificados. Las compañías deben ofrecer descuentos por volumen para el uso de servicios de interpretación telefónica. Timmins (2002) argumenta que los pacientes que fueron tratados por un médico bilingüe recordaron mejor las instrucciones que los que fueron tratados por un médico que era monolingüe en inglés. Por eso, los médicos deben ser alentados desde el principio a aprender otros idiomas. Eso puede conducir a un aumento en la población de los profesionales de salud bilingües.

Además, para mejorar aún más la comunicación entre los pacientes y los profesionales de salud, diferentes tipos de documentos deben estar disponibles en español (Flores 2003). Timmins (2002) también recomienda la creación y la distribución de materiales de educación plurilingües. Esas acciones mejorarán la educación sobre la prevención de enfermedades para los latinos. Por eso, los latinos con un dominio limitado de inglés tendrán la habilidad de tomar decisiones informadas sobre las vacunas, los exámenes y otros servicios para la prevención de enfermedades (Farmer 2010). Otra solución será la creación de programas de salud que sean

culturalmente adaptados a comunidades específicas. Davis (2011) sugiere la implementación de programas personalizados para atender las necesidades individuales de cada paciente.

En su artículo sobre el idioma, la demografía social y el uso de los servicios de salud por los adultos hispanos, Schur (1996) afirmó que el objetivo de su investigación era ayudar a los formuladores de políticas en la identificación de los mecanismos más eficaces para aumentar el acceso a cuidado médico para los hispanos en los EE.UU. De manera similar, espero crear conciencia sobre el creciente problema de estas barreras y el nivel de impacto que tienen en una población grande. Además, esta tesis proveerá información sobre las condiciones actuales del sistema del cuidado médico en los EE.UU. para que la gente esté mejor equipada para desarrollar soluciones. Por último, después que la disparidad en el cuidado médico se haya reducido para la población latina, podemos centrarnos en lograr los mismos objetivos para otras minorías que sufren de barreras similares al cuidado.

## Las referencias

- Becker, Gay, and Sharon R. Kaufman. 1995. "Managing an uncertain illness trajectory in old age: patients' and physicians' views of stroke." *Medical Anthropology Quarterly* 9, no. 2:165-187.
- David, Rand A., M.D. and Michelle Rhee, B.A. "The impact of language as a barrier to effective healthcare in an underserved urban Hispanic community." *Journal of General Internal Medicine* 65 (1998): 393-97.
- Davis, Rachel E., PhD, Peterson, Karen E., DSc, Rothschild, Stephen K., MD, and Ken Resnicow, PhD. "Pushing the envelope for cultural appropriateness: does evidence support cultural tailoring in type 2 diabetes interventions for Mexican American adults?" *The Diabetes Educator* 37 (2011): 227-38.
- Diamond, Lisa C., MD, MPH, Schenker, Yael, MD, Curry, Leslie, PhD, MPH, Bradley, Elizabeth H., PhD, and Alicia Fernandez, MD. "Getting by: underuse of interpreters by resident physicians." *Journal of General Internal Medicine* 24 (2008): 256-62. Accessed March 3, 2011. doi: 10.1007/s11606-008-0875-7.
- Farmer, Gail C., Papachristou, Theodora, Gotz, Cindy, Yu, Fei, and Denise Tong. "Does primary language influence the receipt of influenza and pneumococcal immunizations among community-dwelling older adults?" *Journal of Aging Health* 22 (2010): 1158-83.
- Ferzacca, S. 2000. "Actually, I Don't Feel That Bad": Managing Diabetes and the Clinical Encounter. *Medical anthropology quarterly* 14, no. 1:28-50.
- Finkler, Kaja. 1994. Sacred Healing and Biomedicine Compared. *Medical Anthropology Quarterly* 8, no. 2:178-197.
- Flores, Glenn, M.D. "Language barriers to healthcare in the United States." *The New England Journal of Medicine* 355 (2006): 229-31.
- Flores, Glenn, Torres, Sylvia, Holmes, Linda J., and Debbie Salas-Lopez. "Access to hospital interpreter services for limited English proficient patients in New Jersey: a statewide evaluation." *Journal of Healthcare for the Poor and Underserved* 19 (2008): 391-415.

Foucault, Michel. 1973. *The Birth of the Clinic: An Archeaology of Medical Perception*. In . New York: Pantheon Books.

Hunt, Linda M., and Nedal H. Arar. 2001. An Analytical Framework for Contrasting Patient and Provider Views of the Process of Chronic Disease Management. *Medical Anthropology Quarterly* 15, no. 3:347-367.

Jacobs, Elizabeth, Chen, Alice HM, Karliner, Leah S., Agger-Gupta, Niels, and Sunita Mutha. "The need for more research on language barriers in healthcare: a proposed research agenda." *The Milbank Quarterly* 84 (2006): 111-33.

Lazarus, Ellen S. 1988. Theoretical Considerations for the Study of the Doctor-Patient Relationship: Implications of a Perinatal Study. *Medical Anthropology Quarterly* 2, no. 1:34-58.

McCombie, S. C. 1987. Folk Flu and Viral Syndrome: An Epidemiological Perspective. *Social Science & Medicine* 25, no. 9:987-993.

Millard, Ann V., and Catherine P. Millard. 1998. Milk Makes Me Sick but My Body Needs It: Conflict and Contradiction in the Establishment of Authoritative Knowledge. *Medical Anthropology Quarterly* 12, no. 4:447-466.

Osherson, Samuel, and Lorna AmaraSingham. 1981. The Machine Metaphor in Medicine. *Social Contexts of Health, Illness and Patient Care* 218-247.

Ransford, Edward H., Carrillo, Frank R., and Yessenia Rivera. "Health care-seeking among Latino immigrants: blocked access, use of traditional medicine, and the role of religion." *Journal of Healthcare for the Poor and Underserved* 21 (2010): 862-78.

Shi, Leiyu, Lebrun, Lydie A., and Jenna Tsai. "The influence of English proficiency on access to care." *Ethnicity and Health* 14 (2009): 625-642. Accessed February 27, 2011. doi: 10.1080/13557850903248639.

Singleton, Kate, and Elizabeth M. S. Krause. "Understanding Cultural and Linguistic Barriers to Health Literacy." *Online Journal of Issues in Nursing* 14 (2009): 2. Accessed March 1, 2011.

Timmins, Caraway L. "The impact of language barriers on the healthcare of Latinos in the United States: a review of the literature and guidelines for practice." *Journal of Midwifery and Women's Health* 47(2002): 80-96.

Torres, Myriam, PhD, Parra-Medina, Deborah, PhD, Bellinger, Jessica, Johnson, Andrew O., and Janice C. Probst, PhD. "Rural hospitals and Spanish-speaking patients with limited English proficiency." *Journal of Healthcare Management* 53 (2008): 107-20.

Williams, David R., and Michelle Sternthal. "Understanding racial-ethnic disparities in health: sociological contributions." *Journal of Health and Social Behavior* 51 (2010): S15-S25. Accessed February 27, 2011. doi: 10.1177/0022146510383838.