
LA COMPETENCIA CULTURAL Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACIONES LATINAS

Antonio ZAVALETA

The University of Texas at Brownsville / Texas Southmost College

RESUMEN

Durante la segunda mitad del siglo XX, los sistemas de salud pública en los Estados Unidos de América (EUA) brindaban escasos servicios a las poblaciones latinas y ponían poca atención a sus necesidades particulares. Estas poblaciones poseen sistemas de creencias fundamentados en su cultura, hecho que se convierte en un gran reto para los servicios de salud.

El rechazo a reconocer e incorporar creencias y prácticas culturales dentro de los sistemas de servicios de salud ha mantenido y fortalecido la barrera entre el estatus de salud y enfermedad en muchas poblaciones latinas a lo largo de la frontera México-EUA y a través del país.

En años recientes, el desarrollo e incorporación de la competencia cultural ha surgido como una forma de abordar las disparidades de salud en poblaciones basadas en la cultura. Sin embargo, la competencia cultural sigue sin tener legitimidad en las mentes de la mayoría de los prestadores de servicios de salud. Para capacitar de manera adecuada a la siguiente generación de profesionales de la salud, debemos poner especial atención a la incorporación de la cultura,

tanto en la educación médica como en la práctica clínica.

Palabras clave: competencias culturales, servicios de salud para los latinos, disparidades étnicas, educación médica.

**CULTURAL COMPETENCY
AND THE DELIVERY OF LATINO HEALTH CARE**

ABSTRACT

During the second half of the twentieth century, health care delivery systems paid only lip service to Latino populations and their special needs. Latino populations have culturally based belief systems, which pose special challenges to the health care delivery system.

Refusing to recognize or incorporate cultural beliefs and practices into health care delivery systems has maintained and fortified a barrier between the status of health and illness for many Latino populations along the U.S.-Mexico border and throughout the United States.

In recent years, the development and incorporation of cultural competency has emerged as a way to address health disparities in culture based populations. However, cultural competency still lacks legitimacy in the minds of most health care providers. In order to adequately train the next generation of health care professionals, we must give special attention to the incorporation of culture in medical education as well as in clinical practice.

Key words: Cultural competency, Latino health care, ethnic disparities, medical education.

INTRODUCCIÓN

¿**A**fectan los factores culturales característicos de la población latina su estado de salud, así como nuestra capacidad para ofrecerles los servicios de salud adecuados? Esta pregunta ha sido planteada profesionalmente durante más de treinta años, tanto en la literatura especializada como en la práctica, y la respuesta ha sido un enfático sí. A pesar de todo lo que hemos aprendido acerca del impacto de la cultura, y después de tantos años de investigación sobre este tema, esta rápida y creciente población continúa siendo la menos comprendida en el sistema médico de los Estados Unidos de América (EUA).

La importancia de las creencias culturales latinas y nuestro fracaso por incorporarlas dentro del tratamiento médico moderno, así como la falta de atención prestada a la cultura en general, ha imposibilitado nuestra capacidad de ofrecer servicios de salud apropiados para esta población tan importante (<http://nccam.nih.gov>) (<http://www.hrsa.gov/culturalcompetence/>).

En general, la educación médica en los EUA no ha logrado incorporar de manera sistemática y significativa planes de estudio que entiendan la importancia de los factores culturales en la población latina. El rápido crecimiento de esta población se ha debido al incremento natural por la alta proporción de nacimientos y al elevado índice de inmigrantes de los países latinoamericanos.

Hace una década, *Texas Medicine*, la revista de la *Texas Medical Association*, publicó una conferencia sobre la salud de los inmigrantes (*Symposium on Immigrant Health*), sobre la importancia de reconocer y entender la cultura latina en el ámbito de la prestación de servicios médicos en Texas. El propósito de esta edición especial fue concientizar a médicos y prestadores de servicios de salud sobre la necesidad de reconocer la importancia que tiene esta área, por lo ge-

neral ignorada en la práctica privada y en las clínicas de Texas (*Texas Medicine*, 1996).

Metafóricamente, el mundo continúa siendo un lugar cada vez más pequeño al paso de los años, como resultado del creciente movimiento y reubicación de las poblaciones. Creencias y prácticas culturales acompañan a los inmigrantes, lo que aumenta la importancia de estar conscientes del multi-culturalismo al ofrecer servicios de salud.

Las poblaciones en Norteamérica continúan siendo más y más diversas, y preguntas como: “*¿La cultura debería desempeñar un papel importante en el sistema de salud del siglo veintiuno?*” y “*¿Debería ser motivo de preocupación para los prestadores de servicios de salud el dominio de las competencias culturales en su práctica médica?*” han sido contestadas de manera afirmativa. La cultura sigue teniendo un papel importante en la vida cotidiana de nuestros pacientes. Es decir, hay mucho por hacer para mejorar el sistema de salud y, muy especialmente, donde se conjugan el cuidado de la salud y las creencias culturales.

LA DIVERSIDAD CULTURAL LATINA

Entre los conceptos primordiales que los prestadores de servicios de salud deben considerar y comprender al atender pacientes latinos se encuentra la gran variación subcultural de la población latina. Es un error agrupar a todos los latinos sin tomar en cuenta su variación subcultural. En realidad, la población latina de los EUA es increíblemente diversa, con orígenes en México, Centroamérica, Sudamérica y los países del Caribe. Cada una de estas subáreas tiene su propia idiosincrasia cultural, así como sus subculturas. El prestador de servicios de salud debe considerar siempre el origen regional y las sutiles realidades culturales de una persona.

Es decir, el origen subcultural de una persona —ya sea de Tamaulipas en la frontera norte de México o de Chiapas en la frontera sur con Guatemala— determinará su variación lingüística y dialéctica, así como las disparidades en creencias, estilos de vida y costum-

bres. Por lo tanto, esta variación subcultural definirá su preferencia médica primordial y su percepción hacia los servicios de salud. En los EUA, la población de descendencia mexicana muestra importantes variaciones culturales. Tales diferencias existen, por nombrar algunas, entre orígenes urbanos y rurales, entre niveles socioeconómicos, entre niveles de educación y autoconocimiento, entre categorías generacionales e intrafamiliares, entre niveles de ajuste cultural y actitudes hacia las distintas modalidades de los servicios de salud y entre las diversas regiones del país.

EL DETERMINISMO LATINO DE LA SALUD

Los prestadores de servicios de salud deben estar constantemente conscientes de que no todas las poblaciones latinas son iguales. Es decir, una población no es exactamente como otras poblaciones, ni tampoco es igual a otras poblaciones latinas. Históricamente, hemos tendido a caracterizar o estereotipar creencias latinas y características culturales. Aún cuando las actitudes impulsadas por la cultura son reales, es importante no confundir las actitudes definidas por la cultura con las actitudes determinadas por una marginación económica. Es decir, es muy sencillo suponer que el comportamiento de un paciente está determinado por una creencia cultural, cuando en realidad la falta de recursos económicos define su elección de los servicios de salud.

Es importante notar que, en general, las poblaciones latinas en los EUA y en otros países cuentan con recursos económicos limitados; este hecho los ha obligado a acceder a sistemas alternativos de servicios de salud (Sistemas Complementarios y Alternativos). La investigación ha demostrado que, si se les da la oportunidad, las poblaciones latinas utilizan al máximo los sistemas médicos modernos y combinan el uso de sistemas alternativos y complementarios simultáneamente.

La elección de un servicio de salud es una cuestión compleja, especialmente cuando la cultura es una variable; por lo tanto, ningún modelo puede explicar la elección de una persona al respecto. Existe un surgimiento significativo de una clase media latina, y hay estu-

dios que han demostrado que dicha clase media, como otras poblaciones de Norteamérica, es un creciente consumidor de servicios de salud alternativos y complementarios. Esto parece contra-intuitivo; sin embargo, este mismo patrón se encuentra también en toda la población (Ramos, 2003).

La marginación económica sigue siendo el principal factor que determina y caracteriza la elección de los servicios de salud en las poblaciones latinas de los EUA. En otras palabras, para los latinos, el mayor obstáculo para el cuidado de su salud no es la cultura, sino la falta de recursos económicos.

Es necesario que los prestadores de servicios de salud del siglo veintiuno construyan nuevos modelos que sean más eficaces al momento de tratar a las poblaciones latinas. Estos nuevos modelos del cuidado de la salud deben incorporar en un mismo sistema funcional a la medicina moderna y a la medicina alternativa que sea culturalmente adecuada.

EL CONTEXTO CULTURAL DE LA FAMILIA LATINA

Dentro de la literatura sobre servicios de salud para latinos, la resistencia y unidad de la "familia latina" siempre han sido identificadas como los factores determinantes de lo que es "mejor" culturalmente. Para muchos, la familia latina se percibe como el unificador cultural más importante, a pesar de un poderoso argumento que afirma que el estereotipo de la familia latina ya no existe como el estándar que una vez fue.

Existen, sin embargo, características muy reales que encierran valores que aún se encuentran en el prototipo de la familia "tradicional" y, en el mejor sentido, muchas familias latinas con frecuencia demuestran tener estas características. Por ejemplo, la familia es el centro donde se inculcan las creencias, los valores, las normas y las costumbres y, por tanto, el origen del contexto social de la familia determina la realidad cultural propia.

Por lo tanto, exista o no un construto cultural para la “familia latina”, el hecho es que, al igual que sucede en familias tradicionales que se encuentran en otros países en vías de desarrollo, las familias latinas transmiten sus creencias culturales y sirven como redes de seguridad para sus miembros. La socialización y la aculturación de los niños, adolescentes y adultos en la familia latina es algo que se lleva a cabo dentro de la estructura de la familia extendida, incluyendo el tejido ritual del parentesco familiar.

La existencia e integridad de esta red de seguridad, basada culturalmente en la familia, impacta directamente el estado de salud de una persona de forma positiva o negativa. Por ejemplo, el miedo o la desconfianza que se percibe en una persona latina hacia los servicios de salud “oficiales”, como los hospitales y las agencias de servicios sociales, se deben con frecuencia a mitos urbanos sin fundamento que la familia como tal sustenta.

De hecho, al momento de atender familias latinas, es importante incluir a toda la familia extendida en cada faceta del proceso del cuidado de la salud. La red social familiar y el involucramiento familiar con el paciente son críticos para su bienestar emocional y físico, para la familia y para la comunidad en sí. Normalmente los familiares se acompañan unos a otros a las citas médicas, especialmente cuando el tratamiento es invasor o fuera de lo ordinario y, por lo regular, las decisiones se toman en familia. Este sistema de apoyo familiar multigeneracional debe ser comprendido y utilizado para obtener el máximo cumplimiento por parte del paciente, en lugar de ser visto como una molestia innecesaria en el consultorio médico. Al entender este concepto, el prestador de servicios de salud puede aumentar al máximo la disciplina del paciente, al incorporar a la familia en la toma de decisiones.

La familia —como el centro de la adquisición cultural de creencias y del contexto socioeconómico— determina la realidad cultural del individuo y, por tanto, su interpretación de la salud y la enfermedad.

Para muchas personas, el pensamiento cultural ubica a la enfermedad como algo más que la simple invasión del organismo por an-

tígenos. La manera en que una persona reacciona a los síntomas de una enfermedad normalmente se deriva de su cultura, y la familia reacciona de acuerdo con un escenario aceptado de la enfermedad, donde el papel de cada persona está predeterminado y permitido por un guión cultural familiarmente válido. Los pacientes son agentes activos en su "búsqueda del bienestar", eligiendo entre distintos médicos y/o terapias, en lugar de entre sistemas de salud tradicionales y modernos. Además, la familia-paciente considera a todas las terapias como la oportunidad que deben tener en su búsqueda definitiva de la salud y del bienestar.

La diabetes, por ejemplo, es una enfermedad que afecta a la familia entera. Es decir, todos los familiares se preocupan por cómo controlar el peso, la hipertensión, los niveles de glucosa y la circulación del familiar afectado. Además, la diabetes es una de esas enfermedades para las que existen literalmente cientos de remedios culturales, los cuales se recomiendan a los familiares y amigos, quienes no dudan en usarlos. Sin embargo, no se sabe cuáles podrían ser las consecuencias no intencionadas de alguno de ellos en la fisiología del diabético. ¿Podría un remedio bien intencionado también afectar de manera adversa la visión del paciente? En este aspecto, queda claro que el médico tiene la responsabilidad de preguntar al paciente y a su familia sobre las sustancias alternativas que pudieran estar tomando.

Con frecuencia, las creencias con bases culturales son difíciles de compaginar con la práctica de la medicina moderna y son difíciles de reconciliar con nuestras propias creencias y estándares éticos. Un intangible que se confronta con frecuencia es la manera en que las creencias culturales de una persona afectan sus decisiones sobre los servicios de salud. En décadas recientes, la investigación exhaustiva y la experiencia derivada de la práctica han demostrado que existen diferencias reales en la interpretación cultural del malestar y la enfermedad.

Los estudios de Finkler, con su extenso trabajo antropológico en México, han demostrado el claro impacto de la cultura sobre el malestar y el bienestar, tanto en el México urbano como en el México ru-

ral. Sabemos que la enfermedad es mucho más que un simple hecho biológico o la invasión de un antígeno en el organismo. La manera en que una persona reacciona a los síntomas de una enfermedad se deriva y se manifiesta culturalmente. Es decir, el escenario de la enfermedad es actuado por cada miembro de la familia a partir de un guión predeterminado y culturalmente apropiado (Finkler, 1994).

El género se sitúa en segundo lugar como el mayor diferencial en la proporción de enfermedades. En el transcurso de su vida, las mujeres experimentan más enfermedades que los hombres, y el bienestar y el malestar que viven las mujeres se acumula y se transmite de generación en generación.

Al tratar a la población latina, la conclusión es simple: tanto la familia como el matriarcado deben ser lo primero en la mente de los prestadores de servicios de salud. ¿Qué piensa la abuela? ¿Qué sabe la madre? Verbrugge (1990) concluye: "Las vidas de las mujeres están llenas de más problemas de salud, mayores incidentes de condiciones críticas, mayor predominancia de condiciones crónicas no fatales y problemas de salud más frecuentes que las de los hombres". De su trabajo con mujeres mexicanas, Finkler (1994) acertadamente concluye que los factores psicosociales afectan la percepción de los síntomas, la evaluación de sus causas y su severidad, la elección y la continuidad de las acciones terapéuticas, así como la incapacidad a corto y largo plazo.

Los factores psicosociales afectan a todas las personas de todas las culturas. Si sabemos esto, ¿por qué ignoramos a la población con más rápido crecimiento en los EUA? Cualquier persona que ha atendido o que ha estado involucrada en el tratamiento médico de las poblaciones latinas reconocerá inmediatamente la importancia de esta conclusión. Evitando la generalización o el estereotipo obvio, queda claro que en la mayoría de las familias latinas, si no es que en todas, la mujer cabeza de familia y, especialmente, la matriarca líder, abuela o bisabuela, es responsable de la interpretación de los asuntos familiares en relación con la salud y la enfermedad. Esta importante observación debe estar presente en el marco clínico de los servicios de salud para los latinos.

ASUNTOS REFERENTES A LA RELIGIÓN POPULAR Y A LA MEDICINA POPULAR

La medicina popular y la religión popular son factores importantes en la cultura latina y, por lo tanto, en su paradigma de la salud y la enfermedad. En los inicios de los años ochenta, los hijos de familias inmigrantes o con trabajos en la agricultura de temporadas llegaban a las clínicas con síntomas que se identificaron como un severo envenenamiento por plomo. Finalmente se descubrió que sus madres les daban un remedio popular llamado greta o azarcón, para las molestias del estómago o empacho. Esta sustancia se conseguía con facilidad en las tiendas de la comunidad a lo largo de la frontera entre Texas y México. La mayoría de los remedios populares tienen una red de distribución que se extiende a las tiendas del vecindario y a las yerberías y botánicas que se encuentran a lo largo del país y en las comunidades latinas.

Los niños de los inmigrantes fueron atendidos por los doctores de las clínicas del medio oeste de los EUA. Los análisis químicos demostraron que esta sustancia estaba constituida en un 99% por óxido de plomo, el cual provocó un retardo mental severo y la muerte en niños sanos. Todo esto desencadenó una acción masiva de salud pública en todo el país para retirar dicha sustancia de las tiendas y los hogares, así como la creación de material educativo sobre salud, enfocado a los padres de familia y los prestadores de servicios de salud. A raíz de esta intervención, los prestadores de servicios de salud en las clínicas para inmigrantes aprendieron a identificar los síntomas y a preguntar a las madres acerca de los remedios populares que daban a sus hijos. Por medio del trabajo de los educadores de salud y de las redes formadas por trabajadoras comunitarias llamadas "promotoras de salud", el mensaje se difundió y el problema disminuyó, pero no se resolvió completamente.

Situaciones similares a la anterior, en las que la influencia cultural es crítica, continúan sucediendo a diario en los servicios de salud. Muchas terapias alternativas con bases culturales son positivas y han demostrado ser efectivas, por lo que se fomenta su uso. La visita

a los prestadores culturales de servicios de salud comunitarios, conocidos como curanderos/as, es una eficaz y comprobada primera línea de intervención. Sin embargo, la familia se mantiene como el factor determinante más importante en las alternativas comunitarias del cuidado de la salud (Zavaleta, <http://vpea.utb.edu/elnino/fidencia.html>).

Las creencias y prácticas culturales del cuidado de la salud han existido desde la antigüedad y reconocer su uso extendido ha dado un nuevo énfasis a la necesidad de entender mejor sus efectos y su papel en los tratamientos desde la perspectiva de salud pública comunitaria. En poblaciones latinas, las creencias comunes para la religión principal y las religiones populares incluyen muchos conceptos, que definen y caracterizan la percepción del origen, naturaleza y tratamiento de la enfermedad.

Una creencia muy común que mantienen las poblaciones latinas contemporáneas es que fuerzas “espirituales y sobrenaturales” están directamente involucradas en la promoción de la salud y la enfermedad. La fe religiosa es un aspecto crucial de la cultura latina y, por tanto, comúnmente se cree que entidades religiosas como los santos católicos y los santos populares, así como lo sobrenatural en general, afectan la vida de las personas. Esto significa que tanto causan la enfermedad, como ayudan en el proceso del bienestar.

En las culturas latinas de hoy, las religiones tradicionales y las populares coexisten simultáneamente e interactúan en el sistema de servicios de salud. La mayoría de los latinos se encuentran diseminados a lo largo de los EUA, en ciudades metropolitanas y en pequeñas poblaciones; muchos de ellos son recién llegados. Sus extensos grupos de hermandad son dinámicos e influyen en sus percepciones de las enfermedades y en la elección de las opciones para el cuidado de su salud. Un análisis muy completo sobre el funcionamiento de las religiones populares está disponible en la publicación de Frank Graciano, *The Millennial New World* (Graciano, 1999).

Las poblaciones latinas tienen una larga tradición de creencias y sistemas alternativos de salud. Estos métodos y prácticas son complejos y diversos, y generalmente se agrupan en lo que los antropó-

logos denominan como el sistema cultural del “curanderismo”. En los EUA, el conjunto de curanderos populares se compone de hombres y mujeres que sirven a su comunidad cultural. Ellos constituyen la primera línea del cuidado de la salud física y emocional en los vecindarios locales a lo largo del país. Son personas que viven en la localidad, tienen la misma cultura, y poseen un don recibido culturalmente y un mandato para ayudar a la población marginada en el tratamiento de malestares físicos, emocionales y espirituales.

Muchas décadas de investigación han comprobado que las primeras visitas a un curandero/a popular casi siempre se deben a graves o catastróficos problemas físicos, emocionales, personales o económicos en la vida de una persona. Contrario a la creencia popular, las personas que buscan el cuidado físico de un curandero espiritual no lo hacen como la primera opción. Casi sin excepción, han consultado primero a médicos. Si la terapia médica no ha sido exitosa, entonces buscan terapias alternativas, especialmente tratamientos milagrosos (Zavaleta, 1998).

Cada curandero/a cuenta con un grupo asiduo de personas que dan testimonio ferviente y convincente acerca de las imposibles y milagrosas curaciones que han recibido por medio de la intercesión del curandero/a. Estos testimonios han sido frecuentemente documentados. Comúnmente, las dolencias crónicas no son tratadas en las comunidades latinas. Por lo tanto, diabetes, hipertensión, artritis y padecimientos crónicos similares son comunes en la lista de los pacientes del curandero/a. En vista de esta situación, es esencial que el curandero/a se mantenga en contacto con los médicos profesionales, y que no sea rechazado o aislado o, incluso, procesado, como ha sucedido en algunos casos muy conocidos.

No existe un proceso sistemático para convertirse en un curandero/a latino, ni un conjunto específico de conocimientos o una certificación cultural para que una persona esté preparada para curar. Por lo tanto, no todos los curanderos/as de la población latina en los EUA son confiables. Algunos hacen mucho daño, mientras que otros son venerados como santos populares vivientes. Los curanderos/as latinos tratan las dolencias físicas de diversas maneras. Una

reciente publicación, *La medicina tradicional del norte de México* (Ortiz, 1999), examina exhaustivamente la gran diversidad de curaciones tradicionales alternativas que operan en la frontera norte de México.

Como resultado del gran crecimiento de la población latina, y por el hecho de que está desproporcionadamente marginada en relación con la población en general, podemos esperar que los servicios alternativos de salud, como las curaciones populares, continúen prosperando entre los latinos. En muchos países del mundo, incluyendo México, los practicantes sin experiencia y los prestadores de salud comunitarios con limitado apoyo médico atienden aproximadamente el 80% de las necesidades físicas y emocionales de la población.

Los curanderos/as generalmente dedican su vida al servicio de las necesidades de salud física y mental de la población local. Además, un importante aspecto de las curaciones y religiones populares es el surgimiento de movimientos sociales alrededor de la salud y la enfermedad. En toda Latinoamérica, los sistemas nativos de creencias se han combinado con el catolicismo popular y las prácticas populares de curación. Las mezclas sincréticas que se han producido han aumentando las alternativas de los sistemas modernos de servicios de salud, los cuales operan juntos, es decir, la religión y los servicios de salud. El rechazo de estos movimientos populares por parte del modelo biomédico solamente sirve para aislar a grandes segmentos de la población latinoamericana, en lugar de proporcionarles los cuidados necesarios para su salud.

LA IMPORTANCIA DE LAS COMPETENCIAS CULTURALES EN LA CLÍNICA DEL SIGLO VEINTIUNO

Las problemáticas de salud pública en las grandes poblaciones latinas de los EUA y a lo largo de la frontera de Texas y México siguen siendo únicos, y presentan desafíos muy reales para los prestadores de servicios de salud. El siglo veintiuno brinda una importante oportunidad para evaluar y dirigir estos desafíos dentro del contexto de la ciencia y la cultura. El fenómeno de las curaciones popu-

lares o del curanderismo no ha disminuido como algunos pensaban. No está disminuyendo en Texas, ni en los EUA, ni en cualquier otro lugar de Latinoamérica. Lograr una prestación de servicios de salud culturalmente informada requiere, por lo tanto, que se tome en consideración el hecho de que los factores culturales desempeñan un papel importante en nuestro intento por conseguir una población latina más saludable (Zavaleta, 2006).

Además, un mayor conocimiento y comprensión de los servicios alternativos de salud nos ayudarán a enfrentar los constantes problemas de la falta de recursos, así como a lidiar eficazmente con la continua inmigración desde Latinoamérica y, especialmente, desde México. El sistema de servicios de salud actual en los EUA se enfrenta a desafíos de salud desconocidos, los cuales deben ser afrontados como problemas de salud pública y tratados eficazmente, incorporando lo que hemos aprendido sobre la cultura y la ciencia.

Las enfermedades crónicas sin tratamiento en las poblaciones latinas se mantienen como una de las mayores necesidades no resueltas de salud, las cuales afectan a toda la población y al potencial económico del país. La falta de redes de apoyo y tratamiento para los prestadores de servicios de salud continúa siendo un problema nacional, especialmente a lo largo de la frontera. Es necesario resolver la falta de comprensión, por parte de los profesionales de la salud, sobre la realidad cultural de las poblaciones latinas, si se quiere tener éxito en mejorar el cuidado de su salud. Aspectos importantes, como la continua escasez de recursos humanos en servicios de salud, la proporción de prestadores de salud con respecto al número de pacientes y el interés en la capacitación y coordinación de los ayudantes comunitarios de salud conocidos como promotores de salud, son críticos.

El desarrollo de redes y coaliciones comunitarias, la cooperación continua con México a través de programas fronterizos, y más educación sobre salud solamente serán provechosos si la cultura se toma con seriedad. Es importante entender tanto el idioma del paciente, como su cultura. Es importante incluir a la familia en las decisiones del cuidado de la salud, así como a la comunidad en los servi-

cios de salud. Es crucial escuchar lo que las personas dicen sobre sus necesidades de salud, así como que los prestadores de servicios de salud no hagan juicios de valor estereotipados sobre las creencias de los pacientes.

Actualmente, en los EUA, el uso de la medicina alternativa y complementaria (CAM) está en todas partes, y no solamente entre las crecientes poblaciones de minorías. Más de un tercio de los adultos norteamericanos reportan usar alguna forma de terapia alternativa, y el número total de visitas a prestadores de servicios de salud alternativos al año ahora es ahora mayor al número de visitas a médicos de cuidados primarios. En muchas otras partes del mundo, la magnitud de las terapias alternativas es aún mayor.

La manera en cómo se difunden los tratamientos alternativos también se basa en la cultura. Para resolver problemas de salud específicos, los miembros de la familia se consultan unos a otros y los amigos preguntan a otros amigos sobre terapias y remedios alternativos.

Una de las realidades que enfrentamos actualmente es que las terapias alternativas no siempre se documentan por escrito. El correr de la voz es la manera más usual de transmisión de información cultural. Las historias sobre terapias alternativas también son frecuentes en los medios de comunicación, especialmente en los medios étnicos de comunicación.

Tan pronto como la información clínicamente aceptada ha estado disponible, muchos prestadores de servicios de salud públicos y privados, hospitales, programas para el cuidado de la salud y clínicas subsidiadas por el Gobierno Federal han incorporado terapias alternativas en sus prácticas. Han comprendido que las terapias alternativas pueden tener una función complementaria y, en ocasiones, sus pacientes las exigen. Hace algunos años, en el suroeste americano, las clínicas federales empezaron a otorgar un espacio clínico a algunos prestadores culturales de servicios de salud que funcionaron eficazmente como parte del equipo sanitario. En muchos lugares se invita a los curanderos nativos a visitar a sus pacientes en los hospitales, para tratar el aspecto físico y emocional de su recuperación, como miembros integrantes del equipo de servicios de salud.

Escuelas de medicina, enfermería, farmacia y otras profesiones de salud ahora están, por primera vez, empezando a enseñar a sus estudiantes la realidad de los tratamientos médicos alternativos y complementarios que encontrarán en su práctica. Además, muchos años de experiencia han demostrado que es común que las personas utilicen múltiples terapias simultáneamente, mezclando sus metáforas de salud y sus percepciones del cuidado médico y alternativo. Para proveer un servicio de salud racional, eficaz y personalmente satisfactorio, es imperativo que el médico sepa quién está usando una terapia alternativa y por qué, así como algo sobre la terapia. Es crucial saber cómo sus pacientes están obteniendo la información sobre la terapia alternativa que están usando y qué niveles de credibilidad tiene esa información.

El paciente típico no informa a su médico si está usando una terapia alternativa. Sin esta información, el médico no tiene la suficiente capacidad como para evaluar la terapia alternativa en relación con la terapia recetada y para saber si las dos son compatibles, sanas y eficaces si se utilizan juntas. Hace apenas unas décadas surgió un serio interés, a nivel mundial, por investigar y evaluar científicamente las terapias alternativas. El Departamento de Medicina Alternativa apenas se estableció en 1992 dentro de los Institutos de Salud Nacionales.

El desarrollo de información de base sobre muchas terapias complementarias y alternativas se inició en esa fecha. Sin embargo, para muchas terapias importantes y muy difundidas, la investigación aún no ha empezado. Aún existe mucho por hacer en esta área. Hay una gran escasez de prestadores de servicios de salud capacitados en las terapias alternativas utilizadas por las poblaciones que ellos atienden. Y existen aún menos prestadores de servicios de salud capaces o dispuestos a participar en la investigación científica necesaria para recabar información creíble sobre esas terapias. Fuera de la universidad, hay pocos espacios de investigación constituidos y dispuestos, y este hecho es una barrera para poder integrar equipos multidisciplinarios que incluyan prestadores de servicios de salud alternativos y convencionales. Estos factores contribuyen a la falta de estandarización que debe entenderse en la práctica. Los modelos

de decisión necesarios para determinar si la terapia complementaria debe o no debe ser confrontada en nuestra práctica son también muy limitados.

Virtualmente, existen miles de terapias médicas alternativas y complementarias. Sin embargo, la mayoría aún requiere de validez científica y estamos a muchos años aún de entenderlas. Los profesionales de la salud tienen ahora la oportunidad de desempeñar un papel decisivo en cuanto al conocimiento y comprensión de las terapias alternativas en la próxima generación. Y es importante que lo hagan. El hecho de que la ciencia aún no haya podido validar una terapia alternativa en particular, no la hace menos efectiva en la mente de las personas que la emplean. A pesar de todo lo que hemos aprendido, y después de más de treinta años de investigación, las poblaciones culturales económicamente marginadas siguen siendo las menos comprendidas.

La importancia de las creencias culturales en el tratamiento médico moderno y la falta de atención hacia ellas es un problema crítico en la prestación de servicios de salud en el mundo actual. El equipo de prestadores de servicios de salud se enfrenta diariamente a este hecho.

En el futuro, ¿qué postura tomará la medicina moderna? ¿Será una de intolerancia, una de cuestionamiento científico o una de tolerancia? Con frecuencia, esta área tan importante es ignorada en los sectores público y privado. Los prestadores de servicios de salud del siglo veintiuno deben construir nuevos modelos para el cuidado de la salud, más eficaces a la hora de atender poblaciones donde la cultura es una variable esencial. Los nuevos modelos deben combinar la medicina moderna y las alternativas culturales apropiadas en una sola estructura funcional. Los problemas mundiales de salud pública siguen siendo muy variados y presentan desafíos reales para el equipo sanitario. Definitivamente, se debe considerar la realidad de que los factores culturales son importantes en nuestro intento por promover poblaciones más saludables.

Un mayor conocimiento y comprensión de los servicios de salud alternativos nos ayudará a enfrentar el problema continuo de la falta

de recursos en la mayor parte del mundo. La medicina moderna debe estar permanentemente atenta ante las creencias, valores y actitudes de los pacientes y debe buscar información sobre los asuntos culturales que influyen en sus comportamientos de salud, en la epidemiología de la enfermedad, en la etnofarmacología y en las prácticas complementarias de salud. Debe desarrollar las habilidades necesarias de comunicación para obtener información de los pacientes y sus familiares, y para entender sus creencias de salud, que al final facilitarán su participación en las decisiones que se tomen sobre el cuidado de su salud. Solamente entonces estaremos proporcionando los servicios de salud adecuados para las poblaciones latinas y otras poblaciones económica y culturalmente marginadas de los EUA.

BIBLIOGRAFÍA

- FINKLER, K. (1994). *Women in Pain: Gender and Morbidity in Mexico*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- GRAZIANO, F. (1999). *The Millennial New World*, Nueva York, Oxford University Press.
- ORTIZ, S. (1999). *La medicina tradicional del norte de México*, Serie *Anthropología Física*, México, D.F., Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- RAMOS, J. (2003). *Latino Wave*, Nueva York, Harper Collins.
- SYMPOSIUM ON IMMIGRANT HEALTH (1996). *Texas Medicine*, Vol. 92, N° 10, edición especial, Austin, Texas, Texas Medical Association.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (HRSA) *Cultural Competence*, <http://www.hrsa.gov/culturalcompetence/>
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH), NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, <http://health.nih.gov/result.asp/26>

- VERBRUGGE, L. (1990). "Pathways of Health and Death", en Rima D. Apple (ed.), *Women, Health and Medicine in America: A Historical Handbook*, Nueva York, Garland.
- ZAVALETA, A. *El Nino Fidencio Research Project*, The University of Texas at Brownsville, <http://vpea.utb.elnino/fidencio.html>
- . (2006). *The Importance of Cultural Competences in the Delivery of Health Care in the 21st Century* (cfr.), Universidad Interamericana de Puerto Rico, Escuela de Optometría, 9 de junio.