

EL PROBLEMA DE LAS DIFERENCIAS CULTURALES EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN DOS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA IMSS-ISSSTE.

Haydeth Morales Aldana
Escuela Nacional de Antropología e Historia
haydemorales@yahoo.com

Hablar de la relación médico-paciente en las dos instituciones de Salud Pública más importantes del país como lo son el IMSS e ISSSTE. Implica reconocer que dicha relación no sólo refleja los problemas económicos, administrativos y políticos de estos dos organismos públicos. Sino también de una situación clave en la relación que establecen el médico y el paciente dentro del consultorio y que involucra la diferencia cultural que existe entre ambos. No obstante que los une un motivo como lo es la recuperación de la salud y en muchos casos la simple estabilidad de ella. El médico y el paciente hablan, piensan, experimentan y concluyen cosas muy distintas sobre el proceso salud-enfermedad.

El presente trabajo pretende dar a conocer algunas situaciones que pueden ejemplificar los motivos por los que la atención médica del Sector Público resulta en muchos casos infructuosa para la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas. Pero antes de entrar en materia creo necesario hablar un poco sobre la razón que me animo a hablar acerca de ésta problemática. Hace cuatro meses me invitaron a participar en un proyecto de investigación el cual se encuentra adscrito a la Unidad de Investigación en Economía de la Salud del IMSS. El propósito del estudio es conocer si la atención médica ofrecida por el personal médico del IMSS y el ISSSTE, resulta coherente con los principios Éticos con que se supone la Medicina oficial debe funcionar. Este año se cumple el primero de los tres años que durará la investigación y estuvo dedicado al trabajo etnográfico. A continuación y de manera breve mencionaré la metodología que se utilizó para realizar el trabajo de campo así como las técnicas etnográficas que sirvieron para explicar a nivel antropológico la relación médico-paciente:

- Se realizó observación participante en cinco Hospitales (de I y II nivel de atención médica), de los cuales dos pertenecen al IMSS y los tres restantes pertenecen al ISSSTE. Cabe destacar que fue necesario que el antropólogo físico y la trabajadora social vistieran como pasantes de medicina con su respectiva bata, pantalón y zapatos blancos. Pues de este modo tanto el médico como el paciente se sintieron más cómodos durante la consulta.

- Las enfermedades consideradas para el estudio fueron SIDA, IRC (Insuficiencia Renal Crónica) y Diabetes Mellitus.
- El equipo de trabajo estuvo constituido por seis antropólogos físicos y una trabajadora social, los cuales acudieron sistemáticamente por lo menos a dos hospitales distintos de lunes a viernes en un horario matutino, durante medio año.

Una vez terminado el **trabajo etnográfico** se paso a una segunda etapa en la investigación la cual estuvo enfocada a realizar **entrevistas a profundidad** a los médicos especialistas de las tres enfermedades antes mencionadas y que generalmente tuvieron lugar en los consultorios de los doctores. El objetivo principal de las entrevistas fue averiguar si el médico aplicaba los principios de la Etica Médica en su quehacer cotidiano con sus pacientes. Debido a que aún no se han terminado todas las entrevistas planeadas para este año se ha optado por comenzar el análisis e interpretación del trabajo etnográfico. Para analizar la información recabada en campo se decidió dividirla en algo que llamamos **Códigos Guía** que son en realidad palabras que por el simple hecho de oírlas nos dan una idea de la información que el investigador pretendía extraer. De hecho cada uno de los Códigos representan situaciones muy particulares dentro de la relación médico-paciente y tiene dos funciones principales:

- 1) sirvieron como referentes para el equipo de trabajo
- 2) tienen la función de estandarizar la información que se iba obteniendo.

Por ejemplo: en el código **SALUDO** el investigador tenía que escribir la forma en que el médico saludaba a su paciente. Su importancia según Lain Entralgo radica en que es el primer encuentro formal entre estos dos sujetos sociales, por lo tanto era muy importante para los objetivos de la investigación conocer como se estaba presentando este primer contacto. En esta ocasión y debido a la premura del tiempo, sólo mencionaré algunos de los Códigos establecidos por la Doctora responsable del proyecto. Para que se pueda apreciar la gran cantidad de información que se está analizando:

SALUDO, DESPEDIDA, COMUNICACIÓN, EXPLORACIÓN FÍSICA, DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN, TRATAMIENTO, PODER, ACTITUD DEL MÉDICO, ACTITUD DEL PACIENTE, DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL ENFERMO, SITUACIÓN DEL ENFERMO, ROL DEL MÉDICO, ROL DEL PARAMÉDICO , CREENCIAS, CUIDADORES, ESPACIO FÍSICO Y BARRERAS.

Conforme fui leyendo los Códigos Guía pude observar claras diferencias culturales entre el médico y el paciente las cuales han ocupado inevitablemente mi atención desde hace un mes. Antes de seguir adelante con los ejemplos que ilustrarán el contraste cultural entre estos dos actores sociales. Creo necesario hacer un pequeño paréntesis y ubicar el concepto de cultura al que estoy recurriendo. Para el antropólogo Clifford Geertz el hombre es un animal que vive en una urdimbre de significación construida por él mismo. Por lo tanto, considera que “la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser, por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones”.¹ Ya que la cultura es un documento activo que si bien contiene ideas e ideologías estas no presentan una forma física determinada. De hecho la cultura es una acción simbólica que se va resignificando en los distintos sujetos sociales de una sociedad. En el caso particular del médico y el paciente, dicha acción simbólica se lleva a cabo dentro del consultorio médico de una institución pública. Por otro lado no debemos olvidar que es fundamental sino es que vital reconocer que las problemáticas sociales deben ser situadas en un plano sociohistórico. De no ser así tenderemos a perder de vista mucho de la comprensión del fenómeno social que estamos estudiando. La actual relación médico-paciente es una situación que surge con la institucionalización de la ciencia a finales del siglo XIX donde el médico al adquirir un importante status social se convirtió con el tiempo en una autoridad no sólo científica sino moral de las sociedades. De hecho la infraestructura sanitaria decimonónica en nuestro país, estuvo enfocada a modificar muchas conductas de la vida cotidiana para así poder homogeneizar la forma en que se debía curar, preservar o recuperar la salud de los individuos. Baste con mencionar como ejemplo el trabajo de Claudia Agostini titulado *Las delicias de la limpieza: la higiene en la Cd. de México* donde la investigadora señala que “las casas o habitaciones debían poseer ciertas características para convertirse en un sitio saludable; se debía realizar el aseo o la limpieza del cuerpo de cierta manera, y hombres, mujeres y niños debían portar cierto tipo de vestimentas”.

El médico decimonónico promovió el cambio de infinidad de conductas entre la población que consideraba antihigiénicas y peligrosas para la conservación de la salud. “A partir de la segunda mitad del siglo XIX los médicos higienistas recalcaron a la población que para eliminar los microbios, gérmenes y bacterias. Que resultaban invisibles a la mirada del hombre, se debían tomar ciertas precauciones tales como

¹ Clifford Geertz, La interpretación de las culturas, España, Gedisa, 1995, 387 pp.

ventilar las viviendas, evitar largas y agotadoras jornadas así como la aglomeración de personas en fábricas o talleres de reducidas dimensiones. Para la calle, se destacaban los riesgos del contacto indiscriminado con otra gente, residuos o ambientes. Y en la esfera individual, la higiene subrayaba el aseo corporal y de la vestimenta, pues eran esenciales para aumentar la resistencia física². El aseo personal se convirtió desde entonces en una virtud, y fue el requisito más importante para conservar la salud y prevenir enfermedades.

El problema no radicó en llevar a cabo ciertas acciones sanitarias con el fin de evitar futuros contagios entre la población, que pudieran ser motivo de un desencadenado e inesperado brote epidémico. Sino en el hecho que el médico no pudo, no quiso o simplemente no logró determinar los motivos reales por los que los individuos comunes no podían eludir las enfermedades. La mayoría de la población en México durante el siglo XIX vivía en una pobreza y en un hacinamiento tal que era imposible seguir los consejos de los médicos higienistas. En palabras de la investigadora Claudia Agostini “los hábitos y prácticas de aseo personal requerían de cierta infraestructura material que no estaba al alcance de todos. Para instalar una sala o cuarto de baño era necesario contar con el suministro de agua potable, ya fuera mediante un abastecimiento subterráneo o de lo que distribuían los aguadores y que tomaban de las fuentes públicas que aún existían por diversos rumbos de la ciudad”³

El médico decimonónico por lo general provenía de las clases medias y acomodadas de la población y difícilmente comprendió la situación de marginalidad en que la mayoría de la población vivía particularmente los indígenas. Eduardo Menéndez afirma que el saber biomédico genera desde mediados del siglo XIX, explicaciones y técnicas que normalizan científicamente la discriminación de sujetos y grupos sociales en términos biológicos, justificando la intervención biomédica sobre los mismos. Es así que durante los años del positivismo la ciencia médica se enfocó a curar, enseñar y adoctrinar en la “Medicina Progresista” a toda la población mexicana; enfocando su trabajo en quienes consideró como los más proclives a propagar –por su origen cultural

² En Historia de la vida cotidiana. Coordinado por Anne Staples. *Las delicias de la limpieza: la higiene en la ciudad de México*. Claudia Agostoni I.I.H UNAM.572pp.

³ Op cit. 572 pp

y de raza así como por su mala alimentación⁴- diversas enfermedades es decir indios y criminales.

Si bien es cierto que en el moderno siglo XXI los indígenas y criminales junto con muchos otros grupos sociales, considerados como poblaciones que viven en situación de riesgo, son los individuos con mayor vulnerabilidad para el padecimiento y transmisión de ciertas enfermedades. El habitante promedio de nuestro país no se escapa de las consecuencias que implica entender la vida sólo y a partir de las explicaciones biológicas. Parafraseando a Eduardo Menéndez “cada vez se incrementa la producción y consumo de medicamentos contra el dolor, el sufrimiento y el insomnio así como para transitar conflictos como duelos, separaciones o enfermedades.” Este hecho resulta significativo cuando hablamos de la gran cantidad de fármacos que un individuo debe consumir si padece de alguna enfermedad crónica como la Diabetes, el SIDA o en su defecto alguna enfermedad crónico-degenerativa. Por eso resulta inevitable preguntarse ¿por qué la Medicina Oficial sigue sin asertar en el control y la prevención de las enfermedades que padecen los mexicanos? El adelanto tecnológico de la ciencia médica sirve de poco o nada si no existe la sensibilidad por parte de las Instituciones de Salud Pública para entender que la enfermedad es un problema biosocial al cual el médico se encuentra íntimamente ligado.

Cuando el derechohabiente del IMSS o del ISSSTE llega por vez primera a una clínica de Medicina Familiar, tiene que sortear toda una serie de obstáculos que van desde comprender la complicada e intrincada situación administrativa que representa darse de alta en la Clínica de Salud que le corresponde; hasta adecuarse al estilo –por decirlo de alguna forma- de la atención médica de su doctor de cabecera. Sin dejar de mencionar realidades tales como el hecho que el médico sólo puede ver en su paciente un conjunto de signos que pueden indicar determinada enfermedad no así al paciente mismo, o la poca sensibilidad del cuerpo médico hacia Otras formas de pensar la enfermedad así como la rotunda negativa de muchos doctores para consentir que sus pacientes busquen tratamientos alternativos fuera del -modelo biomédico-. Este escenario coloca al paciente en una incómoda situación de indefensión, vulnerabilidad, depresión, angustia y descontento con la atención médica recibida, que se ve reflejada en la poca credibilidad que tienen muchos pacientes en los médicos que laboran en las

⁴ Los médicos consideraban que la mala alimentación de los indígenas era uno de los motivos principales de la degeneración racial de este grupo. Muchos son los ejemplos de esta situación en “1889 el médico Domingo Orvañanos decía que la gente miserable “sustituía” la carne por los frijoles y la leche por lo atoles; y “en vez” de pan de harina de trigo tomaba como sucedáneo la tortilla de maíz.

Instituciones de Salud Pública. Si a este hecho le aunamos los prejuicios sociales y culturales de muchos de los médicos con respecto de los pacientes que atienden tenemos como resultado una consulta médica que deja mucho que desear.

A continuación daré lectura a los ejemplos que pueden revelar los conflictos que se viven en la relación médico-paciente de manera cotidiana. Elegí las narraciones que me parecieron las más clarificantes y en ocasiones representativas de las consultas médicas del IMSS e ISSSTE.

LA APERTURA DEL EXPEDIENTE

Le abre expediente, preguntándole si fuma a lo que responde que sí cuanto pregunta, le contesta que uno o dos cigarros, me refiero a con que frecuencia: diario, a la semana, al mes pregunta la doctora con volumen de voz muy alto y molesta, el paciente contesta rápidamente que uno o dos cigarrillos al día porque se me antoja. ¿Bebe? le interroga de nuevo la doctora, a veces menciona el paciente. ¿Cuántas veces? Al mes, a la semana, diario pregunta frenética...

La doctora primeramente le solicita su pase y el joven le entrega una hoja de color rosa, este no es el pase le indica y el joven le dice desesperado que es lo único que trae. Entonces tiene que volver otro día porque así no le puedo abrir expediente...

SITUACIÓN DE PACIENTES SUBSECUENTES

Pregunta por qué lo mandan, para que les quite los puntos, [...] le dice el acompañante. No señor yo no quito puntos esta es la consulta de prediálisis, les dice la doctora con tono molesto. Si pero nos mandaron para que le quitara los puntos. No señor va a tener que regresar a cirugía para que ello se lo quiten. Entonces que hago? Le pregunta el acompañante Suba a cirugía y que le den cita. Entonces no es aquí? Pregunta el acompañante incrédulo, No contesta a gritos la doctora.

PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y SU RELACIÓN CON LA CONSULTA

Fijate hubo uno o dos consultas que me traías bien los niveles de triglicéridos y colesterol, pero ahora ya no sigues la dieta, ya hasta habías bajado de peso, mira a nosotros ya nos exigen que demos de alta a los pacientes diabéticos, nos mandaron un oficio en donde decía que les mandemos los medicamentos para que se controlen y que los regresemos con su médico familiar y allá que él se haga bolas...

DIFERENCIAS CULTURALES Y RELIGIOSA SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN MÉDICA.

Entonces la señora se pone a platicar conmigo, me dice que ella viene de Oaxaca y que cuando llegó no sabía hablar español, que sólo hablaba zapoteco y además que no sabía andar en la ciudad, pero que ahora ya aprendió. Dice que su esposo es de Puebla y que los dos apenas y sabían leer y escribir. Luego dice que no le entiende en ocasiones a la Dra. cuando le explica las cosas del medicamento y que le da pena preguntar ya que siente que se enoja ...

Interrumpe para decirle que había acudido con otra persona que la iba a ayudar ¿con un medico brujo? Pregunta el doctor con sarcasmo. La acompañante dice que había mejorado, pero el doctor no la deja terminar diciéndole ¿de veras? Mire como está. A ver ¿Cuánto te cobran? La acompañante contesta 170 pesos a la semana ¡ya ve! sólo le sacaron el dinero...

Se va a dializar Sra. Ella contesta que no [...] su hija menciona que no desea hacerlo porque es Testigo de Jehová [...] claro menciona la doctora, si mi hijo se enfermara y me dijeran que tiene que comer popo, se la doy- comenta la doctora con tono molesto mientras se levanta del escritorio...

La relación médico-paciente se constituye de múltiples aristas, hoy he mencionado sólo algunas de ellas. El problema de las diferencias culturales en la atención médica del Sector Público surgen desde el momento en que se conocen el médico y el paciente en un consultorio. Cada uno por su lado activa casi de modo instantáneo su sistema de creencias el cual trae consigo inevitablemente prejuicios sociales, pero sobretodo una total ignorancia sobre el Otro.