

La atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas[§]

Luis Alberto Vargas,* Roberto Campos Navarro,** Leticia E. Casillas**

RESUMEN

Las poblaciones indígenas de Latinoamérica requieren la atención de sus problemas de salud en el contexto de su manera de vivir y cultura. Ofrecemos el fundamento teórico de los cofactores por considerar, para ofrecer atención y tratamiento a los problemas de salud en dichas situaciones, así como sugerencias concretas para la mejora de los servicios.

ABSTRACT

Indian communities in Latin America require medical care for their health problems that is adapted to their way of life and culture. This article presents the theoretical foundations of the codeterminants to be considered in order to offer care and treatment for their health concerns, along with concrete proposals to improve their health services.

* Instituto de Investigaciones Antropológicas y Facultad de Medicina, UNAM.

** Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

Palabras clave: Indígenas, Latinoamérica, atención de problemas de salud, tratamiento, problemas de salud, servicios de salud.

Key words: Indians, Latin America, health care, treatment, health problems, health services.

Introducción

Aunque parezca una perogrullada, como a cualquier otro humano, lo que motiva a los indígenas para buscar atención para sus alteraciones de la salud es justamente la solución de dichos problemas de salud. Sin embargo debemos aclarar que los *problemas de salud* no son equivalentes necesariamente a lo que la biomedicina califica como *enfermedades*. Por ejemplo, un problema de salud frecuente es el desear que los niños crezcan sanos, y esta es la razón para llevarlos a consulta, aun en ausencia de enfermedad. Otro es el temor a estar enfermo, por haber llevado a cabo acciones que se estiman como de alto riesgo, por ejemplo promiscuidad sexual o la transgresión de algunas normas sociales para la conducta. Finalmente, un parto no puede ser calificado de enfermedad, pero ciertamente implica riesgos para la salud. Sin embargo, la mayor parte de las consultas son debidas a que la persona estima que su salud se ha alterado o sufre de alguna enfermedad.

La mayor parte de las ocasiones la persona estima que tiene un problema de salud cuando detecta cambios en su organismo, sea en su forma o en su funcionamiento, comparado con lo que es habitual o “normal” para ella. Es también frecuente que a la salud se le considere como una categoría residual, es decir: *estoy sano porque no estoy enfermo y no tengo molestias*. La aparición de dichas molestias, manifiestas por alteraciones corporales se hacen equivalente a tener problemas de salud. Ejemplos son: sentirse fatigado, cambios en la estructura o pigmentación de la piel, dolor, fiebre, abscesos, limitaciones para el movimiento, etcétera.

En todos los sistemas de atención a los problemas de salud¹ (término que preferimos al de *sistemas médicos*),² las enfer-

medades son constructos de la mente, elaboraciones socio-culturales, donde se reúnen, en forma coherente y organizada –entre otros elementos– causa, patogenia, lesión y cuadro clínico, al grado de encontrarse descritos en los libros de patología o medicina interna de la biomedicina bajo los nombres de *diabetes mellitus*, *infarto pulmonar*, *aterosclerosis* y otras. En la medicina popular mexicana se identifican otras enfermedades como *chipilez*, *empacho*, *susto* y otras. Evocando a Hipócrates: *no hay enfermedades, sino enfermos* (pacientes diríamos nosotros). Pero ya hemos señalado que no todos los problemas de salud se pueden integrar como enfermedades. Muchas veces el biomédico queda perplejo ante pacientes quie-

[§] Este trabajo es resultado parcial de la investigación *Los indios hospitalizados en América Latina*. En busca de calidad para la atención de problemas de salud en contextos interculturales, con patrocinio del Programa para el Apoyo de la Investigación y la Innovación Tecnológica de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, con la identificación IN309399.

² Una parte de los conceptos y definiciones ofrecidos en este trabajo fueron producto de nuestro trabajo como profesores de Antropología de la materia Historia y filosofía de la medicina que se ofrece a los alumnos de cuarto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y algunos fueron publicados en el trabajo citado y además aplicados en nuestros proyectos de capacitación para el empleo de los enfoques de la interculturalidad en varios contextos nacionales y en Sudamérica.

nes manifiestan molestias que califica como mal organizadas e inespecíficas, o que no se encuentran descritas en sus textos académicos. Así, un paciente quien manifiesta estar cansado, intranquilo y con mal sabor de boca será sometido a una cuidadosa exploración física, exámenes de laboratorio y gabinete accesibles, pero en caso de que toda esta indagatoria sobre su cuerpo resulte dentro de los límites de la normalidad biológica o bioquímica, será calificado de simulador, hipocondríaco o algo semejante, pero no como enfermo.

Sin embargo, bajo la visión de una medicina centrada en la persona, quien tiene estas molestias está realmente enferma y debe ser atendida. Ya Kaja Finkler, una antropóloga con larga experiencia en México, ha hablado de las *lesiones de la vida* que se manifiestan mediante signos y síntomas “mal estructurados” y que resultan de una historia de maltrato, frustración, pobreza, injusticia o incumplimiento de expectativas.² William Dressler ha mostrado claramente que el incumplimiento de las expectativas sociales es un factor poderoso para explicar la hipertensión arterial en América Latina y el Caribe.³

Los propósitos deseables de la atención de los servicios de salud

Con estos antecedentes podemos ahora definir los conceptos que deben ser tomados en cuenta para evaluar la calidad de la atención en los servicios de salud en cualquier contexto.

Desde el punto de vista práctico, quien atiende problemas de salud requiere hacer una serie de diagnósticos, antes de plantear su programa de prevención, tratamiento, rehabilitación o promoción de la salud. Los cuatro componentes que deben ser diagnosticados son los siguientes:

1. La persona, es decir cuáles son las características que distinguen al paciente de otros y lo hacen un individuo biológico y una persona y que abarcan: el cuerpo, la biografía, su entorno y los recursos de los que dispone.

Para ello debemos tomar en cuenta las particularidades que se expresan a través del *cuerpo* y que abarcan aspectos tan variados como la edad, el sexo, las especificidades de su anatomía y fisiología (por ejemplo: miopía, intolerancia a la lactosa, alergias), que conforman lo que los clínicos franceses han llamado el *terreno* sobre el que se manifiestan los problemas de salud, incluyendo a las enfermedades. No debemos olvidar que en cada persona existen áreas de su cuerpo particularmente vulnerables, mientras que otras son resistentes, así algunos padecen de migraña, otros de artritis, o enfermedades respiratorias agudas frecuentes, pero es poco frecuente que una misma persona tenga problemas simultáneos de los tres tipos.

La *biografía*, o historia personal, integrada por lo ocurrido desde la concepción hasta el momento actual y que haya afectado a la persona en sus esferas biológica, psicológica y sociocultural. En las historias clínicas de la biomedicina ello se engloba bajo los antecedentes personales no patológicos y patológicos, pero desde nuestro punto de vista, esta exploración debe abarcar aspectos más amplios, que den luz sobre el problema de salud que ofrecen los pacientes en este momento. Entre ellos encontraremos aspectos tan variados como la alimentación, los patrones de crianza de los que fue objeto durante la infancia, las enfermedades y accidentes sufridos a lo largo de la vida, pero también la forma como su familia le modeló para reaccionar ante los problemas de salud y muchos otros aspectos biológicos, emocionales, sociales y cultu-

rales. En otras palabras, se deben incluir los aspectos más relevantes e influyentes de su ciclo vital.

El *ambiente* donde se desarrolla la vida del paciente, en el hogar, la calle, el trabajo, el espacamiento y el resto de sus actividades, también requiere ser conocido, ya que ofrece situaciones tanto de riesgo como de protección para la salud. Por ejemplo, Paulo Maya y Venegas-Lafón han observado en Tetelcingo, Morelos que los niños que viven en hogares donde conviven no sólo con sus padres, sino también con los abuelos, suelen tener mejor estado de nutrición que quienes solamente viven con sus padres;⁴ el trabajo industrial puede exponer a la inhalación de sustancias tóxicas o la falta de agua potable y disposición sanitaria de excretas aumenta notablemente el riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias del tubo digestivo.

Los recursos de los que dispone una persona para su vida, son fundamentales para la atención de los problemas de salud. Para fines de este trabajo y lograr mayor claridad, empleamos el término recursos, en lugar del de capitales, que es el que originalmente propuso Pierre Bourdieu.⁵ Una manera accesible para clasificarlos abarca las siguientes categorías.

- *Recursos económicos*, engloban todo aquello que la persona puede transformar en dinero o su equivalente y que, en el caso presente, puede invertir para la conservación, restauración u obtención de la salud. Aquí se incluyen desde los bienes materiales, hasta la pertenencia a los sistemas de seguridad social o la adquisición de seguros para atender los problemas de salud, los cuales siempre implican una transacción económica directa o indirecta.
- *Recursos culturales*, integrados por el conjunto de conocimientos, valores, actitudes o creencias en torno a la salud, la enfermedad y la terapéutica, y que desde luego, son producto de la interacción entre el medio y la persona a lo largo de su biografía.
- *Recursos sociales*, logrados a través de las redes de familiares, amigos, conocidos, o personas voluntarias o profesionales capaces de apoyar en forma material y emocional a quien padece. Una de sus manifestaciones más importantes son las redes de relaciones interpersonales.
- *Recursos simbólicos*, o sea la forma que asumen los demás recursos cuando la persona misma y la sociedad los perciben, reconocen y otorgan legitimidad subjetiva. Abarcan el prestigio, el honor y la atención que se recibe. Para Goldschmidt es fundamental reconocer al yo simbólico y la manera simbólica como se interpreta a las demás personas y a la totalidad que nos rodea.⁶ El lenguaje es fundamental para la formación de este capital.

1.2 El problema de salud, que es aquello que observa o siente la persona y que precisamente le motiva para buscar atención. Con frecuencia es englobado por los médicos como parte de la enfermedad, pero en ocasiones parecería ajeno a ella. En el caso de los pacientes diabéticos, las quejas frecuentes son: cansancio, visión borrosa, debilidad, producción de mayor cantidad de orina, sed intensa, temor a aplicarse la insulina por considerar que causa ceguera y, entre los varones, dificultad para realizar el acto sexual. Sin embargo, el paciente durante su primera consulta no manifestará como queja la elevación de sus cifras de glucosa en la sangre, ya que éstas son un hallazgo del laboratorio clínico, pero si más tarde controla su enfermedad mediante el uso de un aparato doméstico para medir esta sustancia, los niveles de glucosa se volte-

rán parte fundamental de su problema de salud. La mayor parte de estas molestias desaparecen como resultado del seguimiento de un tratamiento adecuado, pero no todas. Probablemente el tratamiento pueda controlar la sed, la frecuencia de orinar y la debilidad, pero solamente habrá logros parciales en el caso de la visión borrosa y las dificultades para realizar el acto sexual, ya que puede existir retinopatía diabética o disminución del calibre de las arterias que participan para lograr la erección. En ocasiones estas molestias que no son posibles de controlar completamente integran el problema de salud del paciente, como se señaló en el caso de las llamadas *lesiones de la vida*.

1.3 La enfermedad es aquello que se aprende a diagnosticar como parte de la formación de los médicos de cualquier sistema. Es el componente con el que los médicos, nos sentimos más cómodos, ya que es bien conocido, se le identifica y tiene límites precisos, donde se abarca su pronóstico y alternativas para tratarlo. Así, en el caso anterior identificar a la variedad específica de diabetes mellitus que tiene el paciente, o la hipertensión arterial, son tareas para las que el personal de salud está preparado y para las que cuenta con recursos para resolverlas, controlarlas, prevenirlos o simplemente para comunicar el diagnóstico al paciente.

1.4 Sin embargo, tan trascendente como lo es el diagnóstico de la enfermedad lo es el del **padecimiento** del paciente,⁷ y que es la forma individual y personal como cada uno vive su problema de salud, sea o no enfermedad. Es decir, cada persona reacciona de manera particular respecto a su o sus problemas de salud, y algunas de las actitudes posibles son afrontarlos, sobrelevarlos, sufrirlos, resignarse, combatirlos, tolerarlos, negarlos y muchas más.

Por ejemplo, una persona con diabetes padecerá su enfermedad de manera muy diferente si es hombre o mujer, joven o vieja, la primera o la más reciente en su familia de estar afectada por ella, conocer o no los efectos de la diabetes sobre el cuerpo, estar o no familiarizada con el tratamiento, poder o no controlar su dieta y realizar actividad física, y una larga serie de otros.

Tratamiento y atención, dos componentes de un mismo proceso

Estimamos necesario distinguir dos componentes del proceso que se desencadena cuando un paciente se pone en manos de quien selecciona para llevar su problema de salud, sea en forma ambulatoria o dentro de una institución: el tratamiento y la atención. El equivalente en inglés es *treatment y care*.

El tratamiento es el conjunto de procedimientos que se aplican para resolver la enfermedad, cuando ella existe, pero que además tienen el efecto de resolver o mitigar el problema de salud y el padecimiento. De manera clásica en la biomedicina se separan varios elementos del tratamiento: a) el etiológico, dirigido a resolver la causa de la enfermedad; b) el sintomático, enfocado a eliminar, controlar o aliviar las molestias propias de la enfermedad o del problema de salud; c) el de rehabilitación, cuyo propósito es compensar las secuelas dejadas por la enfermedad. Desde un punto de vista técnico, la biomedicina ofrece, entre otras, las siguientes alternativas para el tratamiento: uso de medicamentos, cirugía, radioterapia, quimioterapia, dietoterapia y muchas más. En otros sistemas se utilizan: limpias, exorcismos, recuperación de fragmentos de las entidades anímicas, ventosas, y otras.

La atención es más amplia, ya que la palabra tiene varias acepciones, de las que nos interesan: a) tener interés y aplicar voluntariamente el entendimiento y b) cuidar a una persona y ocuparse de ella. Por lo tanto, en el contexto de la atención de los problemas de

salud se refiere a las acciones que se llevan a cabo para entender cabalmente los problemas de salud y el padecimiento del paciente, así como para proporcionar cuidados y allanar las molestias y limitaciones derivadas del problema de salud, la enfermedad y el padecimiento. Una parte de la atención se enfoca a compensar las limitaciones inherentes a la situación del paciente y que afectan su desempeño normal. Por ejemplo, se ofrece apoyo para comer, asegurar el reposo, mantenerse limpio, comunicarse, resolver problemas emocionales y otros.

No nos ocuparemos aquí de los tratamientos y nos centraremos en la atención, ya que es el componente fundamental para otorgar calidez y satisfacción cuando se viven problemas de salud.

Los sustentos de la satisfacción con la atención

Con este preámbulo podemos contestar ahora la pregunta ¿qué busca el paciente cuando acude a un servicio de salud?

Lo que busca tanto el paciente indígena como el no indígena es tratamiento y atención de su problema de salud, con alta calidad técnica, es decir donde los servicios le ofrezcan todo aquello de lo que dispongan para elaborar los diagnósticos, establecer un pronóstico a corto y largo plazo, ofrecerle un tratamiento accesible y esclarecer los motivos de las conductas adoptadas y propuestas, así como de resolver plenamente sus dudas.

Los diagnósticos que sustentan lo anterior son el conocimiento de la persona, el problema de salud, en su caso de la enfermedad, pero sobre todo: del padecimiento.

En segundo lugar se busca una atención donde sea reconocido y tratado como persona, ubicada en una determinada familia y sociedad y con necesidades y expectativas concretas. A esto se le suele llamar la calidez de la atención, pero para lograrla no basta con simular el interés. Una de las características humanas fundamentales es el reconocer la sinceridad y el interés mediante los sutiles movimientos corporales, particularmente de las zonas periorbital y peribucal, además de la mimica del cuerpo y el paralenguaje.

Expectativas de los indígenas en cuanto a calidad de la atención médica

No es aquí el lugar para explicar las capacidades requeridas, la metodología y técnicas para llegar a establecer los diagnósticos anteriores, pero sí para plantear algunos aspectos concretos capaces de contribuir para que los pacientes indígenas perciban que son tratados como personas.

1. La **ubicación de los servicios**, en cuanto a la posibilidad real de acceso para los pacientes y no necesariamente para los prestadores de los servicios. Para ello debe tomarse en cuenta la dificultad de acceso y el tiempo requerido para ello. A veces los servicios se construyen en lugares adecuados para que llegue el personal, o que en un mapa de carreteras parecen los más indicados. Lo que no debe olvidarse es que muchos de los usuarios llegan caminando y deben pasar sobre ríos o arroyos, subir cuestas o atravesar carreteras con alta densidad de tráfico. Es fundamental también conocer las rutas de los medios públicos de transporte.
2. La **arquitectura de los servicios**, tomando en cuenta que sean locales semejantes a aquellos a los que se encuentran acostumbrados los usuarios, pero que al mismo tiempo permitan su mantenimiento e higiene. Un ejemplo negativo es la

arquitectura al estilo IMSS, que desentonan en muchos lugares y donde incluso se llegan a instalar pisos de mármol en los vestíbulos, que resultan fríos para los pies descalzos y además resbalosos cuando llueve. R. Campos-Navarro y cols. han publicado resultados con las bondades del uso de hamacas para mujeres puérperas, en vez de camas en un hospital rural mexicano, tanto desde el punto de vista de la costumbre de los pacientes para acostarse en ellas, como del personal de los hospitales, por la facilidad que implica su aseo y el de la habitación en general.⁸

3. Es fundamental tomar en cuenta la **disponibilidad de sitios para realizar largas esperas** por grandes grupos. Los problemas de salud en las comunidades indígenas son un asunto colectivo y no individual. Es frecuente que una parturienta sea acompañada por su familia extensa y hemos encontrado casos donde también acuden las autoridades de su poblado. Muchas veces dichos acompañantes deben permanecer a la intemperie y aun bajo la lluvia o el sol, y sin comer durante muchas horas o días enteros. Ofrecer espacios adecuados, aun bajo la forma de simples palapas, con la posibilidad de preparar alimentos, descansar, dormir o entretenerte, constituyen elementos muy apreciados.
4. El **acceso efectivo a traductores de la lengua indígena al español** es otro recurso indispensable. Es excepcional que el personal de los servicios de salud hable las lenguas indígenas, siendo más frecuente entre las auxiliares de enfermería o el personal de intendencia, sobre todo si es contratado en la misma población donde se encuentran los servicios.⁹ Algunas instituciones llevan a su personal desde las ciudades y, por lo tanto, no existe nadie que pueda funcionar como traductor. Contar con personas que cumplan esta función es un requisito que no debe olvidarse. Estas son plazas que deben crearse en los catálogos de puestos de las instituciones de salud. Las experiencias de los denominados *facilitadores interculturales* que hablan las lenguas locales en hospitales de Chile, Bolivia, Perú y Venezuela, ofrecen un excelente ejemplo de dichos servicios que tienen como objetivo auxiliar, orientar y apoyar al paciente indígena y sus familiares.
5. La **presencia efectiva del personal de salud a lo largo del día y la noche** es un componente necesario. Los servicios se suelen regir por los horarios urbanos, sin tomar en cuenta que en las poblaciones indígenas el tiempo se mide y distribuye de manera diferente, además de que las emergencias no reconocen horarios. En los hospitales hemos encontrado que el personal no vive en ellos y lo hace lejos, por lo que cumple su horario burocrático y se retira. Esto es motivo frecuente de queja. Lo anterior muchas veces se debe a la contratación de personal originario de ciudades lejanas, quienes necesitan un empleo, mientras encuentran otro más cercano a su hogar o intereses. La selección de trabajadores locales o de la región, quienes además conocen las costumbres locales, seguramente ayudaría a mitigar esta situación. E igual se debe considerar la ampliación y flexibilidad de horarios institucionales cuando existen días específicos de mercado en la comunidad.
6. Es necesaria la **infraestructura técnica**, manifestada por contar con los recursos mínimos para establecer un diagnóstico biomédico integral, incluyendo exámenes básicos de laboratorio y gabinete, como electrocardiografía, ultrasonido y rayos X. Conocemos algunos médicos particulares quienes atienden a los pacientes de comunidades rurales en una habitación dotada solamente de unos cuantos muebles, pero que transportan en

su vehículo equipo sencillo, pero capaz de ofrecer un diagnóstico integral *in situ*. De esta manera se hace uso más eficiente del tiempo y se evita que los pacientes deban desplazarse a otras poblaciones para completar el proceso de diagnóstico. Así se asegura que la atención para los pacientes indígenas no sea de segunda clase.

7. La **calidad y cantidad de la alimentación** son elementos fundamentales para lograr la satisfacción de los pacientes quienes permanecen dentro de las instituciones. Para ello se deben emplear los platillos y bebidas a los que ellos se encuentran acostumbrados y no los prescritos por los servicios de dietética de las ciudades. Resulta más eficiente y económico ofrecer tortillas, atole, frutas y verduras locales, que los clásicos carne, leche y huevos, tan apreciados en el medio urbano. Es perfectamente posible establecer menús equilibrados y adecuados desde el punto de vista nutricional con productos locales, lo que además redonda en un costo más accesible. Como ejemplo, recordemos que la mayor parte de la población mexicana obtiene más del 30% de su energía diaria de productos de maíz, entre los que sobresalen las tortillas, aunque esto no sea el caso de los grupos sociales a los que pertenecen la mayoría de los integrantes del personal de los servicios de salud. La situación repercute en la cantidad, por ejemplo, un campesino llega a consumir más de una docena de tortillas en una comida, mientras los habitantes urbanos se suelen limitar a menos de cinco por temor a la obesidad y el hecho de consumirlas dentro de una dieta más abundante y variada. Hemos escuchado a pacientes quejarse de que en los hospitales rurales se les mata de hambre porque reciben unas cuantas tortillas. También hemos encontrado hospitales donde existía el local y el equipo para elaborar mixtamal y tortillas, pero había sido cerrado.
8. Debe considerarse la **interacción con los sistemas locales y domésticos para la atención de los problemas de salud**, habitualmente llamados indígenas o tradicionales. Si tomamos en cuenta que los problemas de salud forman parte de esa vivencia integral por los humanos, que hemos llamado el padecimiento, es sencillo entender que no puede ser satisfactorio, por muy eficaz que lo sea, el tratamiento basado exclusivamente en el modelo biomédico centrado en la lesión, donde se privilegia la enfermedad sobre el padecer. Los practicantes de otros sistemas médicos tratan a sus pacientes de manera integral, tomando en cuenta su vida social y sus percepciones de aquellos elementos que les explican la presencia de sus problemas de salud, por ejemplo, el no cumplir con las obligaciones sociales y religiosas o el haber pecado, hechos extraños para la biomedicina. Una colaboración inteligente y abierta con estos practicantes ayuda para lograr la satisfacción de los pacientes. Un tratamiento de las infecciones con antibióticos no está reñido con una limpia, si así se apoya el bienestar del paciente.

Resistencias en los servicios de salud

México, como el resto de América latina son países que han vivido colonizados ideológicamente y bajo la peor modalidad que es la autocolonización, es decir el desconocimiento de nuestros valores y la admiración por lo que viene de fuera, y en la actualidad de los Estados Unidos de América, como antes lo fue de Europa y particularmente de Francia. El personal de salud considera deseable atender a los pacientes como lo muestran las películas y series de televisión, de tal manera que atender a indígenas

percibidos como ignorantes, necios y sucios es la antítesis de sus expectativas profesionales. Por lo tanto la resistencia a laborar en espacios rurales suele ser común y generalizada. El trabajo en estos sitios es calificado como el escalón más bajo al que se puede llegar antes de estar desempleado y se le trata como una actividad que debe de cumplirse, antes de encontrar otra mejor remunerada y en la ciudad.

En otra publicación hemos señalado las siguientes modalidades del ejercicio de la medicina, que puede extrapolarse a la totalidad del equipo de salud.¹⁰

El paciente caso interesante

Para el médico, quien no vive personalmente el padecer de su paciente, la situación puede ser percibida de otra manera. En ocasiones, el cuadro clínico o la enfermedad misma le atrae al grado de transformar a su paciente en objeto portador de una enfermedad destacada y, por lo tanto, digna de ser estudiada, discutida, analizada en la autopsia y, si es posible: publicarla. En otras palabras, se encuentra ante un caso interesante, donde la enfermedad y sus manifestaciones tienen más importancia que quien las padece. La persona enferma se transforma en un sujeto más de estudio, semejante a un animal de experimentación. En estos casos la actitud del médico puede llegar a ser ambivalente; olvida a la persona, pero se interesa en el caso, como si la enfermedad y sus manifestaciones existieran fuera de la persona, tan sólo consignada como una ficha de identificación en un expediente. En trabajo antropológico reciente de G. Rodríguez nos muestra con claridad el trato de pacientes de cirugía reconstructiva en la Ciudad de México donde se establece la diferenciación entre el paciente interesante que se opera en hospitales públicos, de aquellos que se les realiza cirugía estética en forma privada.¹¹

El paciente como reto mental

En otras ocasiones el problema de salud es digno de análisis como reto mental y quien la padece se transforma en sujeto, por ejemplo para la prueba de nuevos procedimientos de diagnóstico o tratamientos novedosos. En la sociedad contemporánea se llega al grado de publicar en los periódicos convocatorias donde se solicitan personas afectadas de tal o cual enfermedad para ser incluidas en "protocolos" de investigación. A cambio se les ofrecerán tratamientos en proceso de evaluar su eficacia con el riesgo de que dicho "tratamiento" consista en un placebo para probar, en una selección al azar, al verdadero medicamento supuestamente eficaz. La persona es dejada de lado y de nuevo es transformada en animal de experimentación, olvidando su enfermedad y padecer, centrándose en la enfermedad hospedada en alguien a quien no se toma en consideración.

El paciente como objeto

En otras ocasiones, el paciente se transforma en un objeto y es atendido como si se tratara de un animal enfermo. Poco importa lo que dice y lo que sufre; se trata de llegar a un diagnóstico, fundamentar un pronóstico y planear un tratamiento solamente con pruebas supuestamente objetivas como la imagenología o los exámenes de laboratorio y gabinete, capaces de descubrir lesiones orgánicas o funcionales. Lo que la persona piensa de su problema de salud no importa. Lo importante es la corrección anatómica o funcional de su lesión o enfermedad. Esta es una práctica frecuente en instituciones para la atención masiva y, en particular cuando se atiende a personas a quienes los médicos

estiman como ignorantes o ajenos a su cultura. Esta situación es la causa del malestar de muchos pacientes con respecto a la atención que reciben. Se olvida la importancia de escucharlos y resolver aquello que estiman es su problema y en su lugar se privilegian las alteraciones establecidas por el médico con una supuesta objetividad científica.

El paciente como cosa

Por desgracia, a veces ni siquiera se llega a esa situación. La persona con un problema de salud no llega a ser un reto intelectual para su médico, sino simplemente un trámite más al que debe atender como parte de su contrato de trabajo. La persona afectada se transformará en un número más en la lista de pacientes atendidos, cuyo destino son las estadísticas y los informes burocráticos. Es lo mismo que si en una fábrica estuviera dedicado a una actitud tan rutinaria como atornillar una pieza en un producto. Un paciente será igual al siguiente y no importa ni su nombre, ni su problema; se le debe despachar sin mayor consideración y sin pretender que salga satisfecho. Por extraño que pueda parecer, existen pacientes que precisamente buscan esto en algunas instituciones, a las que consideran solamente las fuentes de un trámite burocrático para obtener una incapacidad o el surtido de medicamentos ya que han satisfecho su necesidad de atención médica con otra persona y en otro lugar. Sin embargo, en el mundo rural e indígena, la situación es distinta. Se acude a los servicios de salud por voluntad propia y para resolver el problema de salud, no para obtener otro tipo de beneficio. Se espera ser escuchado, entendido y apoyado como persona. Es de recordarse la Declaración tzotzil de salud en 1974 donde indígenas chiapanecos se quejaban del trato brindado por médicos y enfermeras como si fueran "cosas" y no personas.¹²

Podemos concluir que en las situaciones anteriores no se toma en cuenta para nada al individuo-persona a quien transforman en sujeto, objeto o, simplemente, en cosa o número. Cualquier paciente que sea tratado de acuerdo con estas posibilidades, difícilmente se sentirá satisfecho.

Los tres indicadores finales para la evaluación de los servicios

A final de cuentas son tres los grandes indicadores capaces de permitir evaluar si nuestros servicios de atención a los problemas de salud tienen adecuada calidad y calidez:

- Los pacientes se muestran satisfechos y siguen usando y recomendando los servicios.
- Los pacientes siguen las indicaciones que se les ofrecen para promover su salud, prevenir la enfermedad y tratar su problema de salud.
- Los indicadores epidemiológicos habituales muestran descenso de la morbilidad y mortalidad general y específica por sexo y edad.

Los dos primeros son de evaluación relativamente sencilla mediante un análisis completo e inteligente de los registros habituales de los servicios, si están bien recogidos. El tercero supondrá una investigación histórica comparativa.

Un estudio de Kaja Finkler hecho con pacientes del Hospital General de México mostró que los factores que influyen de manera positiva para que los pacientes se sientan satisfechos de su consulta son:

- a) Haber recibido una explicación satisfactoria sobre la naturaleza de su problema de salud.
- b) Contar con un diagnóstico que puedan comprender. Esto se asoció a que el paciente estuviera familiarizado con el diagnóstico en una persona conocida o la seguridad con la que le fue presentado.
- c) El que el paciente estuviera de acuerdo con el diagnóstico médico durante la primera o segunda consulta. Ello se asocia con el proceso mental que hace concordar lo que dicen los médicos con lo que se siente y lo que se sabe.
- d) Si el paciente pudo hacer preguntas al médico, sobre todo en forma de diálogo. La participación del paciente y el esclarecimiento de sus dudas es un componente fundamental para percibir la consulta como satisfactoria.
- e) El número de días que el paciente llevaba con el problema de salud antes de acudir a consulta, es decir la cronicidad (en términos generales menos de un año para quienes mostraron alivio y 4 años para los que no).

Arthur Kleinman, Leon Eisenberg y Byron Good (1978) han propuesto once sencillas preguntas mediante las que puede obtenerse información adecuada para entender el problema de salud de los pacientes.¹³ Estas preguntas fueron más tarde modificadas por Carrillo y col.¹⁴ y aquí las agrupamos en rubros y proponemos mínimos cambios.

Las cinco primeras permiten saber cómo el paciente explica su problema de salud.

1. ¿Cuál considera usted la causa de su problema de salud?
 2. ¿Por qué considera usted que su problema comenzó en el momento que lo hizo?
 3. ¿Qué le ocasiona o cómo le afecta el problema?
 4. ¿Qué tan grave es su problema? ¿Considera que va a durar poco o mucho tiempo?
 5. ¿Cuál es el tratamiento que debería recibir?
- Tres más exploran las expectativas que tiene el paciente sobre su problema de salud
6. ¿Cuáles son los resultados más importantes que espera del tratamiento?
 7. ¿Cuáles son las principales consecuencias de su problema de salud sobre usted y su familia?
 8. ¿Qué es lo que usted más teme como resultado de su problema de salud?
- Las últimas tres se centran en las conductas concretas que sigue el paciente.
9. ¿Quién más le ha atendido de este problema de salud?
 10. ¿Qué otros tratamientos ha empleado?
 11. ¿Quién le aconseja respecto a sus problemas de salud?

Estas preguntas pueden parecer a algunos biomédicos innecesarias o redundantes, pero les invitamos a plantearlas y constatarán la riqueza de información que se obtiene para entender a los pacientes como personas.

Conclusión

La atención a los problemas de salud de los pacientes indígenas tiene pocas diferencias con la de otras personas, incluyendo a las de nuestra propia cultura. Sin embargo para hacerlo con calidad y calidez se requiere de enfoques interculturales que se manifiestan de manera concreta. Algunas técnicas sencillas permiten un acercamiento

to a sus necesidades y ofrecen los caminos para resolverlos. La interculturalidad en salud como una estrategia institucional e individual puede brindar óptimos resultados en la práctica médica en comunidades culturalmente diferenciadas, siempre y cuando se aplique con criterios pertinentes, solidarios e inclusivos. Ello se traducirá en una mejoría de la relación del trabajador de salud con los enfermos de origen indígena, y por ende, en la satisfacción de ambas partes.

Referencias

1. Vargas LA. Antropología y medicina. Una contribución para conciliar un doble recorrido. *Thule, revista italiana di studi americanistici* 2006; (20/21): 77-87.
2. Finkler K. *Physicians at work, patients in pain. Biomedical practice and patient response in Mexico.* 2a ed. Durham, North Carolina, Carolina Academic Press, 2001.
3. Dressler WW. Psychosomatic symptoms, stress and modernization: a model. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1985, 9 (3): 257-286.
4. Paulo Maya A, Venegas-Lafón RM. Análisis interdisciplinario de la chipilés. Síndrome de filiación cultural que afecta a la niñez en Tetelcingo, Morelos. *Laborat-acta* 2009; 21(4):85-90.
5. Bourdieu P. *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto.* Madrid, Taurus, 1988.
6. Goldschmidt W. Acerca de la unidad de las ciencias antropológicas, *Anales de Antropología* 2000; 34: 11-24.
7. Vargas LA. Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer, *Gaceta Médica de México* 1991; 127 (1): 3-5.
8. Campos-Navarro R, García Vargas F, Barrón U, Salazar M, Cabral Soto J. La satisfacción del enfermo hospitalizado: el empleo de hamacas en un hospital rural del sureste mexicano, *Revista Médica del IMSS* 1997; 35 (4): 265-272.
9. Campos-Navarro R. Conflictos interculturales provocados por la escasa utilización de la lengua maya en un hospital indígena guatemalteco. En: *Lingüística Americana. Estudios recientes.* R. Arzápalo (coordinador.) México, UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, 2009, pp. 205-219.
10. Vargas LA, Casillas LE. Perspectiva antropológica de la consulta médica: entre la ciencia y el arte de la medicina. En: *La comunicación humana en la relación médico-paciente.* Carlos Tena Tamayo y Francisco Hernández Orozco (editores). México, Prado y CONAMED, 2007, pp. 79-110.
11. Hernández Zinzún G. La práctica médica en el Hospital General de México ¿científica o ritual? México, el autor, 2007. Tesis para optar al grado de doctor en Antropología de la Universidad Nacional Autónoma de México.
12. Declaración tzotzil de salud. En: Lozoya X, Zolla C. *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México.* México, Folios Ediciones, 1986.
13. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 1978; 88 (2): 251-258.
14. Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Annals of Internal Medicine* 1999; 130 (10): 829-834.

Dirección para correspondencia:

Dr. Luis Alberto Vargas

vargas.luisalberto@gmail.com