

La metrópoli, espacio social de multiculturalidad ¿médicos y enfermos en interacción o fricción cultural?

Zuanilda Mendoza González*

Resumen

Las grandes Metrópolis, centros de atracción, mosaico polifacético, muestra indiscutible de la diversidad. Espacio social en donde interactúan diariamente médicos y enfermos, sujetos producto de una cultura que se hace manifiesta en su forma de padecer y de dar respuesta a un problema de salud. Atender al proceso salud/enfermedad como un espacio social del vivir diario, puede constituirse en la mirilla a través de la cual se identifique un proceso intrincado de transformación. Muchas de las acciones realizadas desde la institución de salud, no reconocen la diferencia cultural de los grupos sociales y en esos términos desarrollan su acción educativa, preventiva y de atención. Esto limita la relación que se establece con poblaciones como las indígenas en la ciudad.

Palabras clave: Metrópoli, relación médico paciente, diversidad cultural, racismo.

Abstract

The metropolis constitute a social space of medical-patient interaction. Many activities carried out by health institutions do not recognize the cultural diversity of indigenous social groups, diversity that hinders the relationship with those groups settled in big cities.

Key words: Metropolis, doctor-patient relationship, cultural diversity, racism.

* Zuanilda Mendoza González. Maestra en Antropología Social, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Brasil 33 col. Centro, D.F. Tel 562-33114.

Introducción

EL OBJETIVO de este trabajo es dar curso a la polémica que surge de las siguientes interrogantes: ¿es la urbe el espacio de la homogeneidad?, ¿a qué se enfrenta un médico y un enfermo al interactuar desde construcciones culturales diferentes?, ¿qué importancia tienen los factores socioculturales en el ejercicio diario de la práctica médica en un contexto urbano?, ¿qué aportación puede hacer la perspectiva antropológica al desempeño cotidiano del acto clínico?

De manera inicial, procuraré apuntar ciertos elementos teórico-conceptuales de los cuales parto, para posteriormente remitir a algunos ejemplos en lo concreto y concluir señalando lo que, desde mi posición, serían algunas aportaciones de la antropología a la práctica médica.

Las ciudades son escenarios donde se entrecruzan diferentes matrices culturales. La heterogeneidad multicultural es un dato básico a reconocer. La ciudad como espacio social de concentración, interacción y fricción entre diversos grupos étnicos, de procedencias y culturas diferentes.

Es necesario centrar la atención en situaciones de interculturalidad, obviamente más aparentes en la urbe, donde las fronteras se disuelven. Sólo haciendo visible la heterogeneidad, la coexistencia de varios códigos simbólicos, los préstamos y transacciones interculturales, se es capaz de dar respuestas a las interrogantes de transformación.



La comunidad indígena triqui, migrante a la Ciudad de México, presenta condiciones precarias de vida diaria, que constituyen riesgos para la salud. *Fotografía tomada por el personal del Centro de Salud "Luis E. Ruíz", SSA.*

Es indiscutible que no podemos considerar a los miembros de cada sociedad como pertenecientes a una sola cultura homogénea y teniendo conocimientos y saberes únicamente coherentes con ella.¹

Incluso podemos aseverar, que las poblaciones indígenas reconocen que la preservación PURA de sus saberes tradicionales, no es el camino exclusivo ni más apropiado para reproducirse y mejorar su situación, de esto se desprenden su progresiva inserción y sus demandas de recibir los avances de una sociedad moderna.

Es pertinente abordar los procesos de interacción social y contraste entre los conjuntos sociales en contextos de diversidad cultural.²

Asumimos que la desigualdad entre indígenas y mestizos no desaparece en la ciudad, donde a pesar de la disminución de la distancia cultural, tiende a transformarse en una desigualdad de clase,³ la cual se reproduce en todos los espacios sociales, incluido el de la biomedicina. La diferencia



Su principal actividad productiva es el comercio informal, a través de la cual han logrado sobrevivir en esta gran urbe.

de clase en la condición de existencia urbana, se fortalece, sin eliminar la diferencia étnica, esta última hace de este un fenómeno diverso. No es igual ser pobre en la ciudad, que ser pobre e indígena.

La identidad es un fenómeno que emerge de la relación entre el individuo y la sociedad,⁴ y se hace evidente, aun en actos estandarizados y despersonalizados, como los que recientemente se están dando en la práctica médica.

Son diversos los campos donde podemos fijar nuestra atención para dar cuenta de este proceso de cambio y permanencia. Es para nosotros de relevancia atender al proceso salud/enfermedad como un espacio social del vivir diario, que puede constituirse en la mirilla a través de la cual, identificar un proceso intrincado de transformación social.

Hay que enfatizar en el proceso salud/enfermedad como categoría de análisis, variable mediadora entre los determinantes socioeconómicos y culturales, respondiendo a racionalidades diferentes que dependen del grupo social en el que se encuentre. Los procesos enfermantos deben ser vistos a la luz de las características socioeconómicas y culturales asociados a ellos, permitiendo articular características macroestructurales con formaciones familiares y reproductivas específicas, y dar lineamientos para identificar la vía de acción de lo social en procesos individuales y biológicos de salud enfermedad.⁵

Partimos de que es en el contacto con los otros que se configura una definición, representaciones y prácticas sociales, la conservación o transformación, en donde lo propio se juega con lo extraño, dando cuenta de la conformación de una nueva manera de saber.⁶

El contacto con las instituciones (escuela, biomedicina, religión), con interlocutores y agentes sociales transformadores, darán cuenta del grado de pérdida o constancia de lo que constituye una matriz cultural respecto del proceso salud/enfermedad.

El conjunto social con el que ahora estoy trabajando y motivo de esta reflexión, son indígenas migrantes a la zona metropolitana de la Ciudad de México desde hace más de 10 años. Indígenas que como la mayoría de los migrantes urbanos viven en condiciones de marginación y pobreza. En la urbe, interactúan con un sin número de instancias e instituciones para poder resolver los avatares de su vivir diario. En un espacio diferente del de su región de origen, donde abruptamente tienen que integrarse, siendo necesario manejar una serie de códigos que les permitan interactuar. Entre ellos cabe señalar el manejo del idioma, el

reconocimiento de los requisitos burocrático-administrativos necesarios en cualquier trámite o gestión, los rituales institucionales incluido el médico, el uso diferencial de ciertos espacios y tiempos, entre otros.

Para este conjunto social, la enfermedad constituye una de las preocupaciones centrales cuando se presenta, sobre todo cuando afecta a la población infantil. Para poder resolver un problema de salud, echan mano de los recursos de atención a los que tienen acceso. Siendo en el ámbito urbano estos recursos más cercanos y más diversos, lo que les da la posibilidad de resolución más eficiente y rápida.

Es importante reconocer que antes de recurrir a una instancia de atención los grupos sociales, en especial la madre de familia, elabora un diagnóstico presuncional respecto del padecer que aqueja a su familia, una vez elaborado dicho diagnóstico decide que alternativa se tomará, en la mayoría de los casos es la autoatención el primer paso con el que la madre pretende resolver la problemática.⁷ Si ésta no da el resultado esperado, se recurrirá a una instancia más especializada ya sea en el terreno de la biomedicina o de la medicina popular.

La comunidad reconoce e identifica los problemas de salud que le aquejan, muchas veces este perfil de su patología no corresponde cabalmente con el perfil que elaboran las instituciones de salud. Existiendo aquí un elemento central de ruptura entre las necesidades que del grupo se desprende y la oferta que la institución puede proporcionar.

Ellas señalan como principales causas de enfermedad en la población infantil los cuadros gripales, anginas, tos y diarreas; en segundo término nosologías no reconocidas por la biomedicina pero que la población identifica y maneja conforme a sus pautas culturales, éstas son para la población infantil: mal de ojo, espanto y aires. Para el caso de la población adulta, las enfermedades reconocidas por la comunidad como principales causas de afección son: cuadros gripales, dolor de espalda y caries. Entre los síndromes culturalmente delimitados encontramos: aire, latido, brujería y espanto.

Es importante señalar en la población adulta la incidencia creciente de enfermedades crónicas, como la diabetes, así como el alto consumo de bebidas alcohólicas y sus repercusiones en términos de daños a la salud y muerte.

Las causas de mortalidad reconocidas por la población para el caso de la muerte infantil: cuadros gastrointestinales agudos (vómito y diarrea) asociados en la mayoría de los casos con síndromes de filiación cultural y con limitaciones en la posibilidad de atención médica, ya que todas las muertes infantiles referidas tuvieron lugar en la región de origen.

Para el caso de la población adulta, las causas de mortalidad reportada fueron muerte materna y brujería para las que se presentaron en su lugar de origen; en cambio las que sucedieron en la ciudad de México fueron alcoholismo y diabetes.

Los recursos de atención con los que cuenta la comunidad, en el ámbito de la biomedicina son el Centro de Salud de la Ssa, localizado a 4 cuadras de distancia en donde se les da asistencia médica gratuita. Tres o cuatro farmacias localizadas en sus alrededores, en donde se les proporciona medicamentos sin necesidad de consulta médica. Algunos recurren con médicos particulares cuando cuentan con recursos económicos para pagar la consulta, siendo de su principal preferencia algunos médicos recomendados por parientes y paisanos. Ningún grupo familiar cuenta con seguridad social ni otro tipo de asistencia social.

Entre los recursos de la medicina popular, la comunidad recurre a curadores de su región de origen que también han migrado y ejercen su acción curativa ahora en la zona metropolitana de la Ciudad de México, en Candelaria hemos podido identificar cuatro curadores, dos de ellas parteras y dos brujas, a las que recurren todas las familias del predio. En ocasiones ante la necesidad de un curador más eficaz o especializado, recurren a curanderos de la calle de López o de MAIZ (asentamientos triquis urbanos).⁸

Es posible afirmar que estos conjuntos sociales, aún con sus limitaciones económicas y socioculturales recurren a una gran diversidad de instancias de atención dependiendo del diagnóstico que la madre elabore ante el padecimiento, por supuesto esto no siempre quiere decir curación.

La relación que este grupo de familias indígenas establece con el Centro de Salud es una relación particular, ya que por intereses institucionales se creó hace algunos años un programa de atención a población indígena, sólo en este centro de salud.

El interés surge no de la institución, sino de la iniciativa personal de una médica del centro de salud, la cual a través de sus actividades de campo entra en contacto con la comunidad y logra la aceptación de una serie de acciones realizadas con la colectividad. Es importante mencionar aquí, la intervención favorable del líder de la comunidad que permitió la introducción en la misma.

El desempeño de las actividades en el predio, se han realizado con relativa fluidez y facilidad. Hay que señalar las actividades de vacunación, desparasitación, adiestramiento en la utilización del suero oral, higiene y manejo del agua. En

cambio las actividades realizadas en el área física del Centro de salud, han sido más difíciles y bloqueadas por una serie de actores de la institución de salud.⁹

La consulta se les proporciona de manera gratuita, así como los servicios de laboratorio y gabinete. Las acciones solamente son realizadas por la médica encargada del programa, el resto del personal médico desconoce las acciones y se niega a participar. Por parte del personal de enfermería, administrativo y de los servicios auxiliares, la población indígena recibe frecuentemente muestras de incompreensión, discriminación e incluso rechazo, por considerarlos individuos ignorantes, necios y reacios a obedecer las indicaciones que se les proporcionan, es decir a querer cambiar y mejorar. Esto ocasiona, que al estar ausente la encargada del programa, la población de la comunidad indígena prefiera no acudir a la institución y resuelve a través de otros recursos su problema de salud.

Cabe señalar que muchas de las acciones realizadas desde la institución de salud, son vistas por gran parte de su personal como dádivas u obsequios que se le proporcionan a esta población. Y no como acciones que reconocen la diferencia cultural del grupo y en esos términos desarrollan su acción educativa, preventiva y de atención.

Es la población indígena la que presenta una actitud más flexible y moldeable a la interacción con los diferentes actores de la institución. Muestran siempre una disposición para aprender cada uno de los requisitos que deben ser cubiertos para poder recibir la asistencia y dar atención así a sus problemas de salud. Incluso han aprendido a utilizar los servicios especializados y de urgencias en los hospitales.

Por parte de los prestadores de servicio, su actitud surge de considerar que la población que acude a los servicios mantiene una conformación sociocultural estandarizada y homogénea, no reconocen diferencias, y en consecuencia pretender realizar su acción terapéutica o preventiva de una manera uniforme con toda la población. Esto limita la relación que se establece con poblaciones como las indígenas en la ciudad, generando que la población no acceda a este tipo de servicios.

Conclusiones

Hay que regresar al punto de partida, es decir a las interrogantes que dieron inicio a este trabajo.

Es indiscutible que la ciudad es un mosaico polimorfo, donde la diversidad y la heterogeneidad se hace manifiesta en todos los espacios. Y precisamente la heterogeneidad cultural,

condiciona que las relaciones sociales, incluidas las de la práctica médica, sean más complejas y dinámicas.

El encuentro entre un médico y un paciente en el acto clínico urbano, es una expresión esencialmente social que permite poner de manifiesto las contradicciones económico-políticas y culturales de sus actores. Un vínculo donde pueden surgir diferencias de clase, racismo y exclusión del otro. Solo teniendo en consideración los factores socioculturales del enfermo será posible hablar de calidad en la atención médica, al descuidar este aspecto se descuida la percepción y las necesidades reales de nuestros enfermos, así como otros valores sociales a los que no se les da un peso justo.

Como antropólogos nos encontramos en una situación privilegiada en la intersección entre los datos y los discursos. El trabajo de campo, herramienta invaluable, permite tener una lectura más profunda de las interacciones sociales. Nos permite dejar hablar a nuestros pacientes, a los médicos, a los que viven la ciudad. Lugar donde ante la aparente mayor comunicación y racionalidad de la modernización, se suscitan nuevas formas de racismo y exclusión. Una ciudad donde no se necesita ser indígena para vivir la fragmentación y la parcialidad.

Considero que la antropología es una disciplina social que nos permite tener una perspectiva diferente de nuestra práctica médica, al reconocer y reflexionar respecto de la complejidad de los procesos sociales en donde incuestionablemente está inserto el acto médico. Solo tomando en cuenta estos enfoques podremos tener una comprensión y sobre todo una actitud más equitativa y humana en nuestra relación con ese otro, que para nuestro caso es nuestro paciente.

Referencias

1. Friedman, Jonathan. "Toward a global Anthropology", en: Friedman, J. *Cultural Identity and Global Process*, Sage Londres, 1995, pp. 224-245.
2. García Canclini, Néstor. "Culturas híbridas, poderes ocultos", en: García Canclini, N. *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, Grijalbo, México, 1990, pp. 263- 327.
3. Cardoso de Oliveira, R. *Etnicidad y Estructura Social*, CIESAS, México, 1992.
4. Simmons, A. "Explicando la migración: la teoría de la encrucijada", en: *Estudios Demográficos y Urbanos*, COLMEX, México, 1988, pp. 5-31.

5. Ferreira Rea, M. "Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia", en: *Rev. Saúde Pública*, 1994, vol. 28, núm. 5, pp. 365-72.
6. Méndez D. "Etnia, Migración y Salud infantil en la ciudad de Guatemala", en: *Estudios Sociodemográficos de Pueblos Indígenas*, CELADE, Chile, 1994, pp. 349-364.
7. Osorio, Rosa M. *La cultura médica materna y la salud infantil*. Tesis de Maestría, ENAH, México, 1994.
8. Cuestionario aplicado a las familias de la comunidad triqui de Candelaria, mayo 2000.
9. Informes del Programa de Atención a Población Indígena, Centro de Salud Dr. Luis E. Ruiz, Ssa, México, enero a agosto 2000.