

X Jornadas de Sociología
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Mesa 46/ El nacimiento de la clínica. Ciencias sociales y salud

**La relación médico/paciente en el abordaje de padecimientos crónicos.
La construcción del paciente y del tratamiento de la enfermedad en el
ejercicio de la práctica médica.**

Lupe Marín.

Licenciada en Sociología. Universidad
Nacional de La Plata. Becaria Doctoral CIC.
Doctoranda en Ciencias Sociales, UNLP)
Lupemmarin@gmail.com

Palabras clave: Padecimiento crónico – relación médico/paciente - atención – tratamientos.

RESÚMEN.

Las características particulares de las llamadas *enfermedades crónicas*, tales como la hipertensión arterial, llevan a redefinir la centralidad de uno de los objetivos del tratamiento médico-clínico, en tanto el fin que se busca alcanzar no es ya la cura de la enfermedad sino su manejo a mediano y largo plazo, repercutiendo en el vínculo médico-paciente atravesado por relaciones de poder y dispositivos que se articulan y expresan en los cuerpos.

A cuenta de ello, se exponen los resultados de una investigación cualitativa donde se ha rescatado el testimonio de profesionales de la salud con la finalidad de analizar sus representaciones y prácticas en relación a la atención de los sujetos con hipertensión arterial; entendiendo la práctica médica desplegada por dichos profesionales como práctica social, consideramos que no puede ser pensada sin apelar al cuerpo como objeto donde se inscriben formas de conducirse en el cotidiano de la labor de atención, adoptando particularidades propias del tipo de padecimiento abordado.

Sustentado en el desentrañamiento de las relaciones de poder, saber y verdad que atraviesan la relación médico-paciente para el caso de la hipertensión arterial, el análisis

contribuye a problematizar la perspectiva de adherencia en el marco de las prácticas de autoatención que los sujetos llevan a cabo en su cotidianeidad. La identificación de diferentes tensiones que atraviesan las prácticas y representaciones de los profesionales entrevistados, permite develar discursos y lógicas diferenciadas que operan en el ejercicio cotidiano del trabajo médico con una notable segmentación entre los ámbitos público y privado, complejizando el ideal de cronificación de la relación y la atribución de significados particulares a los pacientes cuyos cuerpos expresan “marcas” que son leídas, interpretadas e intervenidas.

INTRODUCCIÓN.

El presente escrito busca aportar al debate en torno a las discusiones referentes a la relación médico-paciente a la luz de un conjunto de problemáticas contemporáneas que se plantean en el campo de la salud a partir del creciente peso que adoptan las enfermedades crónicas. A partir del trabajo y revisión de un estudio realizado con profesionales de la salud emergen con renovado ímpetu inquietudes y problematizaciones fundadas en una perspectiva centrada en los cuerpos que ha enriquecido nuevos tipos de análisis tanto de los fenómenos que han sido observados a lo largo del periodo del trabajo de campo, como de otros que se han visto desdibujados.

A partir de un abordaje en torno a las prácticas y representaciones del personal médico se ha podido incursionar en la relación médico-paciente mediada por uno de los padecimientos crónicos de mayor prevalencia en nuestro país, la hipertensión arterial (HTA). De allí, se ha problematizado el concepto de *adherencia* desde una perspectiva crítica anclada en la teoría foucaultiana, que nos permite reflexionar acerca de la construcción y conducción de los cuerpos –como micropoderes-, dando cuenta de su inmersión en un campo político que supone un entramado de relaciones de poder, de dominio, sumisión y resistencias.

Dicho nudo problemático demandó un tratamiento desde un enfoque cualitativo, que permitió adentrarnos en la trama de relaciones que atraviesan la diada médico-paciente en los espacios cotidianos en los que los cuerpos son expresión y acción, y en donde las experiencias subjetivas y los aspectos estructurales se articulan en redes complejas de relaciones. Así se ha procurado aprehender al poder en sus formas capilares de existencia

donde aquellos cuerpos desarrollan representaciones, prácticas, estrategias y movimientos en sus vinculaciones con otros micropoderes (Foucault, 1995).

Dicho recorte es abordado en función de una mediación del vínculo por las llamadas enfermedades crónicas¹, donde es frecuente que la relación médico-paciente también se cronifique (Del Mónaco, 2012), destacando asimismo su operación en el marco de fenómenos tales como la medicalización de la vida cotidiana y el desplazamiento de la responsabilidad del curso de la enfermedad hacia el paciente para la efectividad de las terapias.

El ámbito de la consulta interpela al profesional de la medicina planteando situaciones en las cuales los saberes biomédicos que porta interactúan con sujetos concretos, conformando un cumulo de saberes prácticos devenidos de estos procesos de interacción. Desde allí, se ha incursionado en interrogantes referidos a las relaciones de poder que se expresan en los cuerpos y en torno a la gestión de los mismos, abocándonos principalmente, dentro de esta última dimensión, a las formas en que busca hacerse presente la figura del médico en la cotidianeidad de los sujetos promoviendo una determinada gestión de los padecimientos, y cuáles son los límites planteados.

Las formas que adoptan las relaciones entre médico y paciente, consideramos, no puede escindirse del entramado institucional y organizacional en que estos actores se desenvuelven, dado que las posiciones determinadas dentro de los mismos contribuyen a promover configuraciones específicas que se expresan en la relación entre profesional y lego, resultando en modos particulares de intervención sobre los cuerpos.

La biomedicina y el proceso de salud-enfermedad-atención.

En tanto, la biomedicina, que ha logrado asentarse como la *única forma legitimada* de atender la enfermedad (Menéndez, 1992a), concibe a la enfermedad como un hecho objetivo, científico y biológico del cual se desprenden pautas procedimentales encadenadas: diagnóstico, tratamiento y luego una cura (Del Mónaco, 2011), y donde se

¹ Desde la disciplina médica, se distinguen en principio dos tipos de *enfermedades* dependiendo de su duración: las *patologías* crónicas y agudas, mientras estas últimas no exceden los tres meses, las enfermedades crónicas calificadas asimismo como enfermedades de larga duración son consideradas como tales a partir de los seis meses de prevalencia (Finkel, 2007).

reduce la experiencia del padecimiento/malestar a mecanismos biológicos medidos de manera objetiva.

De forma que para dar cuenta de la condición de la enfermedad, el personal médico efectúa un proceso de investigación que considera los relatos de los síntomas, los daños o lesiones visibles en los cuerpos, efectuación de estudios y análisis de laboratorio, entre otros; dichas labores se orientan a la indagación de los síntomas que estos consideran propios del malestar abstrayéndose del enfermo y de los elementos periféricos a la dolencia (Foucault 2008), esto posibilita la fragmentación del cuerpo del sujeto en parcelas aprehendidas por diferentes disciplinas especializadas al interior de la medicina.

Los conceptos de normalidad y anormalidad, nos habilitan a introducir una perspectiva histórica acerca de la relación entre el poder y el cuerpo. Se entiende aquí que “lo sano” o “la salud” refieren a criterios cultural e históricamente determinados, y que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen de aquellos, en tanto que dichos procesos están sujetos a cambios que responden a las relaciones de poder al interior del campo social. Los procesos de salud-enfermedad presentan diferencias entre sociedades, tanto a lo largo de distintos momentos históricos de su desarrollo, como también a su interior, es decir, entre los diferentes grupos sociales que la componen (Laurell, 1982).

De esta forma, podemos hablar de perfiles epidemiológicos diferenciados entre distintos grupos de poblaciones, que presentan especificidades respecto a la distribución, la frecuencia y los tipos de padecimiento. Así, aparece la salud-enfermedad como un fenómeno dialéctico, que sin embargo no puede considerarse sin referir a las formas en que los sujetos afrontan la instancia de enfermedad, siendo pertinente tal como sugiere Menéndez (1992b), hablar del proceso salud-enfermedad-atención. Donde la atención engloba los modos socialmente organizados de enfrentar, dar solución, o convivir con los padecimientos.

En esta línea, los sujetos se ven imbuidos en procesos de autoatención, entendidos como un conjunto articulado de representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2009). Así, estos desarrollan diversas prácticas de “cuidado” de su salud y de manejo de los padecimientos, formando parte de los recursos de “atención”, al operar en muchos casos como agentes de diagnóstico, curación y prevención. Asimismo, desarrollan un conjunto de prácticas orientadas a la gestión de la

hipertensión en relación a otros sujetos con los cuales socializa, es decir, está inmerso en relaciones sociales que poseen influencia en sus estrategias de autoatención.

En la actualidad el proceso de autoatención se desarrolla en gran medida a través de la relación directa e indirecta con la biomedicina. Por ello, recordamos entonces que el sistema de atención biomédico, hegemónico en las sociedades occidentales, ha logrado no eliminar, pero si en muchos casos excluir o secundarizar diferentes modos alternativos de atención de los padecimientos que, desde dicha perspectiva, no cumplen con una racionalidad científica objetiva (Menéndez, 1992).

La hegemonía del saber biomédico torna imperioso referir al vínculo entre médico y paciente el cual se erige como una relación asimétrica, que expresa una desigualdad socialmente construida que demanda al paciente acatar determinadas pautas que habilitan el desarrollo de la práctica médica.

La teoría Foucaultiana permite evocar el vínculo saber, poder y verdad en dichas relaciones. Aquí las estrategias de control y disciplinamiento son producto de una articulación entre saber y poder, donde el poder se inscribe en forma sistemática en los cuerpos moldeados en la dirección que marca el saber dominante (Foucault, 1995). Una de las formas en que se expresa la relación de poder teniendo por objetivo la normalización de los cuerpos son las disciplinas buscando controlar el comportamiento, las destrezas, preferencias y elecciones de los sujetos. Así, el poder se inscribe en los cuerpos, el sujeto aparece moldeado por estos saberes a partir de los cuales conduce sus prácticas, tales como arribar a instancias de consulta, el considerarse a sí mismo “enfermo” y apropiarse del juicio médico en torno a las causas, las posibles consecuencias, y los tratamientos a seguir para el manejo del padecimiento.

Como contracara, es también a partir de aquel acervo de saberes *biomédicos*, que los profesionales médicos juzgan lo *bueno*, lo malo, lo correcto, lo normal y lo sano. Pretendiendo ser establecidos y aceptados como verdades, estos saberes legitimados socialmente, se esgrimen para condicionar quehaceres de la vida cotidiana y dictar determinados estilos de vida. A partir de dichos saberes el médico ejerce en su relación con el paciente –lego- un poder sobre el mismo que busca ver materializado en diferentes conductas.

De forma que, del espectro de las diferentes prácticas a partir de las cuales el sujeto lleva a cabo estrategias de autoatención, el personal médico busca excluir aquellas que considera que representan una interferencia al tratamiento propuesto y/o que son percibidas como prácticas que pueden suponer alguna amenaza para el paciente en relación a su salud.

Se enmarca aquí la preocupación por la adherencia expresada por el personal de la salud, que pretende que los postulados emanados por el saber biomédico sean acatados por el paciente, y desarrolladas las prácticas indicadas.

Relaciones medico paciente mediadas por la HTA.

La HTA, como padecimiento crónico² alienta esta preocupación por la adherencia, en tanto el paciente convive con ella el resto de su vida; y en el que su tratamiento, que no puede ser supervisado por el personal médico, “demanda” un nivel de alto compromiso, así como también saberes anclados en la biomedicina para proceder.

Es así que las características particulares de las llamadas enfermedades crónicas conducen a un corrimiento del objetivo del tratamiento, se abandona la pretensión cura de la enfermedad, dedicándose a su mantenimiento, es decir, la gestión de la cronicidad (Del Mónaco, 2012). Donde ocurre un pasaje en el que la problemática fundamental ya no se concentra tanto en el “morir por” sino en el “vivir con”.

La vida cotidiana del sujeto y de su entorno se ve invadida por el padecimiento desdibujando los límites entre ambos. Así el sujeto convive con el padecimiento crónico, lo que genera cambios la relación médico-paciente, en tanto es modificada la forma –pero no el contenido- de los roles diferenciados socialmente atribuidos a ambos grupos. Es decir, aquí se busca que el paciente mismo –o miembros de su grupo de pertenencia- sean

² Interesa destacar que las particularidades de la hipertensión arterial permiten reconocer que si bien resulta un padecimiento en muchos casos asintomático puede representar para los sujetos una fuente de preocupaciones en la medida que socialmente es considerada como condición problemática, acarreado *riesgos* a futuro. Así el sujeto a quien le ha sido adjudicada HTA *debería* llevar a cabo prácticas de manejo de aquella condición, lo que genera un padecimiento subjetivo vinculado con este fenómeno. Así, el mismo temor ante lo que pudiera ocurrir, constituye en sí mismo a dicho sentimiento en un verdadero sufrimiento; y donde el miedo a cuestiones relacionadas con problemas con el cuerpo o a la misma muerte, pensadas como forma de dejar siempre inconcluso el proyecto de la vida, transforma al ser humano en un sujeto que sufre, siendo el padecer el corolario obligado (Marín, 2009).

capaces de actuar, controlar y supervisar dicho padecimiento. Para ello se dota al sujeto de ciertos conocimientos –biomédicos- aportados por la figura del profesional de la salud, a propósito de ser aplicados para el manejo cotidiano de la enfermedad.

Asimismo, siendo aquello que acontece en el ámbito de la vida cotidiana poco accesible para el *ojo clínico*, dicha *zona oscura* alimenta la búsqueda desde campo de la biomedicina del ejercicio de un control sobre el paciente en su esfera personal, preocupación expresada a partir del concepto de “adherencia”, que pretende captar el comportamiento del sujeto evaluando su proceder en función del cumplimiento o incumplimiento hacia las prescripciones médicas.

...si veo que no cumple lo cito más seguido a ver si me cumplió. Lo peso, le tomo la presión, lo hago... lo expongo un poco a un detector de mentiras, que es la balanza y todo eso. (Entrevista 2, médico clínico)

Podemos decir con Foucault que es estableciendo estrategias de normalización, que la mecánica del poder encuentra su forma capilar de existencia, “el poder encuentra el núcleo mismo de los individuos, alcanza su cuerpo, se inserta en sus gestos, actitudes, sus discursos, su aprendizaje, su vida cotidiana.” (Foucault, 1995: 144).

Las estrategias de control y disciplinamiento son producto de una articulación entre saber y poder, donde este último se inscribe en forma sistemática en los cuerpos, disciplinados y moldeados en la dirección que marca el saber dominante. Aquel saber/poder, no sólo se limita a castigar hombres, sino que los produce, los produce en tanto construye sus conciencias, juzgando lo *bueno*, lo verdadero, lo normal y lo sano.

El poder es disciplinador, en tanto aquello que produce cuerpos auto-vigilados, autorregulaciones, una autodisciplina (Foucault, 1990). En esta línea, el seguimiento de los tratamientos asignados y la labor de convencimiento asociada a tal fin, las expectativas, estrategias y prácticas en el marco la relación-medico paciente, operan en este sentido exponiendo dicha asimetría.

Podemos dar cuenta de la presencia de tal preocupación en los relatos de los entrevistados, donde la construcción del “deber ser” representado en la figura del “paciente ideal” ha sido construida en función del óptimo cumplimiento de la terapéutica asignada.

...y al que cumpla todos los requisitos, que digamos, uno tenga. Que venga a la consulta, que cumpla la dieta, el ejercicio, o sea, que haga todo el estilo de vida adecuado, que cumpla con la

medicación. Ese es el paciente ideal. La gran mayoría de las veces te diría, no existe el paciente ideal. (Entrevista 4, médico clínico) ...y al que cumpla todos los requisitos, que digamos, uno tenga. Que venga a la consulta, que cumpla la dieta, el ejercicio, o sea, que haga todo el estilo de vida adecuado, que cumpla con la medicación. Ese es el paciente ideal. La gran mayoría de las veces te diría, no existe el paciente ideal. (Entrevista 4, médico clínico)

La verdad, a uno le trae más satisfacción cuando el paciente cumple, no cuando el paciente anda bien, sino cuando cumple. Ande bien o mal va en relación con la enfermedad que tiene, la gravedad, si necesita 3, 4, 5 de droga y lo que necesite. El problema es que muchos pacientes, por ahí, a algunos les cuesta comprar que tienen esa enfermedad... y vienen y suspenden el tratamiento “ay no tome las pastillas”, entonces cuando lo vas a controlar es como que vino de gusto, siempre les falta una pastilla porque se la olvidó, no te traen los controles, o viene, digamos, el tipo que es más ordenado y que por ahí te trae las cosas, te hace las cosas más fácil. Ese sería, digamos, un paciente más ideal, si uno quisiera. (Entrevista 3, médico clínico)

La vida cotidiana del paciente se encuentra vedada para el médico, lo que le impide el ejercicio de un control sostenido en dicho ámbito. En consecuencia, es el mismo sujeto-paciente quien es interpelado a adquirir un papel activo sobre el cuidado de sí efectuándose una transferencia de responsabilidades del tratamiento de la enfermedad, desde el médico hacia el mismo. Proceso que opera en un marco de extensión del campo de acción tradicional de la biomedicina a la vida cotidiana, al que Foucault denomina medicalización (Foucault, 1977)³.

A cuenta de que el paciente es responsabilizado por el éxito o fracaso de la terapéutica de HTA, en tanto realice o no realice las tareas delegadas por el médico para el manejo del padecimiento, ha sido subrayado en los relatos la necesidad de *convencer* al paciente a que realice determinadas prácticas en su cotidianeidad en función de la terapéutica asignada. De forma tal, la tarea de disuasión en el desarrollo de la consulta es dotada de gran importancia.

³ El autor distingue, por un lado, el anatomopoder, orientado al sujeto, a las formas de disciplinar los cuerpos para tomarlos útiles y dóciles; y por otro la biopolítica, que refiere a la administración de la vida, en la que el poder dominante se dedica a regular la vida biológica de las poblaciones, convertidas en objeto de gobierno, aquí se enmarcan los procesos de normalización y medicalización de las sociedades. Según el autor “Habría que hablar de biopolítica para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana; esto no significa que la vida haya sido exhaustivamente integrada a técnicas que la dominen o administren: escapa de ellas sin cesar” (Foucault, 2002, p. 173)

La atención es bastante rutinaria, lo que cambia en relación a otras enfermedades es que junto con el colesterol, al paciente le estas cambiando una conducta de vida. Y culturalmente, nosotros los argentinos comemos con sal, nos gusta comer mucho, nos gusta comer mucha carne, entonces vos le vas a cortar eso al paciente, y la charla se vuelve hasta una consulta medio psicológica, de convencerlo de por qué lo tiene que hacer, es muy difícil. Y son dos o tres consultas hasta que el paciente te demuestra que dejó de comer con sal y todo. Distinto a otras enfermedades que son... es mucho más pragmático, ¿che te duele la panza? Tenés una piedra en la vesícula, te tenés que operar, y se corta ahí. Vos sabes que las cosas son más acotadas, y mucho más rígidas. La hipertensión, ahí el paciente trata de negociar un poco cómo hacer, entonces se vuelve larga la charla a veces, y tenés que trabajar por ese lado, convencerlos de hacer ese cambio. (Entrevista 2, médico clínico)

En el transcurso de dialogo donde opera un despliegue de estrategias de tipo argumental destinadas a efectuar dicho trabajo de persuasión, los profesionales dan cuenta de que enfrentan un conjunto de *desconocimientos* por parte del paciente, un conjunto de saberes que el paciente porta y que es necesario desterrar, por ser considerados erróneos, tornando el dialogo en una labor “pedagógica”. Estos “errores” fomentan prácticas de autoatención que aparecen como una desviación o una obstrucción a la adherencia requerida debiendo el médico proporcionar información para derribar dichas creencias.

Mitos son todas aquellas creencias que el paciente trae, y que en realidad no se basan en cuestiones verdaderamente científicas. Entonces mitos es que, a él nunca le sube la presión, que él no se la toma porque él se puede dar cuenta y cuando tiene presión la siente, porque la presión de él es nerviosa, o que la presión de él es por el guardapolvo del médico... es decir, esos son mitos, y vos tenés que ir a, digamos, que tienen que ver con la educación que le des posteriormente al paciente. (Entrevista 1, médico clínico)

Mitos está lleno, lleno. Y en hipertensión mucho. Y uno tiene que tratar de desterrarlos porque a veces esos mitos llevan a errores, mitos como que “si me duele la cabeza tengo presión y si no me duele no tengo”. O sea, asociar el síntoma de la dolencia del paciente con la presión sea normal o sea alta. Son mitos, el mito del agua, el mito del mate... hay miles de mitos en relación a la hipertensión, muchísimos. Eh, la idea es que ese mito... explicarle por qué no y desterrarlo. (Entrevista 4, médico clínico)

Los cuerpos, objetivados, son clasificados por el médico en tanto presentan valores *normales* o *anormales* de presión arterial, siendo necesaria una intervención en el último caso aclarando que dichos valores pueden o no tener expresión concreta en forma de síntomas o sensaciones de dolor en los sujetos. Así, resulta común entre los entrevistados la referencia a diferentes dispositivos utilizados para medir la presión arterial. Dichos dispositivos, en tanto expresan información significativa sobre los cuerpos que es

codificada por los saberes biomédicos, opera en muchos casos como mediador en la relación médico-paciente.

Se destaca principalmente en los testimonios la labor de auto-monitoreo que se le solicita realizar al paciente, que implica una familiarización el uso de instrumento/s. Si bien este último aparece como actor responsable por la toma de la presión, los modos de utilización de los dispositivos para la obtención de los valores de presión arterial se encuentran tutelados por el médico, quien busca constatar la correcta realización de dicha tarea señalando las formas adecuadas e inadecuadas de manejo del dispositivo.

Dado que el acceso y la utilización de los diferentes dispositivos tecnológicos queda a cuenta del paciente, la cuestión de los diferentes dispositivos utilizados para medir la presión arterial aparece en los relatos –en forma indirecta- atravesada por las clases sociales de los diferentes pacientes. Mientras los relatos en torno a la consulta en el ámbito privado aluden a pacientes propietarios de los dispositivos, a quienes se los tutela en cuanto a su uso en el consultorio, en el ámbito público aparece la problemática de la escasez de recursos atribuida a los pacientes, ante la que ciertos entrevistados reconocen efectuar estrategias diferenciales orientadas a lograr el auto-monitoreo de los mismos.

La “adherencia” en padecimientos crónicos se traduce en un modo de vida en el cual se modifican las pautas de alimentación, ejercicios, horarios y actividades (Del Mónaco, 2012). Sin embargo, vemos como enfrentados a la realidad, los profesionales de la salud dan cuenta de una problematización de dicho ideal, que es *puesto en situación* complejizando la cuestión. Así en su práctica se articulan saberes de tipo técnico, biomédicos, con saberes “prácticos” que devienen de un aprendizaje experiencial, donde estos son interpelados por situaciones concretas y que contribuyen a conformar un abanico de representaciones que versan sobre los procedimientos a ser tomados, los diferentes pacientes y la propia enfermedad, que influyen y repercuten en el ejercicio cotidiano de su práctica.

Así, por ejemplo, a pesar de que los entrevistados han manifestado que el tratamiento de la HTA en los pacientes generalmente implica cambios en el estilo de vida (ejercicio y/o dieta), y la toma periódica de fármacos, se han encontrado importantes variabilidades (en su formulación, las estrategias y el énfasis en torno a ellas) que han resultado asociadas a diferentes esquemas tipológicos en torno a los pacientes. De forma que mientras la

dimensión biológica aparece dotada de cierta permanencia y unicidad que habilita a la predictibilidad, el sujeto se presenta como aquello variable y fluctuante⁴.

De allí son construidas un acervo de representaciones de los pacientes que dan lugar a procesos clasificatorios en torno a sus cuerpos a partir del establecimiento de *tipologías de paciente*⁵ a partir de las cuales se evidencian estrategias diferenciadas, adaptando dimensiones de la consulta para tratar con diferentes *tipos* de paciente (Marín, 2017).

Los médicos por más que todos sabemos que es lo que hay que hacer con un hipertenso, las pastillas que hay que recetarle, que tendría que hacer dieta y ejercicio... el énfasis en estas medidas no farmacológicas es diferente y tiene que ver con su estilo de vida, con lo que hace él también, y con lo que él está convencido también de de cuanto infiere en uno. (Entrevista 3, médico clínico)

Del conjunto de dichas representaciones y prácticas, se ha optado por tomar a consideración el análisis de una de las tipologías construidas por los profesionales de la salud, la distinción entre pacientes del ámbito público y privado.

Imaginario médico: cuerpos entre el estar y el ser.

Se ha destacado en los relatos la relevancia de la instancia de llegada del paciente, que opera como condición de posibilidad para la interacción de la diada médico-paciente; pero se hace referencia recurrente a aquellos que no están, es decir, se construye un imaginario de los cuerpos que no se materializan en la consulta, el cuerpo que no está allí, aunque *debería* estarlo.

Así damos cuenta que aquellos modelos de *deber ser* que comprometen a la responsabilidad individual del *paciente* se extienden a la misma instancia de acudir a controles (además de, como se verá, las más variadas formas de manejo, prevención y gestión de padecimientos). Sobre este punto, se traza una clara diferenciación entre dos grupos de pacientes: quienes asisten al subsector público y quienes asisten al subsector privado.

4 Cabe recordar a tono con Margulies (2008), que los pacientes proveen un marco habitáculo a la enfermedad, que se presenta como previa y universal.

5 Dichas *tipologías* han sido construidas sobre la base de diferenciaciones en clave dicotómica: a) entre pacientes del hospital público y del privado, b) entre pacientes de mayor o menor edad, y c) entre pacientes con mayor o menor riesgo. Por cuestiones de extensión se ha optado por realizar un tratamiento en torno al primer esquema clasificatorio.

Cuando vienen al consultorio... muy avanzado no es tan frecuente, lo agarras bastante temprano. Ahora la consulta, te estoy hablando sobre todo en privado, porque acá en el hospital los agarras muy avanzados porque la gente tiene menos acceso a la atención. En privado van cuando quieren, y van muy rápido, se alertan con muy poquitas cosas. Entonces van y los agarras muy temprano, no con un estado avanzado de hipertensión. En privado van porque tienen el tensiómetro de la mamá, del tío, del abuelo, van se controlan y me vienen al consultorio. Me conocen, tenemos otra relación, y entonces vienen porque se tomaron la presión alta. En privado es totalmente distinto. (Entrevista 2, médico clínico)

Desde el punto de vista médico, los pacientes del sector público son quienes llegan en las etapas más avanzadas de la enfermedad, con cuerpos dañados, signados por el padecimiento, mientras que los pacientes que acuden al sector privado lo hacen tempranamente, por lo que la enfermedad es detectada en forma más temprana. Diferencial que es aquí adjudicado a la capacidad y facilidad de los pacientes del sector privado en el acceso a la atención. De esta forma los sujetos aparecen signados por sus condiciones de vida, que dejan marca en sus cuerpos.

Mientras la preocupación por la HTA asociada a la visita al consultorio aparece en los primeros como una acción destacable, dado que implica la superación de diferentes escollos, es decir, aparece como una práctica mediada por el esfuerzo. Mientras que, en los segundos, dicha preocupación aparece como una inquietud que buscan cubrir en el espacio de la consulta.

Sin embargo, resulta interesante cómo la llegada del paciente al hospital, aunque apreciada, no ha sido siempre asociada por los entrevistados a un retorno, así el arribo del paciente a la consulta no garantiza la consecución de un próximo encuentro en la forma estipulada.

M2- quizás no vuelve nunca el paciente, le pedimos todo y no vuelve, le pedimos el laboratorio, la orina de 24, el fondo de ojo, le decimos que tiene que ir al cardiólogo a hacerse electro, la placa de tórax, y no vuelven más.

M3- o vuelven internados por ejemplo en la guardia, y sabemos porque ni bien llegan dicen "sí, yo había pedido consultorio y me dieron todo esto", y no lo hicieron, y después vuelven con 18,10, con complicaciones. (Entrevista 6, médicos clínicos)

La trastienda de la consulta.

Ante diferentes cuestionamientos relacionados al ámbito de la consulta los entrevistados daban cuenta de una serie de protocolos de rutina referida al ámbito privado, permitiendo

inferir que en dicho ámbito son contempladas las condiciones más ideales del ejercicio de su práctica y de relación con el paciente. La introducción de referencias al ámbito público en los interrogantes planteados ha dado lugar a relatos donde la puesta en práctica de dichos protocolos aparece entorpecida por diferentes cuestiones que dificultan su implementación de forma no-problemática. Así, podemos hablar del médico como cuerpo habituado, en función del reconocimiento de condiciones de menor comodidad y “facilidad” para actuar en diferentes ámbitos, donde se rompen aquellos protocolos que imponen un orden procedimental a su práctica mentada.

Es constantemente subrayado en los testimonios un reconocimiento de un gran diferencial en cuanto a las posibilidades de los pacientes para llevar a cabo distintos aspectos del tratamiento antihipertensivo dado. Mientras los pacientes en el privado, poseen facilidad de acceso se da cuenta de la dificultad de los pacientes del ámbito público para el acceder al hospital, a los medicamentos y a un estilo de vida saludable, necesarios para cumplir con la terapéutica asignada⁶.

Se han establecido en los relatos fuertes diferencias entre los tipos de relación que se establece entre los pacientes del hospital público y privado, subrayando permanentemente las repercusiones que ello posee en la relación con los mismos. El principal contraste señalado por los entrevistados que ejercen su práctica en ambos subsectores de la salud ha sido la mayor personalización en la atención en el ámbito privado, y la menor, o nula, personalización en el hospital público.

[En el hospital público] el seguimiento es por servicio, vos agarras la ficha, lees lo que tuvo, si te toco atenderlo previamente te podés acordar y sino no. En el privado, no, tenés ficha... el paciente

⁶ Estas dificultades son asociadas en primer lugar a la falta de recursos, pero también a las fallas en diferentes eslabones del sistema de atención.

“Primero el atraso es porque cuando lo mandas con estudios complementarios se demoran esos estudios complementarios. Hay varias barreras, una es que el paciente tiene que venir, muchas veces tiene que venir en micro de lugares lejos, entonces tenés una barrera de distancia y económica. Después tenés una barrera acá adentro del hospital que una vez que esta acá los turnos por ahí son para dentro de... lo que en el privado son dentro de 7, 10 días, en el público son de 2, 3, 4, 5 meses. Después tenés una barrera por lo que son los paros, que si hubo paro se atrasan los turnos, o sea otra barrera que es de la parte de recursos humanos por el tema de los paros, después tenés un atraso por los turnos nuestros, o sea, en definitiva, tenés muchas barreras que el paciente en el público tiene que saltar para llegar a cumplir con esa periodicidad que uno le da. En el privado con la orden va a sacarse turno y probablemente a los 3, 4, 5 días tenga el turno y no hay paro, entonces el turno que tenga le sirve.” (Entrevista 4, médico clínico)

está en tu computadora... en tu cabeza, lo ves muy seguido, es otra cosa. (Entrevista 5, médico cardiólogo)

En el hospital privado puede establecerse una periodicidad que posibilita el establecimiento de una relación con cierta continuidad con el paciente, lo que facilita la labor de control y seguimiento de la terapéutica por parte del médico, dicho paciente es individualizado y provisto con un mayor control médico, que deposita expectativas sobre su evolución en relación a la HTA siendo que el seguimiento de su evolución es realizado con una periodicidad que el del público no posee.

Esta mayor personalización de la atención en el ámbito privado requiere un mayor nivel de compromiso por parte del médico siendo que el paciente deposita un conjunto de demandas en la propia persona, y no en el servicio.

Pero si, es muy probable que la gente del público respete más que vos los fines de semana no vengas y el del privado no, tenés que estar todos los días ahí, tu vida no importa digamos. Pero eso sí, porque el tipo está acostumbrado a la estructura del hospital, también le cambian el residente, estaba con un médico, y el residente rotó y se va, cambia. Y eso en el privado no pasa, el tipo para explicarle que te vas de vacaciones, es complicado “¿usted se va de vacaciones y quien va a atender a mi mama?”, y tenés que referenciarle un médico amigo. Es un valor agregado importante por ahí, acá en público esta menos personalizado. (Entrevista 3, médico clínico)

Recordando a Del Mónaco (2013) quien subraya la conversión del padecimiento en una condición que altera la cotidianeidad a largo plazo y que modifica las relaciones vinculares, produciéndose la cronificación de la relación médico-paciente. Aquí argumentamos, en vista de las declaraciones de los entrevistados, que dicho fenómeno de cronificación de la relación se desenvuelve en forma diferencial entre los sujetos que concurren al ámbito privado y público.

En este último ámbito resulta más problemático hablar de “cronificación” de la relación, en tanto que la atención hospitalaria sugiere una gran impersonalidad siendo que aquella es por servicio, pero sobre todo porque la periodicidad de las consultas es de gran inestabilidad, más aún si recordamos aquella figura de los que “no llegan” o llegan y “no vuelven más”.

Asimismo, son depositadas mayores expectativas de cumplimiento y exigencias en torno a la adherencia al tratamiento sobre el paciente del ámbito privado, considerado capaz de acceder fácilmente a la consulta hospitalaria y cubrir los costes de la terapéutica.

Otra dimensión de peso al interior de la tipología remite a la comunicación médico-paciente. La alusión a la dificultad de los sujetos que acuden al hospital público para comprender las indicaciones y las explicaciones del médico aparece como un escollo en los relatos, sin embargo, como contracara aquella dificultad para entender diferentes explicaciones también reduce la potencialidad de aquellos mismos pacientes de cuestionar el saber médico; así, son estos catalogados como pacientes más *sumisos*.

En contraste, algunos entrevistados sostienen que los tiempos de consulta con pacientes del hospital privado “se prolongan” en relación con diferentes conocimientos y discusiones asociadas con sus conocimientos e indagaciones acerca del padecimiento.

En el público se atienden más a lo que vos le decís. En privado no, te vienen con que lo leyeron en internet, con que lo escucharon, con que el vecino le dijo y te vienen con que “por qué me da esta medicación que da tos”, te vienen con muchas cosas. (Entrevista 4, médico clínico)
...Pero el paciente del público, es más respetuoso, respeta mucho más tu lugar en general ¿no?, en la consulta también. (Entrevista 3, médico clínico)

Es interesante destacar como algunos entrevistados refieren que en el ámbito privado se busca dar cierta información considerada requerida y no ahondar más allá, dado que muchos pacientes se dedican a investigar en torno a la enfermedad para informarse, perdiéndose en detalles *innecesarios* y pudiendo utilizar aquella información en forma no provechosa o llevar a la práctica acciones que se desvían de la adherencia a los tratamientos que el médico les prescribe.

Así y todo, ahora con el tema de internet tratas de darle lo menos posible, porque después se vuelven locos porque buscan, y buscan, y buscan, y te vuelven loco por teléfono, te vienen a ver 20 veces y en realidad no saben qué hacer con esos datos. La gente se compra saturómetros, para medir el oxígeno en sangre y en realidad no saben qué hacer con eso, se compran tensiómetros extremadamente caros, que tiran un montón de datos que no saben cómo utilizarlos, y entonces bueno... y en realidad no saben qué hacer con eso, lo mismo pasa con los datos, vos les tiras muchos datos técnicos y hasta te piden hasta que se los escribas a veces. Entonces el lenguaje tiene que ser: mucho más avanzado con la gente de privado, que te demandan esa complejidad, y en el público lo justo y lo necesario para que el paciente entienda, que comprenda lo que tiene. (Entrevista 2, médico clínico)

La figura del paciente de hospital privado, entonces, ha sido asociada a un mayor conocimiento acerca de la HTA ligado al uso de nuevas tecnologías utilizadas para indagar en torno a aquella, siendo que aparece en la consulta un incremento de las demandas de información a la que el médico debe dar respuesta. De esta forma, a partir de estas

tecnologías de la información el conocimiento emanado de la biomedicina puede insertarse en la cotidianeidad del sujeto (Menéndez, 2009).

Los usos de las nuevas tecnologías de la comunicación también poseen importantes repercusiones en la dinámica de la relación médico-paciente ligadas a la personalización de la atención. Dicho fenómeno remite a cuestiones tales como la invasión o no de la privacidad, así como los contornos que el médico decide demarcar respecto a la relación con sus pacientes respecto al uso de dichas herramientas de comunicación que permiten el acceso a otras formas de comunicación por fuera del ámbito estricto del consultorio. Aquí se han registrado segmentos de opinión heterogéneas referidas unas al rechazo y otras al aprovechamiento de estos recursos.

Esto nos da pie a introducir la cuestión de las representaciones en torno a los límites de la propia función. En tanto la realización o no de las diferentes aristas del tratamiento prescripto aparecen como responsabilidad del paciente, y habiendo diferentes cualidades que los caracterizan. Se evidencian situaciones en las cuales el personal médico considera que el seguimiento o no por parte del paciente con HTA de la terapéutica excede sus capacidades de acción.

[En relación a la terapéutica] Está más eso, me parece a mí, en relación con lo que el paciente hace, con lo que el médico logra hacer con el paciente, hay pacientes que se enganchan más y hay otros a los que les cuesta muchísimo la dieta y el ejercicio, que por ejemplo, disfrutaban comiendo con sal y por más que hables 40 minutos de la sal, es al pedo porque no vas a lograr que la deje. Hay otros pacientes que se enganchan mucho. (Entrevista 2, médico clínico, los paréntesis son míos)

M4- no caminan, no hacen actividad física... se les dice, pero no lo hacen. Esta dentro de los pilares que uno le dice, que no es solo con la medicación sino con modificaciones en el estilo de vida, pero no lo hacen. Porque se ve después en la práctica que los pacientes vuelven hipertensos o con complicaciones agudas de esa hipertensión que no trataron. Uno le dio todas las pautas y no las tuvieron en cuenta.

Así, el personal médico demarca las competencias de sus funciones poniendo un límite al nivel de involucramiento respecto a aquello que haga el paciente en su vida cotidiana, en tanto que considera corresponden a la iniciativa del propio paciente, una vez dadas *las herramientas*, así como *ciertos conocimientos* para el manejo de la HTA.

DISCUSIÓN.

El análisis de las prácticas y representaciones del personal médico en torno a la atención de los sujetos con HTA nos ha permitido problematizar aspectos que atraviesan la relación que mantienen con los pacientes, reconociendo complejidades que adopta el trabajo de producción de atención –ligada a la noción y ejercicio de la *adherencia*-, a la luz del entramado institucional y organizacional en que se desenvuelve y su configuración de acuerdo con las *marcas* que se expresan en los cuerpos de los actores.

Se pone de manifiesto que además de conocimientos “teóricos” propios de la disciplina médica, los entrevistados, ponen en juego saberes de tipo “práctico” que devienen de un aprendizaje cotidiano en el que desarrollan su práctica, al ser interpelados por situaciones concretas. Desde la perspectiva del personal médico, la participación del paciente en la relación tiene como un componente central la comprensión, aceptación e implementación de los tratamientos propuestos siendo que el fracaso o éxito de aquellos son adjudicados a su figura, de modo que es responsabilizado por el devenir de su padecimiento.

En esta línea, en relación a la dicotomía *adherencia / no-adherencia*, han sido construidos diferentes perfiles o tipologías de pacientes delimitados por los entrevistados que dan cuenta de diferentes modalidades y dinámicas de interacción en el marco de relaciones de poder, saber y verdad. En el marco de dichas interacciones, los profesionales médicos construyen un acervo de tipificaciones de los pacientes, entre las que destacamos la distinción entre aquellos que asisten a hospital público y a privado dando cuenta de diferentes condiciones de vida cuyas “marcas” se expresan en los cuerpos. Estas clasificaciones, por otro lado, implican diferenciaciones en las experiencias y asignación de estrategias, recursos, responsabilidades y merecimientos entre los mismos, y que impactan en los términos y formulaciones de los tratamientos antihipertensivos propuestos. Así, se promueve un proceso de normalización de las conductas a partir de mecanismos y estrategias diferenciales que operan ante una vastedad de cuerpos agrupados en tipologías, marcando formas de interacción particulares.

Finalmente, los testimonios aportados han permitido vislumbrar un fenómeno de responsabilización del paciente por el curso de su padecimiento, que se vincula al seguimiento de los tratamientos asignados, y que se revela a sí mismo con la demarcación de las propias competencias, estableciendo un límite de correspondencia respecto a sus funciones como profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA CITADA.

- Del Mónaco, R. (2012). Dolor crónico, corporalidad y clausura: percepciones y experiencias sobre la migraña. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad (RELACES)*, 4(8), 17-28.
- Del Mónaco, R. (2013). Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. *Salud colectiva*. 9(1), 65-78.
- Finkel, D. (2007) "Generalidades sobre el dolor". En: Zavala H, Sarabia B. (eds.) Los dolores de Cabeza. Buenos Aires: Publicación interna del Hospital Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires, pp.17-50
- Foucault, M (2008) El nacimiento de la clínica. Siglo veintiuno editores, Argentina.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educ Med Salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, M. (1990). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo xxi.
- Foucault, M. (1995). *La microfísica del poder*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Foucault, Michel (2002). Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber. Ed Siglo XXI, Buenos Aires, Argentina.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Margulies, S. (2008). *Construcción Social y VIH-Sida. Los procesos de atención médica*. Doctoral dissertation, Tesis de doctorado. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Marín, L. (2017). Prácticas, representaciones y tensiones en el tratamiento de la hipertensión arterial. Una mirada desde el personal médico más allá de la lógica de "adherencia/no adherencia" (Tesis de grado). Universidad Nacional de La Plata.
- Marín, Z. R. (2009). La enfermedad y el sentido del sufrimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1), 0-0.
- Menéndez, E. (1992a). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. *Campos Navarro R, comp. La antropología médica en México. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana*, 97-114.
- Menéndez, E. (1992b). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos médico sociales*, 59, 3-18.
- Menéndez, E. (2009). De sujetos, saberes y estructuras. *Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar, 105.