



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

LICENCIATURA EN SOCIOLOGÍA

TRABAJO FINAL // TESINA

**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*”.**

Alumno/a.: Marín, Lupe

Legajo: 01542/4

Correo electrónico:

lupemmarin@gmail.com

Director: Pagnamento, Licia Viviana

Fecha de presentación: 15/11/2016

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 la relación médico-paciente.

A cuenta de ello, se ha rescatado el testimonio de profesionales de la salud con la finalidad de analizar sus representaciones y prácticas en relación a los sujetos con hipertensión arterial y a los tratamientos biomédicos de dicho padecimiento; dando cuenta de la forma en que los procedimientos a seguir, los diferentes pacientes con los que toman contacto y las características de la propia enfermedad, constituyen ejes sustantivos en la construcción de la propia práctica médica entendida como práctica social.

PALABRAS CLAVE.

Padecimiento crónico- hipertensión arterial- médicos - atención – tratamientos – relación medico/paciente.

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN.....	4
- JUSTIFICACIÓN	
- OBJETIVO GENERAL	
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
- ESCENARIOS HIPOTÉTICOS	
ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	8
MARCO TEÓRICO. PERSPECTIVAS DEL ANÁLISIS.....	17
- Representaciones	17
- Un poco de Bourdieu. Nociones de campo y habitus.....	22
- Modelo médico hegemónico.....	25
- Michel Foucault: relaciones de poder, saber y verdad.....	29
- El trinomio salud-enfermedad-atención y el debate enfermedad /padecimiento....	35
- Autoatención	41
- Adherencia.....	43
APARTADO METODOLÓGICO.....	47
DESARROLLO.....	51
- CAPÍTULO 1.....	56
- CAPÍTULO 2.....	61
- CAPÍTULO 3.....	67
- CAPÍTULO 4.....	104
A MODO DE CONCLUSIÓN.....	125
BIBLIOGRAFÍA.....	130

INTRODUCCIÓN.

La presente tesina expone el desarrollo de un estudio exploratorio de corte cualitativo que tiene el propósito de explorar la situación actual de un tema escasamente abordado, nos referimos a cuáles son las prácticas y representaciones de los agentes de salud en torno a la atención de sujetos con un padecimiento crónico particular, hipertensión arterial.

Más concretamente el objetivo general propuesto es el análisis de las prácticas y representaciones del personal médico en torno a los sujetos con hipertensión arterial y a los tratamientos de dicho padecimiento. El análisis planteado se enmarca espacial y temporalmente en la ciudad de La Plata, en el año 2016.

En el marco de dicho objetivo general han sido propuestos los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las representaciones del personal médico atribuidas al paciente con hipertensión arterial esencial.
- Analizar los límites y potencialidades que los profesionales reconocen en las propuestas terapéuticas que realizan.
- Dar cuenta de las representaciones y concepciones del personal médico en torno a los controles regulares y los cuidados que se delegan al paciente con hipertensión arterial.
- Reconocer en el marco de la interacción médico-paciente, estrategias desplegadas por el personal médico para el abordaje, la construcción o negociación de los modos en que el paciente debe abordar en su cotidianeidad el proceso de autoatención.
- Indagar acerca de los diversos obstáculos que el personal médico identifica en el desarrollo de su práctica.

Principalmente, se evidencia aquí el interés por revalorizar espacios cotidianos sobre los que se construyen diferentes tramas de relaciones, se despliegan diferentes formas de acción y se producen diversas experiencias en términos subjetivos, lo que nos ha permitido considerar uno de los aspectos implicados detrás de las variadas y distintas formas en que se presenta el modelo de atención de salud vigente en diferentes experiencias cotidianas de los sujetos. De este modo, se pretende así problematizar en perspectiva crítica algunos matices considerados claves orientados a aportar al debate en torno a las discusiones referentes a la relación médico-paciente en la actualidad.

Al inicio de la presente investigación han sido aventurados dos escenarios hipotéticos diferentes que han sido planteados en diferentes momentos que corresponden al periodo de investigación bibliográfica previa al proceso de trabajo de campo con el cual ambas han sido contrastadas y problematizadas.

El primer escenario tentativo esbozado refiere a que las características propias de la hipertensión arterial, que requiere un tratamiento de tipo ambulatorio y que consiste en el desarrollo de prácticas diarias, suponen una alta carga de responsabilidad para el paciente, cuyas prácticas de cuidado serían negociadas con el médico. Allí, la relación y el tratamiento “ideal” –desde el planteo del modelo médico hegemónico- diferiría de lo que realmente ocurre en el devenir de la relación médico-paciente.

Atendiendo a ello, el médico en el juego de vinculación con el paciente, tomaría un posicionamiento flexible, que responde a diferentes cuestiones, tales como las características y avance de la enfermedad, el tipo de paciente, así como también la contemplación de las reales posibilidades de seguimiento de las prescripciones. De este modo, otorgaría importancia diferencial, así como diferentes estrategias para abordar a estos “tipos” de sujetos.

Por otro lado, en un segundo momento fue planteada la posibilidad de otro escenario hipotético, donde el personal médico no se consideraría a sí mismo responsable por los resultados y la realización de aquello que debería hacer el paciente, limitando su intervención a un punto determinado, siendo que las prescripciones dadas son las mismas a pesar de las diferencias entre los pacientes. Aquí no habría un seguimiento activo ni un despliegue de estrategias de negociación diferenciales para lograr el “compromiso” del paciente con la terapéutica asignada.

Para acercarnos al problema planteado se ha propuesto una perspectiva de abordaje que recupera el plano de la subjetividad de los actores sociales, entendiendo por *subjetividad*¹ una categoría analítica que permite dar cuenta tanto de las experiencias subjetivas como de las dimensiones estructurales en las que aquellas se incluyen. Ambos aspectos se articulan en el nivel de lo cotidiano, donde los sujetos pensados como actores sociales, despliegan, construyen diferentes prácticas y representaciones.

En esta línea, para la construcción de la perspectiva teórica utilizada para el análisis, se han recuperado aportes de diversos autores. En primer lugar, para pensar la cuestión de las prácticas y representaciones del personal médico, teniendo en cuenta la dimensión subjetiva y objetiva ha sido de gran utilidad rescatar la teoría Bourdeana a partir de los conceptos de campo y habitus. En segundo lugar, resultó fundamental recurrir al concepto de Modelo Médico Hegemónico de Eduardo Menéndez (1988), así como también a la propuesta de dicho autor de tomar una perspectiva social de los fenómenos de la salud en clave salud-enfermedad-atención. Y finalmente este trabajo reconoce una

¹ El concepto de subjetividad es definido aquí como un sistema complejo y plurideterminado que se afecta por el propio curso de la sociedad y los sujetos que la constituyen dentro del continuo movimiento de las complejas redes de relaciones que caracterizan el desarrollo social (Rey, 2002).

gran deuda en cuestión de perspectiva teórica al pensamiento Foucaultiano, que permite pensar la problemática atravesada por relaciones de saber, poder y verdad.

En cuanto al material empírico utilizado para análisis, este ha sido recabado a lo largo del año 2016 mediante entrevistas semi-estructuradas pautadas con miembros del personal médico que trabajan tratando la hipertensión arterial en dos hospitales públicos (Hospital Gral. José de San Martín y Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez) y privados (Hospital español, Hospital italiano, Instituto central de medicina) de la ciudad de La Plata.

ESTADO DE LA CUESTIÓN.

Aunque si bien puede señalarse latente como preocupación, la problemática referida a la llamada *compliance o adherencia* a la terapéutica ha emergido recientemente en el ámbito de la investigación científica con un impulso considerable. Esto se ve reflejado de forma clara si prestamos atención al fuerte crecimiento de la producción intelectual que se efectúa en los últimos años sobre el tema en cuestión, y que no presenta signos de declive en su tendencia ascendente.

Este fenómeno de creciente interés en el tema es asociado por un lado, a un crecimiento de la importancia que adquieren las enfermedades de tipo crónico (cardiovasculares, cáncer y diabetes) en relación a otras patologías (infecciosas- alimentarias), transformación que responde al proceso de *transición epidemiológica* (Castro, 2001). Asimismo, dicho interés se complementa, por otro lado, con la consideración desde la biomedicina, del alcance de un nivel técnico probadamente efectivo de tratamiento farmacológico para estas enfermedades crónicas, lo que corre el eje de investigación hacia el cumplimiento real de aquel tratamiento, es decir, al *último eslabón* de la cadena que lo comprende, que en última instancia compromete al paciente mismo (National Institute of Health [NIH], 2003).

Si bien el acuerdo que se ha identificado como común se circunscribe a estas observaciones, de amplio consenso en el campo académico correspondiente a la biomedicina, luego hay divisiones de criterio en cuanto al señalamiento de otros factores causales que, en mayor o menor medida, influyen este aumento de atractivo que adquiere la problemática. Me refiero a la controversia en torno a la atribución parcial del fenómeno al crecimiento de la industria farmacéutica y los negocios

relacionados con la comercialización de los medicamentos. (Fuentes, 2013; Dumit, 2012; Conrad, 1985)

Como fuere, el aludido crecimiento del interés científico sobre el asunto se respalda en intereses de diversa índole, y convive, en relación de retroalimentación, con una mayor preocupación estatal en la materia. De hecho, actualmente, la temática de *adherencia* a enfermedades crónicas adquiere un status de “problema de salud pública” ampliamente aceptado. Este reconocimiento radica en la evocación de dos argumentos de peso público, el hecho de que, por un lado el llamado *incumplimiento* es considerado de gravedad al hacer más ineficaz el tratamiento prescrito, lo que produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, pero también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria.

El tratamiento de esta cuestión como problemática económica además de sanitaria es exhortado por la Organización Mundial de la Salud (NIH, 2003)². Este aspecto económico del *incumplimiento* del tratamiento médico en enfermedades crónicas ha sido tomado, a veces en sí mismo, como objeto de investigación. Distintos autores dentro de esta línea han llegado a la conclusión de que aquel significa un costo enorme para las instituciones de salud, en tanto proporcionan servicios que son utilizados de forma inadecuada, al tiempo que se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían ser evitados (Martín y Grau, 1994; Ginarte, 2001).

I-

² Este organismo advierte en un informe emitido en 2003, ampliado en años posteriores, que únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se ve agravada en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limitado por la falta de recursos (NIH, 2003)

Como ya se ha señalado, las investigaciones abocadas a la problemática de la adherencia, estudios que han emanado generalmente de la disciplina médica que les aporta un enfoque e impronta particular, devienen muy numerosas sobre todo en los últimos años, aumentando en connivencia con el crecimiento de la relevancia de enfermedades de tipo crónico por sobre otras patologías de tipo infecciosas o alimentarias.

Adentrándonos en el vasto mundo de las enfermedades de tipo crónico, el caso particular de la hipertensión arterial ha tomado marcada relevancia. Este padecimiento posee dos particularidades que otorgan al paciente gran parte de la responsabilidad de la efectividad de las terapias: el requerimiento de llevar a la práctica un tipo especial de estilo de vida y la utilización de medicamentos de forma ambulatoria, ambas cuestiones a ser realizadas por tiempos prolongados.

El proceso de recabo de información bibliográfica enfatizando los últimos 15 años, pone de manifiesto una clara tendencia a un tratamiento cuantitativo del fenómeno y una orientación hacia la investigación de la figura del paciente, siendo que la problemática es adjudicada y relacionada principalmente a tal dimensión de la relación médico-paciente. De este tipo de estudios han podido establecerse dos tendencias generales en función de la disciplina que la aborda: los estudios provenientes de la medicina y aquellos gestados por la psicología de la salud.

La gran mayoría de estudios acerca de adherencia al tratamiento antihipertensivo provienen de la disciplina de las ciencias médicas. Estos estudios, preminentemente de tipo transversal cuantitativo, se circunscriben a una localidad dada o un caso particular de unidad sanitaria (Piedrahíta y Rivas, 2013; Vergel et al., 1995; Quintana y Fernández-Britto, 2009; Calderón y Copete, 2011; Zambrano, Duitama, Posada y Flórez, 2012; González, Pérez, de la Noval García y Dueñas, 2005; Peralta et al., 2005;

Carhuallanqui, Diestra-Cabrera, Tang-Herrera y Málaga, 2010; Contreras, 2010; Wang, et al., 2002; Knight, et al., 2001; entre otros aquí no rescatados).

La temática, asimismo, ha sido abordada por una sub-rama de la psicología, la llamada psicología de la salud. Me detengo a mencionar esto, ya que si bien la cantidad de investigaciones que emana de dicha disciplina es más bien reducida en relación al abordaje médico, estas investigaciones introducen otra perspectiva a la problemática.

Dejando de lado los trabajos que focalizan en las repercusiones psicológicas, tanto del padecimiento de hipertensión arterial como de aquellas devenidas de su tratamiento, estos estudios logran introducir la cuestión de las subjetividades, principalmente en forma de factores *psico-sociales* de influencia, y en menor medida, algunos también resaltan las creencias que manifiesta quien padece hipertensión. Sin embargo, aquí también predominan, aunque resulta una tendencia mucho menos pronunciada que en los estudios médicos, los estudios de tipo transversal- cuantitativo orientados hacia el sujeto con padecimiento crónico. (Gámez y Roales-Nieto, 2007; Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, y Varela, 2006; Granados, Roales-Nieto, Moreno San Pedro, e Ybarra, 2007; Alfonso, Sairo y Bayarre, 2003; Ferrer Pérez, 1995; González Deschapellesy Rodríguez, 2000).

En resumidas cuentas, los estudios mencionados se limitan a responder el interrogante de si el paciente es adherente o no adherente a las prescripciones médicas, dejando de lado la pregunta por el por qué, o bien, en el caso de algunas investigaciones desde la matriz de la psicología social esta pregunta por las razones es abordada en función de indicadores específicos relacionados con la psiquis y creencias del paciente.

Puede afirmarse entonces, que la mayoría de los estudios sobre el cumplimiento/ adherencia al tratamiento médico y el control metabólico en circulación se orientan a los pacientes y asumen una visión parcial y reduccionista en tanto acogen una posición

donde es la perspectiva biomédica la que oficia de pivote en cuanto a los procesos de atención y manejo de los padecimientos. En estas investigaciones, a la no-adherencia/no-cumplimiento se le atribuye una connotación de *desviación*, es esta una conducta descarriada de lo aceptable y esperable, en la cual los motivos del fracaso se intentan explicar atribuyéndolos a la sola figura del paciente.

De esta forma, se evidencia que las dimensiones subjetivas relacionadas con el padecimiento son aquí omitidas o subestimadas en pro de una sobre-elevación de elementos naturalizados desde la perspectiva biomédica. La omisión conduce a alejarse de la perspectiva tomada en las mencionadas investigaciones, en tanto creemos de suma importancia rescatar la voz y cosmovisiones de los actores involucrados, como en este caso, de los profesionales de la salud.

II-

La presente investigación se ha nutrido de diversos aportes de investigaciones provenientes de las disciplinas sociales, destacándose un conjunto de trabajos que, desde la sociología/ antropología, se abocan a desentrañar las relaciones y fenómenos sociales ligadas a padecimientos crónicos.

Las investigaciones socio-antropológicas se han interesado en captar la experiencia subjetiva del paciente, y en comprender su visión del padecimiento, dando cuenta a su vez de la dimensión de la construcción social de la enfermedad, es decir, enfatizando en los factores culturales y sociales que median en la interpretación de los padecimientos. Diferenciándose de la matriz que suponen los presupuestos biomédicos, aquellas se dedican a recuperar la “voz” de los enfermos crónicos³ al tiempo que han

³Aquí, como antecedente, destacamos los trabajos de Kleinman “The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition” (Kleinman, 1988), que indagó en la construcción de narrativas de

problematizado el concepto e implicancias de la “adherencia” (Margulies, 2008, 2010). En esta línea de análisis que busca recuperar la voz del sujeto con un padecimiento crónico encontramos trabajos desde la perspectiva antropológica en torno a los sujetos con VHI-sida que recuperan la visión de estos actores sociales en sus propios términos a partir de la herramienta de la entrevista (Barber y Margulies, 2009; Grimberg, 2000).

Asimismo, las investigaciones de Del Mónaco (2013; 2012) en torno al análisis del caso de la migraña han constituido un importante referente respecto a la aplicación de un enfoque anclado en las ciencias sociales para el tratamiento y la lectura del fenómeno del padecimiento de una enfermedad de tipo crónico. De la lectura de dichas investigaciones, enfocadas en particular hacia la migraña, pueden extraerse un conjunto de cuestiones de utilidad analítica, que residen principalmente en el énfasis otorgado a la cuestión de la subjetividad del padeciente. La autora recupera las particularidades que posee esta enfermedad crónica desde la mirada de los sujetos que las padecen y que conviven con las mismas, colocando el acento en cómo se vive la enfermedad de larga duración.

Esta estrategia es acompañada por la indagación acerca de las relaciones que comporta dicho padecimiento crónico. A este respecto, la autora se dedica a poner de manifiesto algunas cuestiones acerca de las relaciones sociales que enriquecen la mirada del fenómeno de interés, entre las que se destacan la cronificación de la relación médico-paciente, relación que adquiere un cariz particular en un contexto de medicalización de la vida cotidiana y de desplazamiento de la responsabilidad del curso de la enfermedad desde el médico hacia el paciente.

enfermedad, interesándose por los padecimientos crónicos, a partir de estudios clínicos y etnográficos sobre la experiencia de dolencias entre pacientes de China y Estados Unidos. Así como también, en la misma línea se encuentra el estudio de Frank, “The wounded storyteller: Body, illness, and ethics” (Frank, 2013).

Los aportes de los mencionados autores en relación al abordaje de la problemática del sujeto con padecimiento crónico han resultado fundamentales para incorporar a una mirada sociológica del fenómeno en un momento de auge del interés científico por la adherencia a las prescripciones médicas.

Asimismo, ha resultado una referencia obligada para este trabajo la tesis de doctorado de Susana Margulies (2008), que ha realizado un estudio abocado al análisis de la construcción médica de la enfermedad y los procesos de atención del VHI-Sida por parte de la medicina y los servicios de salud biomédicos en el área metropolitana de Buenos Aires. Aquel trabajo involucra un abordaje crítico de los discursos del personal médico en torno a cuestiones relacionadas con los imaginarios puestos en juego para la construcción de una enfermedad crónica, el caso del VHI-sida.

Finalmente, se destaca aquí un estudio de Pagnamento (2002) donde se ofrece un análisis en torno a las características del ejercicio de la práctica médica en el marco de la prestación del servicio en un hospital público de la ciudad de La Plata (Hospital San Martín). Aquí se ha abordado la cuestión desde la mirada de los médicos residentes, teniendo a consideración la influencia de las condiciones de trabajo en las representaciones respecto de la enfermedad y del paciente, lo que ha sugerido y aportado diversas cuestiones a ser problematizadas en torno la práctica y saberes del personal médico, tales como la concepción parsoniana de los roles al interior de la relación médico-paciente, y una lectura en la información recabada a partir las declaraciones de los residentes del vínculo médico-paciente en términos de asimetría.

III-

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica a que he hecho mención, me propongo realizar un aporte desde la sociología a lo que creo es un aspecto poco abordado de

sumo interés dentro de la problemática. Me refiero a recuperar la perspectiva del personal médico para rescatar sus diferentes prácticas y representaciones en torno a los sujetos con un padecimiento crónico particular: la hipertensión arterial, y sus tratamientos. De esta forma, en tanto la problemática refiere a la relación médico-paciente, proponemos indagar sobre dicha relación desde una perspectiva que va más allá de la lógica de la adherencia/no adherencia, intentando a partir de ello desentrañar diferentes concepciones detrás de las estrategias, los sentidos y las prácticas llevadas a cabo por estos sujetos.

De esta forma, en suma, se propone efectuar desde la disciplina sociológica un doble giro al lineamiento tomado por el mayor caudal de estudios de la cuestión temática reseñada. En primer lugar, un cambio metodológico, pero también un cambio de perspectiva al tomar otro sujeto de estudio para su abordaje: el personal médico. Es así que el objetivo planteado, que refiere a indagar en las representaciones y las prácticas del personal médico en torno a un padecimiento crónico tan particular y poco abordado desde la disciplina, como es la Hipertensión Arterial. Este objetivo demanda tener en cuenta un enfoque de corte netamente cualitativo, que permita problematizar el esquema adherencia/no adherencia desde dicha dimensión.

Cabe resaltar que el presente objetivo, producto de un largo proceso de problematización, ha sido planteado como un desafío de dirigir el foco de interés sobre el protagonista menos estudiado (y cuestionado) de la diada que configura la relación médico-paciente: el médico. A este último se lo supone usualmente con capacidad de afrontar con objetividad y desapego emocional el desarrollo de su labor profesional (aspecto ampliamente problematizado desde las ciencias sociales), sin embargo la cuestión ha sido tomada generalmente como problemática en sí misma (Gómez, 2002). Aquí, proponemos un enfoque que recupere el punto de vista del profesional de la salud.

Para abordar dicha cuestión, como se ha adelantado, he optado por recuperar la tradición cualitativa, y aportar una perspectiva crítica al concepto de adherencia (que se propone desde el modelo biomédico) anclada en la teoría foucaltiana del saber-poder, que pone de relieve las distintas relaciones en que los sujetos implicados se encuentran inmersos.

Al retomar la perspectiva médica en torno a la problemática buscamos generar un aporte a la cuestión, si bien el presente trabajo se plantea como un estudio exploratorio, este puede servir de base para otras investigaciones que busquen profundizar algunas cuestiones aquí señaladas y otras que tal vez no se han ahondado demasiado, así como también, tal vez, dotar de diferentes perspectivas de abordaje la trama aquí problematizada.

MARCO TEÓRICO. PERSPECTIVAS DEL ANÁLISIS

La propuesta, tal como se ha adelantado, recupera la consideración del plano subjetivo. Entendiendo a la subjetividad como un sistema complejo y plurideterminado que se afecta por el propio curso de la sociedad y los sujetos que la constituyen dentro del continuo movimiento de las redes complejas de relaciones que caracterizan el desarrollo social (Rey, 2002). Aquella constituye una categoría analítica que permite dar cuenta tanto de las experiencias subjetivas como de las dimensiones estructurales en las que aquellas se enmarcan. Ambos aspectos se encuentran articulados en el nivel de lo cotidiano, donde los sujetos pensados como actores sociales, despliegan y desarrollan diferentes prácticas respaldadas en representaciones.

Una vez dicho esto, nos abocamos en este apartado a explicitar un conjunto de supuestos teóricos y a dar cuenta de un conjunto de autores y conceptos que han resultado de gran utilidad para acercarnos a la problemática planteada.

REPRESENTACIONES.

Partiendo del concepto de *representaciones colectivas* acuñado por Émile Durkheim a fines de siglo XIX, donde el autor da cuenta de un conjunto de representaciones colectivas que se les imponen a los individuos en forma objetiva, proceso que explicaría las representaciones individuales, Serge Moscovici propone dar, desde el campo de la psicología social, un nuevo curso a la investigación del conocimiento social a partir de la teoría de las *representaciones sociales*. Moscovici, si bien retoma el concepto durkhemiano va a diferenciarse de él al resaltar el carácter dinámico y no primordialmente estático en que el sujeto solo aprehende lo externo en un rol meramente pasivo.

De esta forma, el autor buscó resaltar su carácter productor, además de mero reproductor de lo preexistente en aquel conocimiento que generan los sujetos en la vida diaria, destacando a su vez la naturaleza social de dicho conocimiento, construido vía interacción y comunicación entre los individuos, grupos sociales e instituciones. Moscovici (1979) subraya la importancia del lenguaje y la comunicación, ya que es allí donde la realidad es creada y construida, al tiempo que es dentro de este marco donde la realidad adquiere sentido.

El autor concibe a las representaciones como teorías construidas y desarrolladas en el nivel social⁴, definiéndolas como *“una modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación”* (Moscovici, 1979: 17)

Denise Jodelet (1986), sobre la base de la corriente inaugurada por Moscovici, propone pensar dicho concepto en el marco de la vida cotidiana, considerándolo fundamental para pensar lo social y para explicar la acción individual y colectiva. *Para la autora, el mundo de representaciones constituye el corpus de conocimientos con el cual los sujetos se posicionan en el mundo y desarrollan determinadas prácticas en él.* Teniendo en cuenta que este bagaje teórico se cimienta sobre el conjunto de componentes que hacen a la experiencia biográfica del individuo, y de los que este toma de la sociedad en

⁴ Es por este carácter social por el que puede decirse que estos esquemas teóricos son compartidos, al menos parcialmente, por conjuntos de individuos: *“Estas proposiciones, reacciones o evaluaciones [que conforman una representación social] están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos existen.”* (Moscovici 1979: 17-18).

la que se desarrolla⁵. Así, las representaciones sociales no son un mero producto de un individuo aislado, sino que son creaciones individuales al tiempo que colectivas. *“Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un conocimiento socialmente elaborado y compartido.”* (Jodelet, 1986: 473).

En esta línea, las representaciones aluden a un tipo de conocimiento específico, un saber de sentido común, es decir, espontáneo e intuitivo, diferenciado del conocimiento científico. A partir de él, los sujetos actúan en el mundo. Es necesario subrayar el carácter de pensamiento práctico el cual permite a su portador dominar, comprender, moverse e interactuar en su entorno. Sobre ellos Jodelet refiere que *“Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.”* (Jodelet, 1986: 474).

⁵ De manera que el concepto de representaciones está estrechamente vinculado con el de sentido común: *“Las representaciones sociales conciernen al conocimiento de sentido común que se pone a disposición en la experiencia cotidiana; son programas de percepción, construcciones con status de teoría ingenua, que sirven de guía para la acción e instrumento de lectura de la realidad; sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las relaciones sociales; que expresan la relación que los individuos y los grupos mantienen con el mundo y los otros; que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan en el espacio público; que están inscritas en el lenguaje y en las prácticas; y que funcionan como un lenguaje en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar lo compone el universo de la vida.”* (Jodelet, D., 2000, p. 10)

A través del acto de representación, siguiendo a la autora, el sujeto se relaciona con un objeto. La representación es siempre una representación mental de algo, es decir, la reproducción mental de la cosa, que el sujeto construye activamente, de esta forma el proceso de relación no consiste en una representación automática del objeto, sino que es de orden simbólico⁶.

Pasando en limpio, a modo de punteo final podemos afirmar, retomando a Jodelet, que toda representación social posee los siguientes rasgos: a) siempre es la representación de un objeto. b) Tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto. c) Tiene un carácter simbólico y significativo. d) Tiene un carácter constructivo. e) Tiene un carácter autónomo y creativo. (Jodelet, 1986: 478)

Por último, cabe explicitar nuevamente que la representación social no es estática, sino en permanente transformación, ya que posee una relación dialéctica con el medio presente, al tiempo que convive con una multiplicidad de otros discursos, es decir, se posiciona en una relación dialéctica donde lo social transforma el bagaje de

⁶ Así, siguiendo a Moscovici, se efectúan dos procesos complementarios a partir de los cuales se transforma al objeto en su representación. Estos dos procesos toman los nombres de *objetivización* y *anclaje*. La objetivización refiere a una relación de las cosas con palabras. Objetivizar es materializar, o sea, dar existencia real a los conceptos abstractos. El mecanismo de la objetivación está notablemente influenciado por una serie de condiciones sociales, como puede ser la inserción de las personas en la estructura social. Mientras que el anclaje es el proceso de integración al pensamiento de una información nueva sobre un objeto. Esta aparece con un significado específico ante nuestros esquemas previos. Aquí se manifiestan los procesos de asimilación y acomodación, pues las informaciones recibidas son deformadas por nuestros esquemas ya constituidos, y a su vez, esta nueva información cambia nuestros propios esquemas para acomodarlos a sus características. Dice sobre esto Jodelet: “[El anclaje] *se refiere a la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema... Ya no se trata, como en el caso de la objetivización, de la constitución formal de un conocimiento, sino de su inserción orgánica dentro de un pensamiento construido*” (Jodelet, D., 1986, p. 486) a partir de ambos procesos podemos lograr una apropiación y construcción de un corpus cognitivo y de valores, que constituyen las representaciones.

representaciones del sujeto, al tiempo que esas mismas representaciones transforman lo social.

Si bien, se reconoce la vasta utilidad de los aportes planteados por Moscovici y Jodelet, consideramos importante hacer mención, con anclaje en la crítica de Margulies (2008), a un conjunto de limitaciones a la teoría propuesta por los autores acerca de las representaciones sociales. Subirats ha problematizado la concepción instrumental atribuida (en estas perspectivas) al lenguaje, que es pensado como exterior al hombre (sistemas de categorías previas y exteriores), y como “medio”, instalándose así una “brecha entre el significado, el significante y el sujeto” (Subirats; en Margulies, 2008). En este sentido, se evidencia en la teoría un privilegio de la dimensión de las representaciones sobre las prácticas, que si bien han sido postuladas en un plano interactivo, estas remiten de hecho a dimensiones diferenciadas dentro de la vida social. Además, en tanto que el concepto de representación social pretende indagar principalmente en los procesos de construcción consensual de significados que posibilitan la interacción, hay una tendencia al desplazamiento de las problemáticas relacionadas con disputas y tensiones en torno a la construcción social de significados (Margulies, 2008). Teniendo en cuenta estos planteos, pretendo rescatar esta acepción del concepto de representación en tanto esquema de conocimiento específico a partir del cual ordenamos el mundo social en el que nos desarrollamos, y nos comunicamos con otros.

Desde esta perspectiva entonces, entendemos que el *yo* que se nos presenta en el proceso de entrevista no es simplemente un *yo* que estrictamente expresa el sí mismo, sino un *yo social* que aparece como un proceso en el que el individuo se experimenta a sí mismo como tal, en forma indirecta en función del *otro generalizado*, es decir, desde el punto de vista generalizado del grupo social al que pertenece (Georges H. Mead,

1972). De esta forma, en el diálogo enmarcado en la entrevista, los sujetos interpelados se presentan como miembros de un colectivo: médicos.

Allí, estos expresan un relato donde aparecen diferentes declaraciones a partir de las que podemos recoger y captar las representaciones de los sujetos en la voz y en los términos de los mismos actores sociales. Pero, recordando que las representaciones que un entrevistado posee no son exclusivamente suyas, sino que suponen hallarse en otros segmentos al interior del colectivo social.

UN POCO DE BOURDIEU. NOCIONES DE CAMPO Y HABITUS

En la actualidad, la medicina se constituye como un campo de gran complejidad que involucra múltiples actores e instituciones, atravesado por conocimientos especializados, procedimientos técnicos y formas de conducirse que han sido construidos en un proceso de larga data que ha tomado siglos. Es este un amplio campo de saber, pero que sobre todo, se presenta como un campo de poder y de lucha.

Consideramos pertinente para acercarnos a una caracterización de dicho campo y de ciertos actores de interés que interactúan en su interior, rescatar un conjunto de recursos teóricos propuestos por Bourdieu retomando los conceptos de *campo* y *habitus* acuñados por el autor.

Para delimitar diferentes escenarios donde se desarrollan las prácticas culturales y dar cuenta de las distintas relaciones de poder, el autor propone como modelo de análisis la teoría de los campos, en la que el espacio social es observado como un conjunto de campos relacionados entre sí, pero a su vez relativamente autónomos.

En principio, Bourdieu (1997) define al campo como un sistema de posiciones sociales donde se asientan los diferentes actores e instituciones, constituyéndose como un espacio de luchas por los capitales (económico, simbólico, cultural, social) disputados a

su interior. Estos diferentes campos que forman parte del espacio social cuentan con lógicas particulares y dinámicas en donde se sostienen, se reproducen y cambian las reglas en que se desarrolla el juego de disputas de poder dentro de sus márgenes.

En este sentido, el campo médico representa un campo social sumamente complejo, donde podemos apreciar diferentes actores que siguiendo intereses variados pujan por diversos capitales. Aquí, sin embargo, puede destacarse principalmente la lucha por un capital específico en disputa, nos referimos a la puja por la apropiación de un conjunto de saberes específicos que dotan a sus poseedores de capital simbólico. Al interior del dicho campo, sin profundizar demasiado, podemos identificar la figura del profesional médico, sujeto que se ha especializado en un área del conocimiento y que logra adquirir una posición de privilegio resguardada en el halo de legitimidad que se desprende del dominio –parcial- de una disciplina científica. A partir de dicha posición se crea una base para la diferenciación de estatus, promoviendo una distancia social entre el experto (profesional) y el lego (Bourdieu, 1993).

Siguiendo al autor, los sujetos que ocupan diferentes posiciones al interior del campo poseen diferentes posibilidades de hacer uso efectivo de los capitales con los que cuentan, y sus prácticas valoraciones, representaciones, experiencias, están mediadas por un *habitus*. Cabe destacar que el autor propone el concepto de *habitus* en el marco de una teoría que busca superar la oposición entre "objetivismo" y "subjetivismo", una antinomia que este identifica en la teoría social. Para lograr tal superación, en su teoría busca dar cuenta de una relación dialéctica entre las estructuras objetivas y los fenómenos subjetivos, siendo fundamental el concepto de *habitus* que opera tendiendo un puente que permite unir ambos aspectos⁷.

⁷ Aquí se inserta entonces la noción de *habitus*, que en tanto sentido práctico está inscripto en el cuerpo, es decir, es exterioridad incorporada y resignificada, y que luego opera como un sistema de disposiciones

Bourdieu piensa el habitus como un sistema de disposiciones durables y transferibles, como aquello que integra el conjunto de experiencias pasadas y opera como matriz estructurante de las percepciones, los sentidos y las acciones de los sujetos frente a diferentes coyunturas o sucesos que él mismo sujeto contribuye a producir (Bourdieu, 1991). En definitiva, o más bien en otros términos, este concepto es entendido como un principio cognitivo socialmente constituido, construido a partir de la internalización de estructuras sociales que son incorporadas por el sujeto en forma de esquemas de percepción, pensamiento y acción que predisponen a actuar, pensar, sentir y percibir de forma determinada. De esta forma el autor logra, como adelantamos, establecer un enfoque teórico que contempla una relación dialéctica entre estructuras objetivas y fenómenos subjetivos.

Así, en los diferentes campos operan mecanismos que aseguran agentes dotados del habitus necesario para su buen funcionamiento (Bourdieu, 1991). En este sentido, y volviendo a la figura del profesional médico, la profesión no sólo se limita a proporcionar un conjunto de conocimientos técnicos, sino que en su formación y práctica el sujeto interioriza esquemas mentales que conforman un *habitus profesional* que repercute en una manera particular de relacionarse con el mundo. El autor señala que cualquier profesión u oficio, en este caso la profesión médica, conduce a que se constituya un *habitus* (aquí: habitus médico) conformado por un conjunto de técnicas, creencias, ideas, valores, inclinaciones, que se constituyen en esquemas mentales que orientan al sujeto a pensar, hacer y sentir de determinada forma (Bourdieu, 2000).

Esto, puede argumentarse, lleva al personal médico a desarrollar ciertas tendencias comportamentales y atribuciones de sentidos, o sea ciertas disposiciones, que los llevan

que orchestra formas de ser, actuar y sentir que contribuyen tendencialmente a reproducir aquella “exterioridad”.

a relacionarse de determinada forma tanto con los sujetos que acuden como pacientes, como con su grupo de “pares” y consigo mismos; de esta forma contribuyen a reproducir diferentes aspectos de la estructura.

MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

Conceptualmente, para abordar la pregunta de investigación y para dar cuenta de un aspecto fundamental que hace al habitus tanto médico como del sujeto, parto de la categoría *Modelo médico hegemónico*, acuñada por Eduardo Menéndez. Dicho concepto, siguiendo al autor, alude a un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la llamada medicina científica que ha logrado asentarse como la *única forma legitimada* (tanto por criterios científicos como por el Estado) de atender la enfermedad. Aquella alcanza un lugar preponderante logrando subalternizar, ya desde fines del siglo XVIII, al conjunto de prácticas, saberes y teorías hasta entonces dominantes, llevándolas al campo del excentricismo y el desvío⁸ (Menéndez, 1988).

Menéndez (1992) sostiene que *la expansión de este modelo se caracteriza por la concentración monopólica en la atención a la salud y una función cada vez más directa del Estado, un proceso de profesionalización de los agentes de salud –no exclusiva al médico– y el desarrollo de un proceso de eficacia centrado en los medicamentos.*

(p. 110)

Dentro del modelo médico hegemónico, que prevalece en el campo de la medicina institucionalizada y legítima, el autor identifica un conjunto de características

⁸ Cabe introducir aquí una advertencia del autor: “Mi análisis de este modelo no supone una posición maniquea según la cual la medicina denominada científica cumple "en si" funciones que pueden ser consideradas como negativas; ni tampoco implica una recuperación romántica de las prácticas conocidas en la actualidad como ‘alternativas’”(Menéndez, 1988 : 461).

estructurales que le dan forma, estas son, biologismo⁹ (rasgo fundamental), individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. (Menéndez, 1988; 1992)

Dentro de este conjunto de rasgos, que tendré en cuenta a la hora de hacer el análisis, me interesa discutir algunas cuestiones sobre algunos puntos específicos de las mencionadas características estructurales del modelo médico hegemónico, que creo, se han visto modificados sobre todo en los últimos tiempos.

A partir de las novedades que introduce el advenimiento del *boom* de las enfermedades crónicas en los países occidentales y los diferentes modos de abordarlo desde el campo biomédico, los aspectos de “participación subordinada y pasiva del paciente” y de “exclusión del conocimiento del consumidor” han mutado en su forma (aunque no en su contenido, en su aspecto, digamos, más profundo), que para dicho movimiento puede apreciarse sobre todo en el plano discursivo médico y académico actual, a partir de afrontar nuevas preocupaciones desde el campo de la salud en un marco contextual *sui generis*.

Me refiero aquí a la emergencia de fenómenos expresados en nociones tales como la de “paciente experto” en la actualidad. Esta noción expresa cabalmente la preocupación por el seguimiento de las prescripciones médicas, seguimiento que, para materializarse, implica promover un conocimiento anclado en la biomedicina por parte del sujeto que

⁹ “El biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad.” (Menéndez, 1988: 462).

padece de una enfermedad crónica, conocimiento de cómo proceder, y qué hacer ante determinadas situaciones, así como también el ejercicio de una lectura especial para actuar ante diferentes síntomas. A su vez, en torno al asunto, Menéndez (2009) ha rescatado una apreciación de F. Lolas que remite a que en la actualidad algunos pacientes arriban a consulta de las especialidades medicas ya demandando un determinado medicamento sobre el que han investigado, siendo que si el médico no conoce dicho medicamento el paciente le explica en qué consiste aquel, es decir, se evidencia un incremento de las demandas y proposiciones por parte de los pacientes.

Este fenómeno se torna más notorio aun, si nos adentramos en la discusión conceptual entre los términos “compliance”, “adherencia” y “autocuidado”. Estas preocupaciones, presentan además una cuestión peculiar al desarrollarse en un marco donde las tecnologías de información se han expandido notablemente, siendo que los instrumentos a partir de los cuales la biomedicina puede insertarse en la cotidianeidad se encuentran muy extendidos.¹⁰

¹⁰ La discusión académica entre “compliance”, “adherencia” y “autocuidado” será analizada más adelante. Respecto a la expansión y rol de la tecnología en torno al fenómeno podemos traer aquí una cita que muestra el impacto y relevancia del fenómeno en los últimos tiempos: “A principio de la decada de 2000. Pew Internet & American Life Project reconocía que más de la mitad de los usuarios de Internet a nivel mundial habían consultado por lo menos una vez un portal médico y habían utilizado un tratamiento recomendado en algún sitio sin consulta médica. En dicho estudio se observó que el 61% de los adultos norteamericanos buscaron información sobre salud en Internet, y que tenían una visión positiva de la información obtenida y de sus aplicaciones (Meneu, 2004). Informes realizados por Ogilvy Healthworld y por Google, muestran que el 85% de los pacientes utiliza actualmente Internet como fuente de información, y los buscadores representan una fuente de información básica en la consulta de hábitos de vida saludable (92%), búsqueda de síntomas específicos (87%) y la comprensión del diagnostico y del tratamiento (87%). Más aun, en un estudio específico de la Comunidad Europea, 103 millones de

Muchos padecimientos de tipo crónico, requieren cambios en el “estilo de vida” y administración de medicamentos en forma ambulatoria, procesos ambos que no pueden ser administrados o supervisados por el personal médico permanentemente. Se busca por tanto que sea el paciente mismo –o miembros de su grupo de pertenencia- quien/es, teniendo en cuenta los conocimientos biomédicos aportados por el personal médico, sean capaces de actuar, controlar y supervisar el padecimiento. En este sentido, la susodicha “exclusión del conocimiento del consumidor” no aplica en su sentido más enérgico, en tanto dadas las características del padecimiento crónico, se dota al paciente de conocimientos – biomédicos- a propósito de ser aplicados para el manejo cotidiano de la enfermedad.¹¹

En cuanto al primer aspecto que refiere a la “participación subordinada y pasiva del paciente”, su mutación deviene en un fenómeno más confuso. En principio, se puede dar cuenta por un lado, cómo el paciente crónico aparece como figura primaria en el manejo de su padecimiento, en tanto debe desarrollar un papel fundamentalmente activo aplicando los saberes biomédicos aportados por la figura del profesional de la salud. Ahora bien, reconociendo lo anterior, cabe preguntarse ¿Hasta qué punto es su participación realmente deslindada de subordinación y propiamente activa? Si bien hay una importante transformación que repercute en la relación médico-paciente-padecimiento, prevalecen ciertas continuidades de naturaleza profunda en la mencionada arista del modelo, a saber, el interés por la participación del paciente sobre la administración de su padecimiento se acota a lo que el personal médico dictamina que

ciudadanos comunitarios buscaron en 2005 información sobre temas de salud en Internet” (Menéndez, 2009: 24).

¹¹ Este primer aspecto se sostiene, ha cambiado en su forma pero no en contenido, refiero con ello a que en principio, la información proporcionada responde a la finalidad específica de seguimiento de las prescripciones.

este debe hacer y de qué forma/s debe proceder, es decir la participación se da en función de los preceptos que emite el personal médico, máximas que el paciente debe acatar ejerciendo un auto-control sobre si. Sumariamente, la participación “activa” del paciente tiene elementos de pasividad, y es subsidiaria a las recomendaciones médicas ancladas en un conocimiento de tipo biomédico.

El mismo Menéndez (2009) ha reflexionado en su nuevo libro sobre la cuestión, resaltando que es la propia biomedicina la que para determinadas enfermedades crónicas ha impulsado las acciones autónomas de los pacientes, de tal manera que aprendan a leer y realizar determinadas prácticas orientadas al manejo de enfermedades y/o riesgos a través de técnicas sencillas. En esta línea, también señala el autor, puede verse desde algunos organismos estatales una tendencia al incremento del diseño de estrategias (sobretudo el desarrollo de campañas públicas) para inducir a los individuos a detectar y /o prevenir un conjunto de riesgos de salud sobre la población.

Esos asuntos echan luz sobre una cuestión de especial relevancia, a saber, desde el campo médico existen propuestas de normas de conducta para casi cualquier ámbito de la vida, pública o privada, y estas encuentran, en muchos casos, legitimación en las conciencias de los sujetos. De manera que, este modelo médico hegemónico encuentra expresión en los individuos en tanto que logra encauzar sus conductas. Para acercarme a este aspecto de la relación entre el sujeto y el modelo médico hegemónico encuentro de provecho utilizar algunos elementos de la perspectiva foucaultiana.

MICHEL FOUCAULT: RELACIONES DE PODER, SABER Y VEDAD.

La matriz teórica aportada por Michel Foucault (2008; 1990) ha sido utilizada por las ciencias sociales, con interés en el campo médico y de la salud, de las más variadas formas y sobre diferentes objetos que operan en dicho campo. Las ciencias sociales han

utilizado dicha matriz mayormente para la lectura de fenómenos tales como “enfermedades mentales” y “manicomialización”, sin embargo, en línea con otras investigaciones, me parece de provecho incursionar, con algunas categorías de este autor, en la presente temática dentro del campo de la salud que, entiendo, se verá enriquecida al incorporar, y tener en cuenta aspectos esta perspectiva particular.

Michel Foucault, se ha abocado a desentrañar las relaciones entre sujeto y verdad, relaciones que lo llevan a preguntarse por la relación entre poder y saber. El autor sostiene que el conjunto de reglas, asentadas sobre verdades –sujetas a cambios- que ordenan y controlan a la sociedad en su conjunto, así como a los individuos, crean y reproducen un sistema normalizado de realidades y aseveraciones fundadas sobre juegos de poder.

Foucault busca mostrar que la construcción de verdades, saberes y conocimiento de la propia subjetividad, pasan por estrategias específicas de poder. En su obra “Vigilar y castigar” publicada en 1975, el autor buscó demostrar de qué manera los circuitos y las lógicas del poder procuran no sólo ejercer violencia a partir de acciones punitivas, sino controlar la conducta para conformar individuos útiles y productivos, de modo que el poder es a fin de cuentas, siguiendo a Foucault, aquella fuerza capaz de modelar las acciones de los individuos, es la capacidad de imponer a los sujetos un modo de conducir su accionar. El énfasis se pone en el aspecto no esencialmente represivo del poder, el poder como incitación, que se ejerce más que se posee, y aparece bajo la forma de capacidad de guiar a recorrer un determinado sendero conductual sin necesidad de ejercer violencia. Este es siempre ejercido en una relación y pasa por todas los sujetos (es decir, tanto por los dominados como por los dominantes), por lo tanto está sujeto a mutaciones y cambios (Foucault, 1990).

Las relaciones de poder nos atraviesan a partir de la generación de saberes y verdades, que a través de un proceso de naturalización, los oculta de forma cada vez más acabada. Estos dispositivos de poder se articulan y expresan en el cuerpo, en procesos fisiológicos, gustos, emociones, racionalidad y proyectos de los sujetos, es decir, se impregna hasta en el plano más íntimo.

Aquí puede reconocerse una de las innovaciones más importantes de Foucault, su tesis que dicta que "*el poder no está por fuera del hombre*" sino que se encuentra dentro del hombre mismo, es decir, no es una fuerza exterior e irresistible que al hombre solo le resta tolerar.

Para el autor, si bien la condición para el desenvolvimiento de las relaciones de poder es la existencia de libertad (lo cual les imprime su carácter inestable), reconoce sin embargo, dentro de los por él llamados *juegos de poder*, relaciones de dominación, es decir, estados en los cuales las relaciones de poder se ven afianzadas en forma tal que la asimetría es continua en el tiempo, allí la libertad del sujeto se estrecha en sus márgenes. La relación de dominación se da en tanto que, un individuo o grupo, logren obturar un campo dentro del cual operan las relaciones de poder, fijándolo para impedir movimientos que transformen la configuración de poderes dada (Foucault, 1995).

Una de las formas en que se expresa la relación de poder y que tiene por objetivo la normalización de los cuerpos es la disciplina. La disciplina busca controlar, a partir de diferentes mecanismos, el comportamiento, las destrezas, preferencias y elecciones de los sujetos. Es a partir de ella que se puede aleccionar a los sujetos a ser "útiles". Aquí el comportamiento del individuo es vigilado y orientado a través de distintas instituciones, al tiempo que se lo dota de normas corporales rigurosas a través de las cuales actúa y obedece (ya sea por convicción o por la existencia de tecnologías de poder que ejercen una amenaza externa), de forma tal que puede garantizarse un orden.

Es entonces 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 disciplinamiento¹² 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 mentalidades, sus conciencias, que se orientan a partir de representaciones y cosmovisiones ancladas en esquemas específicos que juzgan lo *bueno*, lo verdadero, lo normal y lo sano. El poder toma así forma de condicionamiento, de disciplinador, que produce cuerpos auto-vigilados, autorregulaciones, es decir, asegura el tránsito de la disciplina a la autodisciplina (Foucault, 1990).

¹² Puede resultar de utilidad hacer un conjunto de observaciones respecto a las sociedades disciplinarias y de control. Foucault reconoce la transformación de diferentes aspectos en la sociedad de su tiempo, anticipando en forma difusa el paso de un tipo de sociedad *disciplinaria* a una de *control*: “Mientras que por una parte, se multiplican los establecimientos de disciplina, sus mecanismos tienen cierta tendencia a “desinstitucionalizarse”, a salir de las fortalezas cerradas en que funcionaban y a circular en estado “libre”; las disciplinas masivas y compactas se descomponen en procedimientos flexibles de control, que se pueden transferir y adaptar” (Foucault, 1990: 214). Sin embargo, será Deleuze quien continuando la línea foucaultiana profundizará sobre la caracterización de las sociedades de control, donde se critica la idea tradicional de institución, que es ahora pensada en un plano de apertura (siendo que su relación con el exterior se torna difusa) y como un dispositivo que además de operar con los cuerpos lo hace también con otros materiales, se flexibiliza, permitiendo una trascendencia de su accionar que puede operar a distancia. Dejamos hablar a Deleuze: “Las disciplinas descritas por Foucault son la historia de lo que poco a poco dejamos de ser, y nuestra actualidad se dibuja en disposiciones de control abierto y continuo, disposiciones muy diferentes de las recientes disciplinas cerradas” (Deleuze, 1989: 160).

En este sentido, en línea con la perspectiva foucaultiana, me interesa resaltar la figura del profesional médico apreciando las prácticas y representaciones que desarrollan los sujetos orientadas a la atención y tratamiento de la hipertensión al interior de este juego de relaciones de saber-poder-verdad.

Desde Foucault, también podemos tomar herramientas para ver claramente, desnaturalizando e historizando estos juegos de relaciones de poder, cómo es que los distintos factores que afectan a la salud, así como también la delimitación de incumbencias profesionales, los significados sociales atribuidos a la salud, los diferentes padecimientos, y las diferentes propuestas terapéuticas, son fenómenos que tienen lugar dentro de procesos históricos ampliados, en tanto son posibles en un contexto espacio temporal determinado.

En este sentido, volviendo también a Menéndez (1988), cabe subrayar que la la medicina científica occidental ha logrado, a partir del siglo XIX, ostentar una posición privilegiada en la construcción de los imaginarios sociales sobre la salud y la enfermedad¹³. Actualmente, tanto es así que el personal médico se constituye como la figura que opera como intermediaria entre la ciencia y la experiencia privada, esto efectuado a partir de una interpretación de los problemas personales en el lenguaje codificado de los conocimientos médicos.

Los profesionales que poseen dicho saber son aceptados, es decir, legitimados socialmente, para dictar determinados estilos de vida, para normalizar la vida personal y familiar, y condicionar quehaceres de la vida cotidiana (tales como levantarse o acostarse a determinada hora, medicarse o no, practicar unos u otros ejercicios, comer o

¹³ En este sentido, puede traerse el clásico trabajo de Eliot Freidson (1978). En *La profesión médica*, el autor da cuenta de cómo es que en las sociedades occidentales la medicina logra alcanzar un estatus privilegiado, tornándose un sistema dominante de saberes y prácticas desplegadas en el marco de una compleja división del trabajo orientada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

no comer ciertos alimentos, etc.). Los médicos, podemos afirmar, ejercen una autoridad (directa o indirecta), un poder sobre los *legos* y sobre las relaciones que lo rodean (familia, amigos, etc.) en materia de salud. Tanto es así que quienes poseen un padecimiento se apoyan y confían en el juicio del médico, y son propensos a creer y en cierta medida, obedecer.

Por último, resulta interesante destacar como antecedente de la puesta en relieve diferentes aspectos mencionados al interior de la matriz foucaultiana, un conjunto de trabajos abocados a problematizar un concepto referido por los entrevistados: el “estilo de vida saludable” en los sujetos, poniendo en juego una perspectiva que toma al cuerpo como objeto de estudio, cuerpo imbuido de relaciones de saber y poder que lo moldean construyen (Pedraz, 1997; 2007; 2010). La perspectiva utilizada retoma la dimensión cultural y rechaza aceptar una supuesta neutralidad ideológica que naturaliza un determinado estilo de vida aceptado como legítimo, sino que lo considera producto de relaciones de poder que se inscriben en el cuerpo del sujeto orientándolo a llevar a cabo un determinado conjunto de prácticas orientadas alcanzar un estilo de vida determinado¹⁴.

¹⁴ Sin embargo, aunque pertinente su uso en los trabajos mencionados, considero que en tanto que el uso del concepto estilo de vida se abstrae del componente socioeconómico, es decir las condiciones de vida en que viven los sujetos, en concordancia con Menéndez (1992) considero más apropiado el uso del concepto modo de vida para tomar en cuenta tal dimensión. Si entendemos al estilo de vida como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, tampoco podemos olvidar que estos diferentes estilos o formas de vida – sean considerados saludables o no saludables- poseen un *marco de posibilidad* aportado por la condición socioeconómica del sujeto. Por consiguiente considero apropiado el uso del concepto modo de vida, debido a que no hace abstracción de la base material desde la cual los sujetos estructuran un determinado habitus (Bourdieu, 1991) de prácticas cotidianas y estrategias de autoatención.

EL TRINOMIO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN Y EL DEBATE ENFERMEDAD/PADECIMIENTO.

La realidad es un plano socialmente construido, simbólico, interpretado por el sujeto (Berger y Luckman, 1994). Es así que, el individuo y "lo social" interiorizado en sus formas de ser, hacer y pensar (o en otras palabras, la sociedad en la que este individuo está inmerso), otorgan los rótulos de salud o enfermedad a determinada condición. De esta forma, pretendemos introducir sintéticamente un debate conceptual abarcado por la sociología de la salud que se ubica en el trasfondo de la temática abordada, y que creemos, adquiere especial interés en tanto pueden señalarse particularidades en torno un padecimiento crónico como es la Hipertensión Arterial.

La idea de salud no es estática ni definida de una vez y para siempre, sino más bien es un criterio cultural e histórico propio de una sociedad determinada. Decimos aquí, a respaldo de la tradición sociológica, que el proceso salud-enfermedad es de carácter histórico porque esta socialmente determinado, pero más aun, sostenemos que el mismo proceso biológico humano es de carácter social, dado que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico¹⁵.

En este sentido, podemos decir que si bien los procesos de salud-enfermedad operan en todas las poblaciones, las diferentes sociedades presentan modos característicos y diferenciados de estar sano, enfermar y morir. Estas diferencias, cabe aclarar, además de presentarse entre diferentes sociedades, se manifiestan también en una misma sociedad a lo largo de diferentes distintos momentos históricos de desarrollo, y también al interior mismo de cada sociedad, es decir, entre los diferentes grupos sociales que la componen (Laurell, 1982).

¹⁵ En tanto históricos, estos procesos están sujetos a modificaciones, disputas y cambios que responden a las relaciones de poder al interior del campo social.

Es por ello que existen perfiles epidemiológicos diferenciados entre distintos grupos de poblaciones con particularidades en cuanto a los tipos, la frecuencia y la distribución de los padecimientos. Esto conlleva a reconocer, por un lado, que no pueden establecerse condiciones biológicas que en sí mismas definan a un sujeto como *sano* o *enfermo*, siendo que sobre dicha clasificación es de carácter social, pero sobre todo que son las mismas condiciones de vida las que determinan el tipo de padecimientos y las formas de morir (Conrad, 1982).

Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad no pueden ser tomadas como dos entidades separadas, sino que deben ser comprendidas como una relación dialéctica que se da entre dos caras de un mismo fenómeno. Ahora bien, no podemos dejar de lado en esta relación a las prácticas y conductas que los sujetos toman frente a la instancia de enfermedad, por ello, dado que estas son parte integral en la interacción que supone el concepto salud-enfermedad se propone, tal como sugiere Menéndez (1992), hablar del proceso salud-enfermedad-atención.

Las modalidades y respuestas sociales a los padecimientos se constituyen también como factores que se dan en todas las sociedades. Estos procesos de atención engloban las prácticas y representaciones de las que devienen maneras, en forma de respuestas socialmente organizadas de hacer frente, dar soluciones, o convivir con los padecimientos; y debe pensarse, por lo tanto, como instancia inescindible del proceso salud-enfermedad.

Estos modelos de atención, como se verá mejor con el concepto de autoatención, son diversos y varían de acuerdo a sus grados de institucionalización, englobando tanto a aquellos propios de la biomedicina (dominante en nuestra sociedad), como a todas las actividades que buscan manejar, aliviar, curar, tratar o anticiparse a ciertos padecimientos.

Tomando como punto de partida la problematización del proceso de salud-enfermedad-atención, la mirada antropológica se ha propuesto establecer una discrepancia entre los conceptos de “enfermedad” y “padecimiento” que sintetizamos aquí.

Aquella diferencia ha sido señalada en principio, de forma muy clara desde la antropología (Conrad y Schneider, 1980; Menéndez, 1990), donde se ha señalado que todo evento biológico se encuentra acompañado de una experiencia subjetiva, vivencia que transforma aquello llamado “enfermedad” en un “padecimiento”.

El concepto de “padecimiento”, entonces, aparece como una categoría que incorpora la experiencia y la percepción referida a las dolencias o estados subjetivos percibidos por el individuo mismo. El padecimiento, tal como es vivenciado por los sujetos no corresponde al plano meramente individual, sino que dichas experiencias subjetivas son más bien construcciones que responden a la dialéctica individuo-sociedad, donde el conjunto de relaciones sociales e históricas en las que dicho sujeto está inmerso contribuyen a producir y dotar de sentido diferentes vivencias y experiencias del sujeto, desde las que son desplegadas diversas estrategias de autoatención.

En definitiva, padecimiento es la construcción no biomédica, propia de los sujetos. Sin embargo, en tanto es una construcción social, interviene igualmente el “saber biomédico” no en el sentido de meramente “reproducido” por los sujetos, sino como un saber por ellos reapropiado y resignificado que contribuye a dar forma a dicha construcción.

Mientras tanto, la “enfermedad” refiere a una construcción de la práctica y discurso biomédico, un corpus de saber socialmente legitimado, es decir, considerado como la forma legítima de abordar y explicar la “enfermedad” y la “salud”¹⁶.

¹⁶ Kleinman (1988) es quien plantea en su libro “The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition” una diferencia entre varios conceptos que son utilizados como sinónimos. *Illnes* se

En este sentido, la atribución de la condición de enfermedad debe ser considerada una interpretación, construida socialmente, sobre eventos que tienen alguna posibilidad de ser relacionados –como es el caso de la disciplina médica- con procesos de índole biológica, química y/o física. Allí los síntomas del sujeto con diferentes padecimientos son interpretados por el personal médico, y tratados como signo de causas biológicas que se manifiestan en patologías. Además, los mismos sujetos interpretan ciertos los padecimientos y malestares como algo que debe ser tratado por el médico, de modo que, mediados por un juego imbricado en un conjunto de interacciones sociales, en muchos casos acuden a él.

Dicho saber biomédico concibe a la enfermedad como un hecho objetivo, científico y biológico del cual se desprenden pautas procedimentales encadenadas entre sí: un diagnóstico, un tratamiento y luego una cura (Del Mónaco, 2011).

Para conocer la enfermedad, el personal médico requiere el despliegue de un proceso de investigación previa, en función de los síntomas relatados por los pacientes, los daños o lesiones visibles en el cuerpo, la realización de estudios y análisis de laboratorio, entre otros; labor que indaga en los síntomas que estos consideran propios del malestar abstrayéndose del enfermo y de los elementos periféricos a la dolencia (Foucault 2008). Es a partir de dicha información recabada, que los profesionales

refiere a la experiencia humana de síntomas de sufrimiento, es decir, cómo la persona, los miembros de su familia, o la sociedad perciben viven y reaccionan frente a la dolencia; *illness* tiene significado como síntoma. Es cómo nos sentimos y cómo interpretamos estos sentimientos y procesos, cuestión fuertemente travesada por lo social, en tanto que aquellos tienen un significado cultural. *Disease* es aquello que el médico ve a través de su práctica. *Sickness* es el desorden en su sentido genérico, expresado a través de la población en relación a las fuerzas macrosociales.

establecen un diagnóstico para prescribir un tratamiento que intervenga en las causas del malestar, para que el paciente se cure.

Desde la biomedicina, el médico opera despersonalizando la enfermedad, no la ve en el marco de un ser real, situada espacio-temporalmente, sino como una falla del sistema producida por una función o un órgano. La enfermedad es planteada como un agente que se ha introducido a partir de una serie de causalidades de índole mecánica. En el consultorio, lugar donde comúnmente se realiza el acto de interacción médico-paciente, el encuentro principal es con la enfermedad, la enfermedad ocupa para el personal médico y desplaza al ser humano. Allí la historia clínica desplaza a la historia del sujeto. Ahora bien, la perspectiva biomédica como ya dijimos, no es solo propia del médico sino también en algunos aspectos, apropiada y resignificada por el paciente. Esta visión de la enfermedad, es en gran medida compartida, y redundante en que quien posee un padecimiento se abandone a manos del médico y espere de él un tratamiento efectivo y la contraparte, en tanto acude a recibir un diagnóstico es alentado a actuar como “paciente”, que tome los remedios, que haga ejercicio, que coma sano, que espere los efectos.

Aunque la biomedicina reduce la experiencia del padecimiento/malestar a mecanismos biológicos medidos de manera objetiva, los padecimientos crónicos alteran la secuencia procedimental que los profesionales suelen unificar regularmente.

Del Mónaco (2011) al analizar el caso de la migraña señala que la secuencia dolor-diagnóstico-tratamiento-cura, en cierta forma queda en entredicho. Si bien, socialmente es común padecer por determinados momentos un dolor, esta familiaridad se quiebra con la cronicidad, dado que ya no se trata de una situación temporaria, sino que ese dolor se convierte en una condición, una experiencia intersubjetiva que altera la cotidianeidad a largo plazo y que modifica las relaciones vinculares (Del Mónaco,

2011). Podría pensarse en forma análoga para el caso de la hipertensión, esta se trata de un padecimiento que se convierte en una condición, una experiencia intersubjetiva que altera la cotidianeidad a largo plazo y que modifica las relaciones vinculares.

La hipertensión arterial es un ejemplo singular que logra captar y poner el foco en una dimensión particular de la relación padecimiento - enfermedad. Si bien la hipertensión arterial presenta la particularidad de ser un padecimiento en muchos casos asintomático, esta puede igualmente representar para los sujetos una fuente de preocupaciones en tanto se considera socialmente como una condición problemática. Se considera que el sujeto a quien le ha sido adjudicada dicha *enfermedad* debe llevar a cabo prácticas de manejo de aquella condición, lo que genera un padecimiento subjetivo sui generis relacionado con este fenómeno. Resultando así en una problemática para el sujeto devenida de esa percepción tanto de sí mismo como hacia sí, y llevándolo en muchos casos a desplegar estrategias de abordaje respecto a dicha condición.

Si bien no se puede negar que en el dolor físico existe algún tipo de sufrimiento, sin embargo este no lo agota dado que el sufrir es un fenómeno mucho más complejo. Siguiendo a Marín (2009), para dar cuenta de la complejidad del sufrimiento puede retomarse una apreciación de Thomas Hobbes: "el hambre futura ya convierte al hombre en un hambriento", de esta forma puede ser de utilidad para una primera aproximación, dado que, se podría decir, que el temor ante lo que pudiera ocurrir ya de por sí, constituye este sentimiento en un verdadero sufrimiento. El miedo a cuestiones relacionadas con problemas con el cuerpo o la misma muerte por ejemplo, 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 de lo expresado anteriormente. (Marín, 2009)

AUTOATENCIÓN

La autoatención es un concepto que puede pensarse en un nivel amplio, referido a todas las prácticas orientadas a asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos (microgrupos y especialmente del grupo doméstico), y uno restringido que refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2009). Aquí nos concentraremos en la acepción restringida del concepto *autoatención*, entendiendo que los sujetos en su cotidianeidad desarrollan diversas prácticas de cuidado de su salud y manejo de la enfermedad, estas se constituyen como un acervo complejo que comprende acciones que involucran al propio individuo y a diferentes grupos sociales.

Resulta interesante destacar cómo, desde el sentido común, emerge una suerte de clasificación de este conjunto de prácticas, en tanto suele atribuirse el término “cuidado” a las distintas actividades que llevan a cabo los sujetos en el ámbito personal –alimentación, limpieza, recreación, física, entre otras-, mientras que el término “atención” de la enfermedad refiere al hacer del personal de salud en sus distintas especialidades,¹⁷ en tanto aplican un conjunto de saberes técnicos para el tratamiento de un padecer (Weingast, 2014).

Ahora bien, en tanto se indaga en el ámbito doméstico, puede reconocerse que el sujeto pone en juego prácticas y saberes propios del cuidado y la atención, de modo que ante dicha coexistencia las fronteras entre ambas se tornan porosas¹⁸. Este aspecto es comprendido por el concepto de *autoatención* de Menéndez, que da cuenta de “las

¹⁷ En muchos casos cuidado y atención son adjudicados al mismo tiempo al personal auxiliar médico.

¹⁸ En el caso del cuidado ante situaciones de enfermedad a estas actividades habituales, repetitivas y rutinarias se suman otras que requieren aprendizajes técnicos para el manejo de la enfermedad y una particular dedicación que involucra tiempos y reorganizaciones intrafamiliares conduciendo a que los límites entre el cuidar y atender se desdibujen.

representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2009 : 16), de esta forma, siguiendo a Weingast (2014), se pretende evitar caer en la dicotomía cuidado – atención como eventos que involucran diferentes personas (paciente – médico) y ámbitos (hogar – hospital).

La convivencia de diferentes prácticas de *cuidado* y *atención*, englobadas aquí por el concepto autoatención encuentra ilustrado en aquellos sujetos que padecen una enfermedad de tipo crónico. Dichos individuos despliegan un conjunto de acciones y saberes específicos orientados a entre otras cosas, a gestionar un determinado padecimiento con el que conviven.

En el presente trabajo, a consideración de lo planteado, se sostiene que el paciente hipertenso, así como desarrolla diversas prácticas de “cuidado”, también forma parte de los recursos de “atención”, operando en muchos casos como agente de diagnóstico, curación y prevención. Asimismo este desarrolla 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.

Cabe destacar, volviendo a una cuestión ya señalada anteriormente, la influencia del modelo médico hegemónico sobre las dimensiones que involucran las prácticas 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).

En suma, todas las actividades que los sujetos y los grupos realizan englobadas en el proceso de autoatención dan cuenta de la existencia de saberes acerca de los procesos de salud-enfermedad-atención que sustentan aquellas prácticas, más allá de que sean considerados correctos o incorrectos desde el punto de vista biomédico. Es por ello que resulta necesario rescatar el concepto de autoatención para el abordaje de las prácticas y representaciones desde la perspectiva de los sujetos.

El concepto de autoatención permite entonces, tomar un amplio marco de referencia que logra recuperar desde la perspectiva del sujeto, sus prácticas, interpretaciones, reflexiones, los medios y técnicas que pone en juego en torno a la hipertensión, y que son mucho más amplias que aquellas comprendidas y alentadas por el modelo médico hegemónico.

El fenómeno de impulso a las acciones autónomas de los pacientes, potenciado por el boom de las enfermedades crónicas, donde desde la propia biomedicina los sujetos son alentados a realizar determinadas prácticas orientadas al manejo de enfermedades, aparece como expresión de la relación dinámica entre la biomedicina y el proceso de autoatención. Aquí, opera la pretensión desde la biomedicina de la realización de acciones cotidianas por parte de los sujetos en torno a su propia enfermedad.

ADHERENCIA

Dentro del conjunto de prácticas que engloba el concepto de autoatención, puede reconocerse una dimensión particular que comprende aquellas actividades que el sujeto realiza para el cuidado de sí que concuerdan con el mandato biomédico, es decir,

aquellas prácticas que arreglan con el mismo. Esta dimensión que engloba las prácticas de colaboración voluntaria del paciente a las procripciones médicas es denominada “adherencia”, concepto cuyo uso ha alcanzado mayor legitimación en el campo médico. Dicho termino se ha propuesto como una re-conceptualización del termino *compliance/no-compliance* que refiere, en su acepción consensuada, a “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (Haynes, 1979). Sin embargo, el uso de dicho concepto, en la práctica, remite, en forma casi privativa, a la aplicación de medicamentos por parte del paciente de la forma en que ha sido determinada por el cuerpo médico (Basterra, 1999).

El término “cumplimiento” ha sido fuertemente cuestionado desde otras posiciones alternativas, que señalan la restricción de su alcance en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar, en tanto son empleadas para aludir a una supuesta obediencia del paciente para seguir las instrucciones y consejos médicos, es decir, el paciente asume aquí un rol meramente pasivo y subordinado (Ferrer, 1995).

Teniendo a consideración tales cuestiones, se ha expandido, en detrimento del concepto de *cumplimiento*, el concepto de *adherencia*, que busca expresar una relación de tipo más interactivo entre el médico y el paciente. De ese modo, este término otorga a la persona un papel más activo, en cuanto que supone que el paciente se adhiere a un plan con el que concuerda, y que este ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas a poner en práctica (Basterra, 1999).

El término *adherencia* se define entonces—en su sentido comúnmente aceptado—, como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado”

(DiMatteo y DiNicola, 1982)¹⁹. De esta forma, en tanto que supone un sujeto no circunscripto meramente a un rol puramente pasivo en la relación médico-paciente, el concepto de *adherencia* se torna más aceptado que *cumplimiento*, y es legitimado por la comunidad académica, que lo torna hegemónico. Sin embargo, los términos “cumplimiento” o “incumplimiento” siguen siendo los más utilizados en la práctica médico-farmacéutica (Basterra, 1999). Además, hay que advertir que es también muy frecuente el uso de “cumplimiento” y “adherencia” indistintamente y empleados como sinónimos (Ferrer, 1995), lo que da cuenta asimismo que el concepto de “adherencia” continua relegando al paciente a un rol mayormente pasivo al que se agrega el elemento de “aceptar” el tratamiento para “cumplirlo”.

En fin, en común acuerdo, la adherencia terapéutica hace referencia a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen, a saber: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (Zaldívar, 2003)

A partir de las prácticas de “adherencia” dentro de las estrategias de autocuidado de los sujetos pueden entrecruzarse las relaciones de saber-poder y el trasfondo del fenómeno de la medicalización de la vida cotidiana.

La llamada “adherencia” del paciente a las prescripciones médicas se encuentra atravesada por relaciones de saber – poder, relación en la cual se puede percibir una clara asimetría, es el médico quien posee un saber fuertemente legitimado, el saber biomédico. Desde una posición de posesión del conocimiento legítimo, el médico se

¹⁹ En 2004 la Organización Mundial de la Salud definió el término "Adherencia Terapéutica" como "el grado en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria".

encuentra capacitado a ojos de la sociedad (posee un título, símbolo del saber que detenta), para diagnosticar y tratar, es decir, marcar pautas de conducta a quien se encuentra en la posición de paciente, aquél que no posee la capacitación y conocimientos que se requieren para gestionar la enfermedad, y que por ende, cuyo rol esperable se circunscribe a acatar aquello que dicta su contraparte en esta relación: el médico.

La adherencia es una preocupación biomédica (y en tanto este saber es socialmente legítimo, una preocupación pública-estatal por la salud general de los ciudadanos), se busca que dicho saber sea acatado por el paciente, que lo incorpore y desarrolle un conjunto de prácticas que le han sido indicadas. Esta preocupación, alentada por las características propias de las enfermedades de tipo crónico, en este caso hipertensión, donde el paciente convive con ella el resto de su vida y el tratamiento no puede ser supervisado por el personal médico, requiere un nivel de alto compromiso, así como también en muchos casos saberes anclados en la biomedicina para proceder.

Ahora bien, existen múltiples investigaciones académicas médicas o socio-médicas que plantean, teniendo en cuenta dicho concepto, un cuadro de adherencia o no a las indicaciones, esquema que se torna lineal al ser contrastado con la empiria. Los sujetos realizan cambios y ajustes a las prescripciones médicas en función de sus condiciones de vida y de acuerdo a las influencias, demandas e indicaciones de su red de pertenencia familiar y social; estos sujetos deciden suspender provisoriamente, dejar de seguir definitivamente o combinar distintas terapias. Diferentes prácticas y motivaciones complejizan aquel modelo dual planteado con ojos clínicos.

APARTADO METODOLÓGICO

Las investigaciones orientadas al campo de los servicios de salud, ya avanzado el fin de siglo XX, han dejado entrever un cambio de paradigmas significativo. Transformación que responde a la perspectiva con la que se comienza a visualizar a los sujetos que intervienen desde el interior del sistema de salud. Estos últimos, cesan de ser considerados entes pasivos, meros proveedores de los servicios sanitarios, y devienen en sujetos cuya visión debe ser recuperada, en otras palabras, hay un cambio que se gesta sobre la importancia del sujeto, quien atiende una enfermedad es considerado portador de conocimientos, experiencias, prácticas, intenciones, valores y representaciones que deben ser rescatados para su mayor comprensión. Buscamos aquí tenerlos en cuenta, recuperando la perspectiva del personal médico sobre la problemática planteada.

Las metodologías de investigación, siguiendo a Ruth Sautu (2003), tienen que estar en concordancia con los objetivos. En el presente trabajo, se busca *comprender* el sentido que los sujetos sociales le dan a sus prácticas, es decir, se busca indagar en las prácticas y representaciones del personal médico en torno a los sujetos con hipertensión arterial esencial y a los tratamientos de dicho padecimiento; problemática que aquí se ha circunscripto a casos de médicos cuyo ejercicio se desarrolla al interior del partido de La Plata, relevándose la información durante el año 2016. Teniendo en cuenta la naturaleza de dicho objetivo, considero por tanto, que la opción de abordar la temática desde una perspectiva cualitativa es la más acertada.

Me ubico aquí, entonces, bajo el paradigma de la comprensión, y no de la explicación (cadena de causalidades). Lo que se intenta es comprender el acervo de cosmovisiones que poseen los actores, rescatando su capacidad de argumentación y los discursos en los que entablan explicaciones acerca de sus representaciones en su propios términos.

El paradigma de abordaje no estándar bajo el que se realiza la presente investigación, no busca establecer leyes generales explicativas validas en todo contexto, sino más bien, abocarse al estudio fenómenos *micro*, anclándose en el contexto específico en el cual se producen los significados y las representaciones de los sujetos de interés, a fines de dar cuenta del fenómeno social en cuestión en su complejidad advirtiendo las particularidades en que este se manifiesta.

El diseño utilizado para la investigación es de tipo flexible, esquema utilizado comúnmente para las investigaciones no estandarizadas (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). Este admite transformaciones a lo largo del desarrollo del trabajo. Si bien hay una planificación de ciertas cuestiones previas a la salida al campo que hacen posible realizar la investigación, muchas cuestiones antes no contempladas emergen a lo largo del proceso, por lo que se efectúan modificaciones al diseño previamente mentado. Es por ello que se concibe aquí una relación de tipo dialéctico entre recolección de datos y reflexión teórica.

El análisis, en este tipo de diseño, ha acompañado a todo este proceso y obliga a repensar el acervo de teoría a partir de la cual observamos la realidad, nuestro propio proceder para abordar los problemas de investigación y criterios de selección, análisis y recolección de información. Cuestión que se ha evidenciado al respecto de los escenarios hipotéticos planteados previos al trabajo de campo, que han sido problematizados en primer lugar al momento de contacto con los entrevistados, y posteriormente en el trabajo de análisis.

Buscamos aquí hacer una “descripción densa” en el análisis de los sujetos acerca de nuestra pregunta de investigación. De esta forma, coincidimos con la definición de Kornblit, para ella describir significa “desentrañar las estructuras conceptuales complejas”, en las que se basan las prácticas y representaciones de los sujetos, que

configuran las significaciones habituales con las que transitan en sus vidas. Dado que en su mayor parte ellas no son explícitas, deben ser desentrañadas por el investigador (Kornblit, 2009).

La técnica de recolección de datos a utilizada es la entrevista, entendida “como una forma conversación entre dos personas, dirigida y registrada por el investigador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional continuo y con cierta línea argumental por parte del entrevistado, acerca de un tema de interés definido en el marco de una investigación.” (Alonso, 1998, en Marradi, Archenti y Piovani, 2007).

Las seis entrevistas realizadas (5 individuales y 1 grupal) han sido efectuadas a partir de guías semiestructuradas, con preguntas abiertas dirigidas a la obtención de respuestas y relatos ricos en contenido y de carácter espontáneo, que permite captar y develar en la complejidad de los relatos información de utilidad al recorte de investigación; para su realización han sido redactadas un conjunto de preguntas que ofician de guía para mantener una la línea de la conversación relevante en términos de los objetivos propuestos, pero a su vez, dejando libertad al entrevistado de expresarse y explayarse sobre la temática de las preguntas planteadas. Con esto se buscó dejar abierta la posibilidad de que los sujetos introduzcan nuevas cuestiones, tal vez no contempladas dentro del esquema de preguntas, que puedan resultar de interés para la investigación, así como captar la complejidad de las cuestiones a las que deben dar respuesta.

Los entrevistados han sido seleccionados a partir de un criterio de accesibilidad, realizándose entre miembros del personal médico que trabajan tratando la hipertensión arterial en dos hospitales públicos (Hospital Gral. José de San Martín y Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez) y privados (Hospital español, Hospital italiano, Instituto central de medicina) de la ciudad de La Plata.

Mediando la aceptación por parte de los entrevistados, los encuentros fueron grabados y tuvieron una duración promedio de entre treinta y cuarenta minutos. El material obtenido de aquellas ha sido desgravado siguiendo las convenciones de transcripción y luego fue editado como texto para su uso y presentación en el cuerpo del trabajo.

N° de entrevista	Sexo	Especialidad	Lugar/es de trabajo	Lugar del encuentro/ entrevista
1	Masculino	Médico clínico	Clínica privada	Hospital Español
2	Masculino	Médico clínico	Hospital público/ clínica privada	Hospital San Martin
3	Masculino	Médico clínico	Hospital público/ clínica privada	Hospital San Martin
4	Masculino	Médico clínico	Hospital público/ clínica privada	Hospital San Martin
5	Masculino	Médico cardiólogo	Hospital público/ clínica privada	Hospital Gutiérrez
6	Masculino(3) – Femenino (2)	Médicos clínicos	3) Hospital público/ clínica privada. 2) Hospital público.	Hospital Gutiérrez

DESARROLLO.

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). Estas, a diferencia de las *agudas*, persisten en el tiempo y la falta de explicaciones causales sobre su surgimiento puede convertirlos en la enfermedad misma, por lo que sus diagnósticos y tratamientos suelen complejizarse. Finalmente, a diferencia de los dolores agudos, que desaparecen o empeoran, los dolores crónicos no necesariamente producen un deterioro corporal ni matan al paciente (Jackson, 2000).

Epidemiólogos y especialistas en el área de la salud han señalado que las enfermedades de tipo crónico han crecido sustancialmente en importancia, al punto que se ha reconfigurado un escenario donde estas constituyen las principales causas de morbimortalidad (Castro, 2001: 273). Este fenómeno llamado “transición epidemiológica” refiere a un cambio en el que son desplazadas las enfermedades infecciosas-alimentarias que han sido preeminentes en siglos anteriores por aquellas. Desde la medicina el fenómeno es atribuido a una respuesta a los cambios históricos en la causalidad de la mortalidad (Yusuf, Reddy, Ôunpuu y Anand, 2001) donde opera un proceso de transformación en las condiciones de salud de la población, en términos de discapacidad, enfermedad y muerte.

El proceso de transición a que se ha aludido no debe considerarse, sin embargo, homogéneo, ya que muchos países, sociedades o segmentos poblaciones aún hoy no cuentan con las condiciones para lograr tales transformaciones, sin mencionar que de

ninguna manera debe considerarse esto como parte de un proceso cuyo desarrollo se supone lineal y progresivo.

En esta línea se encuadra un creciente interés por la Hipertensión Arterial, que engloba a la Hipertensión Arterial Esencial (HAE), también llamada primaria e idiopática, estimada el tipo de hipertensión arterial más frecuente, así como hipertensión arterial secundaria, aquella surgida a consecuencia de la toma de determinados medicamentos u otras patologías, es decir, los tipos de hipertensión arterial a las que se adjudica un desencadenante externo que le da origen²⁰. Esta última representa una pequeña minoría, estimada entre 5% – 15% respecto a la totalidad de casos de HTA, mientras que la HAE, representa entre el 85 y el 95% de la población afectada²¹. Se alega, en este sentido, que la prevalencia de la hipertensión arterial ha aumentado debido a la mayor expectativa de vida y a la mayor prevalencia de obesidad en la población, y que la misma es más frecuente en hombres que mujeres (hasta el periodo menopáusico).²²

En fin, estos cambios generados por la creciente importancia de las enfermedades de tipo crónico repercuten fuertemente en el campo de la salud. En este contexto,

²⁰ Los casos de hipertensión secundaria se dividen entre los de causa endocrinológica, parenquimatosa renal, renovascular, vascular, aquellos de causa neurogénica, la hipertensión asociada a enfermedades del sistema nervioso central, entre las más relevantes.

²¹ La información ha sido extraída del “Manual Merck de Información Médica para el Hogar”. En: <http://www.msmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-del-corazón-y-los-vasos-sanguíneos/hipertensión-arterial/hipertensión-arterial>. Archivo virtual del año 2016. Merck Sharp & Dohme Corp.

²² En Argentina, podemos rescatar un estudio reciente sobre el asunto, realizado en diferentes ciudades del país, donde se ha observado que un tercio de la población evaluada (4.006 individuos encuestados) es hipertensa y que la HTA fue más frecuente en hombres que en mujeres (41,7% vs. 25,7%; $p < 0,001$). Asimismo la prevalencia aumentó con la edad del 11,1% en < 35 años al 68,5% en ≥ 65 años. (Marin Et.Al, 2012).

adquieren relevancia los estudios sobre cronicidad, en tanto pueden identificarse un conjunto de concepciones y prácticas que se ven trastocadas ante la irrupción y expansión de este tipo de padecimientos, y que emergen como formas diferenciadas y – en cierto sentido- novedosas de disposición hacia aquellas, en tanto se transforman prácticas, imaginarios y creencias sociales que atañen a la relación entre cuerpo y salud. En primer lugar, las características particulares de las llamadas *enfermedades crónicas* llevan a correr el objetivo del tratamiento, el fin que se busca alcanzar no es ya la cura de la enfermedad, sino el mantenimiento, es decir, el control de los síntomas y la disminución de su frecuencia (Del Mónaco, 2012). Es decir, se ha corrido el eje de interés en el campo de la salud, y con ello me refiero a que la problemática fundamental aquí ya no se concentra tanto en el “morir por” sino en el “vivir con”.

Aquí el esquema lineal donde se suceden las instancias de síntoma-diagnóstico-tratamiento-curación o muerte, es reemplazado por un esquema más complejo donde el objetivo curación es sustituido por la gestión de la cronicidad, del cómo vivir con la enfermedad. De esta forma los límites se tornan difusos, la enfermedad invade la vida cotidiana del enfermo y de su entorno por un período prolongado haciéndose parte permanente de su vida cotidiana a largo plazo.

Esto significa que quien padece una enfermedad catalogada de tipo crónico convive también con ella, situación que acarrea un cambio significativo en la relación médico – paciente, en tanto es modificada la forma –pero no el contenido- de los roles diferenciados socialmente atribuidos a ambos grupos.

Ante la imposibilidad del médico de ejercer un control sostenido sobre el paciente a lo largo de su vida cotidiana, es este último quien es interpelado a adquirir un papel activo y comprometido sobre el cuidado de sí. Dentro de esta relación se efectúa una

transferencia de responsabilidades en cuanto al tratamiento de la enfermedad, desde el médico hacia el sujeto que la padece.

Dicho proceso se efectúa en un marco de extensión del campo de acción tradicional de la biomedicina a la vida cotidiana, proceso que Foucault denomina medicalización (Foucault, 1977), y que implica la imputación de la tarea de ejercer un control sobre sí, de velar por su salud en el desarrollo de las actividades diarias. Sin embargo, los sujetos, por distintas razones, se comprometen con su padecimiento de maneras diferentes.

El campo de la vida cotidiana es un aspecto donde el dominio y seguimiento médico sobre el sujeto se encuentra matizado o es poco accesible para el *ojo clínico*. Es en este “punto de fuga” donde comienza a fecundar, acompañado por el creciente peso de las enfermedades crónicas, la necesidad de ejercer desde campo de la biomedicina un control sobre el paciente en su esfera personal. Esta preocupación, en crecimiento, se expresa a partir del concepto de “adherencia”. Dicha categoría intenta captar el comportamiento del sujeto que padece la enfermedad, evaluándola en función del cumplimiento o incumplimiento hacia las prescripciones medicas.

En padecimientos crónicos se observa como la “adherencia” se transforma en un modo de vida en el cual se modifican las pautas de alimentación, ejercicios, horarios y actividades. (Del Mónaco, 2012). A este respecto, se suele construir un modelo de *deber ser* sobre las formas de enfrentar y proceder en la vida cotidiana que demanda un importante nivel de compromiso y de responsabilidad individual de los pacientes frente a la enfermedad.

El personal médico, enfrentado a la realidad interpela a dicho ideal que se encuentra atravesado por diferentes representaciones, y por supuesto, condiciones que pertenecen al orden estructural, que complejizan la cuestión tratada. Es así que entendemos que el profesional de la salud, en su práctica no solo pone en juego cuestiones de índole

técnica, es decir saberes *científicos, biomédicos*, sino además saberes de tipo “práctico” que devienen de un aprendizaje cotidiano en el que desarrollan su práctica, 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.

En este marco, proponemos una presentación de la información que contempla diferentes dimensiones de análisis en torno a la relación médico-paciente y representaciones del personal médico que la atraviesan: Capítulo 1: Dar el primer paso. / Capítulo 2: Instancias de diagnóstico de la HTA. El control y el papel del paciente. / Capítulo 3: La trastienda de la consulta médico-paciente. / Capítulo 4: Relación médico-paciente. ¿Como un auto de carreras?

CAPÍTULO 1.

DAR EL PRIMER PASO

La figura del paciente con hipertensión arterial (HTA) aparece cargada de sentidos en su interacción con el sistema de salud y su relación con el personal médico. Desde el inicio, la realización o no de la consulta médica depende de la iniciativa del paciente, es decir, la llegada o no del sujeto con HTA al consultorio médico se encuentra condicionada por la voluntad del sujeto para acudir a dicho ámbito. El arribo a la institución hospitalaria (tanto pública como privada) resulta sumamente significativo, en tanto que el sujeto se convierte en paciente al momento del ingreso, estableciendo un contacto con el médico.

De esta forma, aquellos que sí se presentan al ámbito de la consulta aparecen como sujetos activos que proceden tomando la iniciativa de acudir al médico como una práctica de autoatención, respecto a su salud en general o ante un padecimiento específico – como es el caso de la HTA- .

“La consulta es por eso: o porque se tomó y tenía la presión alta o porque se sentía mal y fue a la guardia. O también vino, se sentía mal y justo uno lo puede atender y viene al consultorio. Porque se sentía mal o porque se controló la presión y le dio alta, son las dos formas que el paciente consulta por HTA, o bien viene a hacerse un chequeo y el médico se lo descubre en el consultorio, esa es una tercera opción, que no siente nada y en el consultorio tiene la presión alta.” (Entrevista 2, médico clínico)

Ante la pregunta por el desarrollo de la consulta con el paciente con HTA ha resultado notoria la referencia de los médicos entrevistados a las razones por las cuales el sujeto acude al hospital o clínica privada y realiza la consulta. La común referencia a este aspecto resulta clave en tanto permite dar cuenta de este impulso inicial que realiza el

paciente que da cuenta de un fenómeno propio de la modernidad, esto es, el proceso de autoatención de los sujetos se desarrolla en gran medida a través de la relación con la biomedicina (Menéndez, 2009).

Entre los entrevistados, las tres formas por las que el paciente llega pueden pasarse en limpio como motivadas por 1) dolores, 2) consulta específica por HTA, 3) consulta sobre su estado de salud en general. A la que podría agregarse una 4) cambio de médico.

La mayoría de la gente o... se detecta ahí y lleva varias consultas, o viene derivado, o alguien le tomó la presión y le dio un registro elevado. (Entrevista 3, médico clínico)

Como fuere, la responsabilidad en esta primera instancia de arribo a la consulta es delegada a la figura del paciente, y es solo una vez allí, que el personal médico interactúa con él. Aquellos que llegan, en tanto buscan atención médica, dan cuenta de una legitimación del saber biomédico, o mejor dicho el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la llamada medicina científica, englobados en el modelo médico hegemónico, que la figura del médico encarna.

La llegada del paciente resulta una instancia relevante, es un fenómeno que *habla del sujeto*, en tanto que expone ciertas cuestiones en torno a sí. El personal médico, a partir de su experiencia, da cuenta de una diferencia sustantiva entre los pacientes con hipertensión arterial en este punto.

M1- en la guardia del hospital llegan con síntomas, llegan muy avanzados...

M2- nosotros acá, yo en particular los que atiendo... los pacientes que llegan, llegan con daño en órgano blanco llegan, eh, con atrofia del ventrículo izquierdo... ¡daño de órgano blanco! Pasa que no se detecta acá en el hospital, digamos, la hipertensión en estadios iniciales o hasta intermedios, osea, los pacientes llegan ya con daños de órgano blanco acá al hospital. El mayor volumen de pacientes que vemos siempre tienen complicaciones además de la hipertensión, vienen por ejemplo con crisis hipertensivas. Acá la hipertensión no está controlada, la mayoría de los pacientes, más del 90% de los pacientes te podría decir, la hipertensión no está controlada o se desconoce que son hipertensos. O se hace el diagnóstico

acá por algún evento que tuvieron, un evento agudo, o venían ya sabiendo que eran hipertensos sin tomar la medicación, con incumplimiento de la dieta y tienen las complicaciones que pueden llegar a tener por una hipertensión mal controlada. (Entrevista 6, médicos clínicos).

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)

En el privado generalmente el paciente llega antes, hace una consulta con el clínico y después lo mandan a cardiología como para que inicie el tratamiento farmacológico. En el público generalmente vienen más tardíamente, cuando vienen ya están pasados, tienen antecedentes de haber sido asistidos anteriormente por otros médicos generalistas, clínicos, han pasado por muchos médicos, y llegan más tardíamente. (Entrevista 5, médico cardiólogo)

Este tipo de declaraciones²³ hacen explícita una clara diferenciación entre dos grupos de pacientes. Aquellos que asisten al subsector público y aquellos que asisten al subsector privado.

Desde el punto de vista médico, los pacientes del sector público son quienes llegan en las etapas más avanzadas de la enfermedad, 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.

²³ Esta diferenciación, cabe la aclaración, ha sido realizada por aquellos médicos que atienden consultorio en hospital público y en privado.

Los del privado están muy pendientes, pero los del público, los del público se hacen toda una travesía para llegar, realmente. El que viene acá es porque tiene interés en que las cosas funcionen bien, sobre todo con la hipertensión que es una cosa que es asintomática, no suelen venir por eso con todo lo demás. No... los del privado que yo atiendo... yo creo que si tuvieran que hacer todo esto para controlar su presión la mitad no viene, no estaría en tratamiento, pero seguro. Como también hay mucha gente, lamentablemente, que necesitaría tratamiento de presión, y que por la dificultad en los accesos y que por no dejar de laburar, tienen que laburar todo el día, venir de un lugar, tomarse el colectivo, perder una jornada porque son jornaleros, dejan de hacer eso, y la verdad que es una deuda social, digamos. (Entrevista 3, médico clínico)

Por ahí tienen problemas más graves de salud que la Hipertensión, y lo dejan en segundo plano... Aparte son padre de familia entonces, están primero otras cosas que la salud de ellos. (Entrevista 4, médico clínico)

Puede entreverse aquí en la caracterización del paciente que concurre al hospital público como figura meritoria, y que es concebida virtuosa por el hecho de concurrir al hospital preocupándose por la hipertensión. Atravesar diferentes obstáculos asociados a las condiciones de trabajo, lugares de residencia, escasez de recursos y problemáticas propias del sistema de salud público, entre otros, para llegar al ámbito de la consulta, ubica a estos sujetos en una situación de apreciación en sí misma, lo que no ocurre con los pacientes del sector privado, cuya aparición en la consulta aparece asociada con una mera inquietud por su salud que no representa ningún esfuerzo a considerar.

La preocupación por la Hipertensión Arterial asociada a la visita al consultorio aparece en los primeros como una acción digna de elogio, loable, en tanto conlleva la superación de diferentes escollos. Mientras que en los segundos, dicha preocupación aparece como una inquietud que buscan cubrir en el espacio de la consulta, de sujetos “muy pendientes” que “se alertan con muy poquitas cosas”, en palabras de los entrevistados.

Sin embargo, resulta interesante cómo la llegada del paciente aunque apreciada, no ha sido siempre asociada por los entrevistados a un retorno. De modo que en los relatos se

evidencian situaciones en las cuales los pacientes del hospital público o no regresan luego de la consulta donde se le solicita llevar a cabo diferentes tareas, así como algunas en las que el paciente llega con “complicaciones” luego de haber concurrido en alguna oportunidad a la consulta.

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)

De allí que, el arribo del paciente a la consulta no resulta suficiente y no aparece como garantía de la consecución de un próximo encuentro en la forma estipulada. De este modo, puede pensarse que si bien los sujetos encuentran en cierto punto legítimo el saber biomédico, cuestión que puede exteriorizarse en diferentes practicas como su arribo en busca de la opinión del profesional de la salud, ocurre que ella no alcanza en muchos casos para la efectiva consecución del requerimiento medico de retorno del sujeto, o por ejemplo, como también sugieren los entrevistados la realización de estudios determinados, se verá también más adelante la ocurrencia de dicho fenómeno al respecto de los tratamientos.

CAPÍTULO 2

INSTANCIAS DE DIAGNÓSTICO DE LA HTA. EL CONTROL Y

EL PAPEL DEL PACIENTE

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico con un conjunto de particularidades que han sido reconocidas por los entrevistados diferenciales respecto a otros padecimientos. Una característica fundamental, señalada por el personal médico, consiste en el carácter, en muchos casos asintomático de la enfermedad, sumado que aquella no se manifiesta en el cuerpo ofreciendo signos *visibles* capaces de ser observados por el médico sin intermediación de diferentes dispositivos utilizados para medir la presión arterial en el sujeto.

En este sentido una de las particularidades destacadas en torno a la enfermedad ha sido la alegada “variabilidad” de la presión arterial que se intenta captar con aquellos dispositivos, lo que da a la práctica médica del diagnóstico de la hipertensión arterial un *modus operandi* diferencial respecto a otros padecimientos.

Y hay mucha variabilidad en la presión, vos podes tener si yo te tomo ahora tenés 12.8, y dentro de 2 minutos tenés 13,9, y dentro de 5 minutos tenés más... la presión es variable, entonces uno debe tomarse todo ese tiempo, y el consultorio hace subir la presión en la gente un 20%. El dispositivos de auto-monitoreo domiciliario, ayuda mucho en eso. (Entrevista 3, médico clínico)

La realización del diagnóstico de HTA es una cuestión tomada con recaudo, y que en muchos casos no puede realizarse en el ámbito de la primera consulta. El médico toma la presión del paciente para analizar si los valores que este posee corresponden con valores considerados patológicos (hipertensión), ahora bien, el sujeto puede aparecer en la consulta como un “potencial hipertenso”, pero la confirmación del diagnóstico de

hipertensión arterial es en muchos casos postergada, dado que existe el fenómeno del “guardapolvo blanco”²⁴ que puede dar lugar a un *falso diagnóstico*.

Existe la hipertensión del consultorio, la del guardapolvo blanco... entonces no le haces ahí el diagnóstico, sino que lo mandas a la casa a que se controle varias veces por día durante una semana y lo citas en una semana y ahí ves qué presión tenía en la casa. Pero si... es bastante frecuente encontrar la presión alta pero la tenés que confirmar a la semana porque si el tipo se puso nervioso en tu consultorio, no le haces el diagnóstico ahí. (Entrevista 2, médico clínico)

De esta forma para la realización del diagnóstico también resulta en muchos casos de gran importancia la figura del paciente. Es a él a quien se le delega la realización de tomas de presión ambulatorias para extraer valores despojados de aquella variable susceptible de generar tensión y que da por resultado números elevados de presión. Aquellos valores que el paciente extrae son luego utilizados por el personal médico para la verificación de las sospechas que puedan tener para efectuar el diagnóstico. En este sentido, ante la dificultad del personal médico para la obtención de valores *útiles* para ser evaluados en el marco de la consulta cara a cara con el paciente, este último es responsabilizado para su consecución. El diagnóstico “correcto”, de este modo, depende de prácticas realizadas por el sujeto-paciente que le son solicitadas, y que en última instancia, una vez obtenidos los valores de presión, la labor de logística que conlleva el análisis de aquellos datos es realizada por el personal médico.

[Frente a la detección de valores elevados de presión] al que todavía no tengo el diagnóstico le voy a explicar que tiene un valor elevado de la Presión Arterial, y que tengo que confirmar si tiene hipertensión, que es, digamos, hacerle el diagnóstico correcto de la enfermedad. (Entrevista 4, médico clínico. Los paréntesis son míos)

²⁴ El fenómeno de “guardapolvo blanco” se refiere a cuando el paciente presenta valores de presión más elevados que los normales al ser controlado por el médico, dada la situación de tensión en la que se encuentra.

DISPOSITIVOS, USOS Y SIGNIFICACIONES.

La referencia a diferentes dispositivos utilizados para medir la presión arterial es común entre los entrevistados. El auto-monitoreo que se le solicita realizar al paciente es considerado un aspecto de gran importancia, dado que en otros ámbitos, generalmente los valores obtenidos no son considerados fehacientes para un posterior análisis en el consultorio, y sumado a ello, dichos procedimientos requeridos suponen una gran periodicidad, siendo en general el control regular de tipo ambulatorio.

...yo le explico por ejemplo, como le explico a mis alumnos, cuales son las dificultades para tomarte la presión, los errores frecuentes de tomarte la presión. La farmacia está ahí para vender remedios, no para que el tipo vaya a tomarse la presión, si va a la farmacia el nivel de presión que tenga se va a expresar de una forma totalmente errónea. El farmacéutico no está muy adherido a tomarte la presión, las enfermeras en las salas de primeros auxilios muchas, tampoco, no cuentan con los aparatos, las guardias están sobrecargadas de gente. Entonces es muy importante que el tipo aprenda a controlarse él, o que lo controle quizás algún familiar directo que sea hipertenso y que conozca su aparato. Después lo hago que traiga el aparato de él, que consiguió y se compró a la consulta, entonces medimos con los dos aparatos para avalar de alguna manera las tomas que él se hizo durante los 15 días. Bueno, esas son estrategias para ver si el tipo está bien controlado, muy simples. (Entrevista 1, médico clínico)

Tenés un montón de cosas, fallas del médico y del paciente. Si vos trabajas sobre eso, tenés que trabajar por ejemplo en qué aparato usa, si lo sabe usar, si el aparato anda bien. Ya cuando dice que se toma en la sala de primeros auxilios no puede estar controlado con eso, quizás en el primer estudio va a poder ir, no va a poder ir, le toma gente distinta, el aparato por ahí está roto, gente que quizás no pueda tomar, ambientes con bochinche, con interferencia, la guardia, ahí pasa mucho, es un loquero, enfermeras que no están capacitadas... entonces bueno, hay dificultad, en la farmacia ni hablar, y el enfermo la otra es que se compra el aparato y el aparato está tomando mal, o no sabe tomarse, vos tenés que

perder tiempo y tomarle, yo le hago traer el aparato y que lo testifiquen adelante mío ¿viste?

(Entrevista 2, médico clínico)

Si bien el paciente 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. Esta labor de contrastar las prácticas del paciente con saberes y dispositivos propios del personal médico, ha sido también apuntada por algunos entrevistados en torno al seguimiento de la terapéutica.

...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)

- ¿y en la consulta de rutina vos sentís o notas que el paciente te oculta algunas cosas, que te diga que cumple con la dieta, el ejercicio, los medicamentos?... y no.

- Si, hay formas de objetivarlo ese cumplimiento, haces chequeos para ver si cumple.

(Entrevista 4, médico clínico)

La importancia que se da al monitoreo de la hipertensión arterial es considerada fundamental, y siendo que esta tarea es delegada al paciente, por lo general, el acceso y la utilización de los diferentes dispositivos tecnológicos queda a su cuenta.

Es así que la cuestión de los diferentes dispositivos utilizados para medir la presión arterial aparecen en los relatos –en forma indirecta- atravesados 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, ilustrados en los fragmentos citados más arriba, 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.

En esta línea, en uno de los relatos ha emergido la evocación a situaciones que dan cuenta de particularidades en las que los diferentes aparatos son utilizados por los pacientes, tanto en el ámbito público y privado. Respecto a aquellos pacientes que no llegan a comprar un aparato para medir la presión se busca encontrar alternativas consideradas viables –en el ejemplo se excluye la opción de la farmacia- para que el paciente realice un control de los valores de la presión.

...La farmacia tratamos de evitarla porque los aparatos son una porquería, la gente está parada, se sienta de golpe, viene caminando, le toma cualquiera, redondea, no sirve. Pero la unidad periférica, la salita, digamos, los enfermeros familiares, a veces se compran ellos un aparato y saben... de esos que son manuales, y si pueden comprarse electrónicos, electrónicos, y si es necesario le ponemos un MAPA. El MAPA ayuda mucho en esos casos.
(Entrevista 3, médico clínico)

Aquí aparecen, diferentes posibilidades que conllevan formas de realizar dichos controles. El paciente del ámbito público es instado a optar entre un abanico de opciones: acudir a la unidad periférica, salita, a algún enfermero familiar si lo tiene, o a comprar el aparato (electrónico /manual), última opción que queda desdibujada frente a la falta de recursos para efectuar dicha compra. De esta forma aparece señalado como un importante recurso el dispositivo MAPA.

Nosotros acá al tener un servicio de hipertensión tenemos lo que se llama un monitoreo ambulatorio de presión que se llama MAPA, monitoreo ambulatorio de presión, que es que el paciente se lleva un aparato que duerme con él, y que es mejor que esto, y tenemos varios aparatos que los compró el ministerio, o que vienen de otros hospitales. Y en el consultorio esto mejora mucho, y es casi mejor que tener un aparato domiciliario, lo que pasa es el tiempo, vos haces un MAPA ahora... y eso no lo haces eso frecuentemente... (Entrevista 3, médico clínico)

De esta forma, el entrevistado refiere a que el control sostenido en tiempos pautados por la maquina (15 minutos) en el lapso de un día es mejor que la toma de presión por parte del sujeto. Agregando a esto que no hubo mención del punto de vista del sujeto

sobre el asunto, al resaltar las bondades de dicho dispositivo la alusión a las problemáticas que el paciente debe vivenciar a partir del uso de dicho aparato²⁵ se encuentran veladas.

²⁵ Dado que el MAPA se dedica a tomar la presión a lapsos de corta duración, sumado al ruido ocasionado, y la presión ejercida sobre el brazo, suelen ocasionar problemas para dormir, incomodidad y gran fastidio en los pacientes.

CAPÍTULO 3

LA TRASTIENDA DE LA CONSULTA MÉDICO-PACIENTE.

Una vez realizado el diagnóstico, se da lugar a la consulta de rutina con un paciente con un diagnóstico de hipertensión arterial.

[La consulta de rutina] es como cualquier consulta médica, uno atiende al paciente, lo interroga y le hace el examen físico. Siempre la entrevista con el paciente es interrogatorio, examen físico, y ahí decide si hace estudios complementarios, que estudios complementarios le hace, y después de estos estudios que no se hacen el mismo día, uno ve si tiene que medicar o no. (Entrevista 5, médico cardiólogo)

...así que la consulta va a consistir en un interrogatorio completo, para preguntarle por algunas cuestiones y un examen físico. (Entrevista 1, médico clínico)

MI- viene un paciente que te dice que es hipertenso y bueno... nos dice que está tomando tal medicación, bueno ¿Cuánto hace que la estas tomando?, ¿tuviste algún evento agudo? ¿Tuviste alguna internación? Un interrogatorio para saber primero donde estamos parados nosotros... ¿Qué tipo de hipertensión es? Yy... después le preguntamos la medicación que le dieron, si la toma, cada cuanto, si se hace los controles, cada cuanto se hace los controles, cuando fue la última vez que fue a controlarse. Y bueno “hace 3 años me dieron el enalapril” te dice el paciente... Y bueno para tener una idea de cómo esta su hipertensión, si está controlada o no. Primero todo el interrogatorio ¿no cierto?, del paciente, y después se le toma la presión y vemos, si tiene valores elevados en ese momento lo que se suele hacer es que vuelva a la consulta, le decimos que trate de cumplir con la dieta, le hacemos todos los pedidos y le decimos que vuelva a otro control en el próximo tiempo para ver cómo está la hipertensión, para hacer un control. (Entrevista 6, médicos clínicos)

El ámbito de la consulta se presenta como un espacio donde el personal médico destaca un momento de interrogatorio, donde se busca indagar acerca de información considerada de utilidad en torno al/los padecimiento/s, y otro de examen físico, donde el

médico efectúa un control del paciente a partir de dispositivos para extraer un conjunto de variables de interés desde la perspectiva biomédica.

Para conocer la enfermedad, el personal médico requiere el despliegue de un proceso de investigación o indagación, en función de los síntomas relatados por los pacientes, los daños o lesiones visibles en el cuerpo, la realización de estudios y análisis de laboratorio, entre otros; labor que indaga en los síntomas que estos consideran propios del malestar abstrayéndose del enfermo y de los elementos periféricos a la dolencia (Foucault 2008). Es a partir de dicha información recabada, que los profesionales establecen un diagnóstico para prescribir un tratamiento que intervenga en las causas del malestar.

La consulta es catalogada por los entrevistados como no-problemática, tal como sugiere uno de ellos “fácil”, donde los pasos a seguir son pautados, es decir, se sigue un protocolo, lo cual crea un encadenamiento de prácticas de rutina que dejan afuera eventos o situaciones de incertidumbre, inesperadas o conflictivas.

De esta forma aparece una suerte de "deber ser" en relación al conjunto de actividades que corresponden a la consulta por HTA: una instancia de diálogo donde se interroga al paciente, y un examen físico, quedando excluidas cuestiones que pueden o no emerger en el marco de dicha consulta, tales como problemáticas relacionadas con dificultades de diversa índole que trae el paciente.

No, la presión, para nosotros que hacemos presión es mucho más fácil, porque es todo diagramado, digamos, y la verdad que, es una consulta dentro de las consultas fáciles, en el sentido de que uno sabe que es lo que tiene que hacer, no es un paciente que viene con un dolor que uno no le encuentra la causa y tiene que revisarlo, hablarle, interrogarlo... Esto es mucho más escalonado, y está mucho más protocolizado qué hay que hacer con los pacientes, y es mucho más... menos personalizado digamos. (Entrevista 3, médico clínico)

Sin embargo, resultó una cuestión notoria la tendencia de los entrevistados a referir al desarrollo de la consulta en el ámbito privado, teniendo en muchos casos que efectuar una pregunta explícita referida al ámbito público acerca de la temática. Esta continua referencia a un ámbito y no a otro, logra dar cuenta de que es en la clínica privada donde los entrevistados contemplan las condiciones más ideales del ejercicio de su práctica y relación con el paciente. Dado que, si bien los procedimientos a seguir respecto a la consulta relacionada con la hipertensión arterial aparecen en un marco de evidencia y de naturalidad para el médico, al introducir la referencia al ámbito público aparecen diferentes cuestiones que impiden llevar la consulta adelante de forma no-problemática.

Obviamente, si bien esta protocolizado todo, por ejemplo, cuánto tiempo, los pacientes cuando vienen, vienen con otros problemas, no vienen a controlarse la presión y su único problema es ese, y no te vienen porque le paso esto, lo otro, lo otro, y hace 5 meses debería haber venido para el control de la presión y entonces uno termina haciendo una cosa que no... Si bien esta protocolizado cómo hacer las cosas, eso se desarma en dos minutos, porque también aprovechas esa consulta para poder lograr que el tipo si abandono o los fármacos lo retome, que si abandono o las consultas lo retome... y es así. (Entrevista 3, médico clínico)

Teniendo en cuenta que desde el modelo médico hegemónico la figura del paciente es objetivizada, *cosificada*, es decir, es escindida de su dimensión subjetiva (Pagnamento, 2002). Puede verse cómo en el hospital público resulta más difícil para el médico aislar al “paciente con HTA” de otras problemáticas que son adjudicadas o al paciente en sí mismo o al sistema de atención; por lo que el personal médico se enfrenta a diferentes situaciones que pueden resultar *problemáticas* al momento de la consulta, donde las expectativas depositadas en el *deber ser* de la misma son desplazadas en parte por cuestiones que rompen aquellos protocolos que imponen un orden procedimental a la práctica médica en su relación con el paciente, relación atravesada por el tratamiento prescripto.

De esta forma, el fenómeno a que se ha aludido da cuenta de otro de mayor amplitud, a saber, que los entrevistados, además de conocimientos “teóricos” propios de la disciplina médica, ponen también en juego saberes de tipo “práctico” que devienen de un aprendizaje cotidiano en el que desarrollan su práctica, donde son interpelados por situaciones concretas.

Tratamientos

El hablar acerca de la consulta relacionada a la HTA, obliga a hacer alusión al tratamiento terapéutico propuesto por los diferentes médicos en dicha consulta.

Dimensión donde pueden observarse tendencias, diferencias y tensiones en los relatos.

Si bien la totalidad de entrevistados ha manifestado que el tratamiento de la hipertensión arterial 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 tipologías de paciente. De esta forma puede entreverse cómo mientras la dimensión de lo biológico aparece dotada de cierta permanencia y unicidad que permite cierta predictibilidad, el individuo se presenta como aquello que fluctúa y cambia, lo cual debe ser enfrentado a partir de diversas estrategias de abordaje. Tal como sugiere Margulies (2008) los pacientes proveen un marco habitáculo a la enfermedad, que se presenta como previa y universal.

Siendo que el tratamiento de la hipertensión arterial supone prácticas que deben ser llevadas a cabo por el mismo paciente en su cotidianeidad, ocurre que nuevamente, el sujeto con HTA es encomendado con un conjunto de tareas que el médico le asigna. De modo que, adelantándonos un poco a cuestiones que irán apareciendo en el presente apartado, podemos afirmar que aparece también en la dimensión del tratamiento del

padecimiento el fenómeno, enmarcado en un contexto de medicalización de la vida cotidiana (Foucault, 1977), de responsabilización del paciente por el éxito o fracaso de la terapéutica de HTA, en tanto aquél realice o no realice las tareas delegadas por el médico para el manejo del padecimiento.

En el ámbito de consulta, ha sido recurrente en los relatos de los entrevistados la alusión a la necesidad de *convencer*, labor orientada a modificar y/o lograr que el paciente realice determinadas prácticas en su cotidianeidad, en otras palabras, el afán de que el sujeto siga la terapéutica que se le ha asignado.

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)

Como muestra el fragmento citado, para el médico resulta de gran importancia, dentro del desarrollo de la consulta, el espacio dedicado al trabajo de convencer o disuadir al paciente para la obediencia del tratamiento dado que se le delega. Esto se encuentra ensamblado a que el personal médico, reconoce cierta dificultad en el seguimiento de la terapéutica propuesta por parte del paciente, es decir, considera que al paciente le significaría en muchos casos un esfuerzo la realización de estas tareas que se le asignan para el manejo del padecimiento.

De esta forma, a consideración de la labor de convencimiento, el médico encuentra un camino procedimental al interior de la consulta por HTA desviado del “pragmatismo” que caracteriza otro tipo de visitas al consultorio. El tratamiento antihipertensivo requiere un compromiso significativo por parte del paciente con aquello que el médico le plantea y propone, por lo que la tarea de aquellos de dialogar con su contraparte en la relación, para motivarlo a que acepte la importancia de seguir el tratamiento de la HTA es considerada una instancia que supone cierta dificultad.

Ahora bien, aparece en esta línea en los discursos la idea de negociación con el paciente, lo que da cuenta de que puede entablarse con aquél, un diálogo donde los términos del tratamiento propuestos por el médico son en cierto punto problematizados, situación que motiva al personal médico a un despliegue de estrategias de tipo argumental destinadas a efectuar dicho trabajo de persuasión²⁶.

En el marco del espacio de diálogo entablado en el ámbito de la consulta, resulta necesario destacar la identificación de los entrevistados de la problemática del tiempo de la consulta, considerado escaso, o insuficiente para el despliegue de estrategias discursivas de convencimiento para el seguimiento de los tratamientos. Cabe recordar, a tono con Margulies (2008) que dicho fenómeno constituye un rasgo estructural de la “economía del tiempo”, propia de las organizaciones corporativas de atención.

Les cuesta realizar, pero a veces el tiempo que tenemos estipulado para el paciente tampoco es el necesario, o sea que a veces con un paciente que vos ves que tiene hipertensión hay que tomarse un tiempo, sobretudo tiempo para explicarle bien de qué se trata la enfermedad, y que tiene un tratamiento, que el 90- 95% es idiopática y que si bien no se va a curar, y va a tener que seguir un tratamiento sea farmacológico o no, si se puede tratar bien óptimamente. [...]

²⁶ Sobre el asunto de las estrategias orientadas a la “adherencia” a la terapéutica por parte del paciente, no pretendo adelantarme, desarrollándola aquí, dado que más adelante será tratada en sus variaciones de acuerdo a diferentes factores considerados relevantes por los entrevistados.

trato de tener la relación que considero que es la necesaria y trato de darle el tiempo que es necesario. Sabiendo a veces que es imposible, porque a veces el paciente que está en la sala de espera se enoja... (Entrevista 5, médico cardiólogo)

M5- hay una cuestión que son los hábitos culturales y los comportamientos aprendidos, con esa gente como con cualquiera hay que hablar claramente las cosas, como con los chicos: límites, pero con afecto, una y otra no son excluyentes... y si le gustaba sentirle el gusto a la sal va a tener que empezar a sentirse de otra forma, este, buscar otras alternativas, pero que no va a dejar de comer necesariamente, pero las distintas actividades va a tener que encararlas desde otro lado, como este es un proceso crónico... no son cuestiones curables pero si controlables, por eso tiene que desaprender un montón de hábitos y reaprender otros. Para eso se requiere de tiempo

M2- claro el tiempo...

M5- el tiempo es fundamental, es decir uno tiene que dar más tiempo a la consulta para poder hablar, para generar esa empatía, esa comunicación con el otro y que de a poco vaya incorporando y no lo logras de una, para eso necesitas tiempo en la consulta y varias sesiones, cosas que no las tenes. (Entrevista 6, médicos clínicos)

De esta forma, ha sido frecuente el señalamiento de la necesidad de tomar un tiempo adecuado de consulta, acorde a lo que los entrevistados consideran que amerita la problemática del sujeto, pero que en la práctica se dificulta debido a la postulada *insuficiencia o falta* de tiempo para afrontar la consulta.

Tratamientos: encuentros variabilidades y tensiones.

Aquí para introducir la cuestión de la dinámica de la relación médico paciente, atravesada por los tratamientos que el personal médico asigna al paciente, los controles efectuados, representaciones y prácticas en el marco de la misma, es necesario hacer alusión a una cuestión fundamental que lleva a evocar la teoría Foucaultiana, que remite al vínculo saber, poder y verdad en dichas relaciones médico – paciente. 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).

De esta forma, el poder se constituye como la fuerza capaz de modelar las acciones de los individuos, la capacidad de imponer a los sujetos un modo de conducir su accionar. En este sentido, recordamos que una de las formas en que se expresa la relación de poder y que tiene por objetivo la normalización de los cuerpos es la disciplina. Las disciplinas buscan controlar, a partir de diferentes mecanismos, el comportamiento, las destrezas, preferencias y elecciones de los sujetos. El poder es aquello que produce cuerpos auto-vigilados, autorregulaciones, es decir, asegura el tránsito de la disciplina a la 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 dicho aspecto asimétrico de juegos de poder.

Así, los profesionales médicos poseen un conjunto de saberes *biomédicos* que juzgan lo *bueno*, lo malo, lo correcto, lo normal y lo sano, y que pretenden 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.

Teniendo en cuenta ello, los tratamientos asignados a pacientes con HTA han emergido a lo largo de los relatos ofrecidos por el personal médico como instancias cargadas de problemáticas. En primer término, los entrevistados han subrayado que el seguimiento del tratamiento no es total en la gran mayoría de pacientes con HTA.

No siguen las prescripciones en un 100%, no las siguen en un 100%... (Entrevista 2, médico clínico)

M1- todas las enfermedades asintomáticas es muy difícil el tratamiento para el paciente, es decir, el paciente es muy reacio...

M2- ¡y crónicas! enfermedades crónicas sobretodo...

M1- es muy reacio el paciente a hacer la dieta y justamente es una patología donde terminas dependiendo de la medicación y la dieta, y como es asintomática no le da mucha importancia. Y a veces también cuando uno toma la medicación de por vida no te hacen los cambios en el estilo de vida, eso es así, y algunos es muy raro que hagan la dieta y no tomen la medicación. Y eso es lo mismo que nada, porque si vos tomas el enalapril por ejemplo, y comes con sal es lo mismo que nada. (Entrevista grupal 6, médicos clínicos)

Eso está escrito en todos lados, la gente tiende a abandonar, como es asintomática, como logra control cree que se va acostumbrar... porque por más que vos le hables, que le digas, la gente tiene una tendencia a abandonar el fármaco, y hay cosas que no se pueden. Ni te digo lo otro. (Entrevista 3, médico clínico)

En esta línea, tal como se entrevisté en la cita anterior, los entrevistados han tendido a manifestar que hay cuestiones relacionadas con las características de la enfermedad, sobre todo su carácter crónico y asintomático, que sostienen, dificultan en el general de los pacientes un mayor compromiso de seguimiento sobre el tratamiento prescripto por el personal médico, y sus propias capacidades –relacionadas a la persuasión- para inducirlos a seguir dicho tratamiento.

Más allá de esta convergencia de opinión entre los entrevistados acerca de una dificultad general relacionada con características de la propia enfermedad, y, por supuesto, la exigencia atribuida a la figura del paciente de la puesta en práctica de la terapéutica; podemos introducir un conjunto de cuestiones relacionadas con el tratamiento atravesadas por un acervo de representaciones que el personal médico posee acerca de sí mismo y del paciente, que ha dado lugar a diferencias, tensiones y similitudes entre los relatos de los entrevistados.

Al respecto, ha sido notoria la referencia a la variabilidad de los tratamientos, cuestión que ha sido asociada por los entrevistados principalmente a tres dimensiones emergidas

en los diferentes relatos²⁷, a la variabilidad de los tipos de paciente, sus potencialidades y posibilidades de seguimiento de la terapéutica, a diferencias entre el personal médico, y a la variabilidad de la HTA. Abordadas aquí en 3 sub-apartados, 1) tipologías en torno a los pacientes con HTA, 2) Sobre la práctica médica, y 3) la HTA y el “riesgo”.

1) Tipologías en torno a los pacientes con HTA

Han sido delimitados por los entrevistados diferentes perfiles de pacientes que inciden en la formulación de las terapéuticas, y que dan cuenta de diferentes modalidades de ejercicio en el marco de las relaciones de poder, tanto en el plano discursivo como en las prácticas. De esta forma, se han observado diferenciaciones en la asignación de estrategias, recursos, responsabilidades y merecimientos entre los pacientes.

Así, el personal médico ha dado cuenta de “un espectro variable de personalidad” de los pacientes, con tendencias a establecer diferenciaciones entre los mismos de acuerdo con su relación sobre los tratamientos que les son dados.

Tenés todo tipo de paciente, tenés los responsables, tenés los que no, los que no son capaces de dejar de consumir sal, los que tratan de negociar “compro la que es baja en sodio”, o “la pongo para cocinar, pero no en la mesa”, ahí empiezan a negociar, si pero... y hay algunos que no, que son perfectamente estrictos en la dieta y en la toma de medicamentos.

(Entrevista 2, médico clínico)

Pero el individuo tiene también variabilidad de adherencia... le cuesta los distintos fármacos o la adherencia a la dieta... (Entrevista 5, médico clínico)

Algunos están cargados de mitos, como te decía, todo su comportamiento es cosa irracional... o negación. Otros que están en la vereda de enfrente que son hiper cuidadosos, cuasi hipocondríacos. Y tenés que navegar entre todas las variedades del espectro de

²⁷ Nota: si bien los tres ejes mencionados aparecen interrelacionados en los textos, han sido separados a fines de imponer un orden, sin dejar de lado la referencia a las conexiones entre las mismas.

personalidad y de comportamientos, pero bueno, vos tenés que adaptar la consulta para cada comportamiento. (Entrevista 1, médico clínico)

De esta forma, aparece una heterogeneidad de pacientes con los que el médico trata, adaptando la consulta y las estrategias utilizadas de acuerdo con ello.

- *¿y qué estrategias usas vos para que la persona “adhiera”?*

*-primero, explicarle, indicarle en términos que él pueda entender qué es la HTA, y qué consecuencias tiene sobre la parte orgánica, cuales son las secuelas que él podría padecer sin crear una situación de gran preocupación. Lo otro que tengo que trabajar mucho es en todas aquellas creencias que él tiene que son erróneas... tercero, adherirlo al monitoreo, al control, al auto control, a la adherencia al tratamiento, a la dieta, a la actividad física, a lo que tenga que hacer. Cuarto al control periódico con el médico... y, bueno, tenés un montón de cosas para hacer para que el tipo cuide su salud, que **enfatisas más una u otra viendo cómo es el paciente.** (Entrevista 1, médico clínico)*

De este modo, podemos vislumbrar cómo es que en primer lugar es presentado en los relatos un conjunto de prácticas estandarizadas, efectuadas en el marco de la consulta, orientadas a lograr un cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. Estas acciones estratégicas presentan variabilidades y diferentes grados de énfasis en sus diversas aristas de acuerdo al tipo de paciente con que se trata, es decir, a partir de ciertas diferencias atribuidas por el médico en torno a los distintos pacientes, y esta cuestión es la que emerge en un segundo momento.

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)

Siendo que la realización o no de las diferentes aristas del tratamiento prescripto son responsabilidad del paciente, y habiendo diferentes cualidades que los caracterizan, puede darse cuenta en los relatos de los entrevistados la existencia de 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, disfrutan 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)

Es decir, puede verse que hay un conjunto de cuestiones en torno al objetivo de adherencia al tratamiento que se considera corresponden a la iniciativa o voluntad del propio paciente sobre el asunto; de esta forma, aparece la idea de que una vez que se han utilizado diferentes estrategias para alcanzar dicho objetivo, corresponde al paciente hacer “su parte”.

De cualquier manera yo siempre les digo lo mismo, las herramientas, la educación yo ya la hice, `ahora queda en tus manos`. `Yo no me voy a sentar a la mesa con vos, fijate vos que haces, y tampoco te voy a llamar para salir a caminar, pero... vos las herramientas las tenés`. (Entrevista 2, médico clínico)

M2- no, el incumplimiento de la dieta, nunca la cumplen la dieta. Habitualmente no cumplen la dieta y la medicación piensan que con solo una aplicación ya está controlada su hipertensión y modificaciones en el estilo de vida no hacen.

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.

M2- No es la magia del enalapril y nada más, ese es el problema... (Entrevista 6, médicos clínicos)

M2- y lo más importante es el seguimiento del paciente, porque podemos atenderlo, pero después el paciente no viene más, no vuelve, no vuelve. O le indicas la medicación también y le

decís que se tiene que controlar, tiene que venir, controlar su presión, se le explica pero no lo hacen habitualmente. (Entrevista 6, médicos clínicos)

Así, el personal médico demarca las competencias de sus funciones en este sentido, poniendo un límite al nivel de involucramiento respecto a aquello que haga el paciente en su vida cotidiana respecto a su padecimiento, en tanto que no se considera responsable por aquello que luego decida hacer aquél, una vez dadas *las herramientas*, así como *ciertos conocimientos* para el manejo de la HTA.

Sobre ello cabe volver a recordar que la hipertensión arterial es considerada un padecimiento de tipo crónico que requiere en muchos casos cambios en el “estilo de vida” y administración de medicamentos en forma ambulatoria, estos procesos enmarcados en el tratamiento prescripto no pueden ser administrados o supervisados por el personal médico permanentemente. Por ello, se busca que sea el paciente mismo –o miembros de su grupo de pertenencia- quien/es, teniendo en cuenta los conocimientos biomédicos aportados por el personal médico, sean capaces de actuar, controlar y supervisar dicho padecimiento. Para ello se dota al paciente 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.

El personal médico entrevistado alega buscar la participación activa del paciente en cuanto al manejo del padecimiento, sin embargo las prácticas de autoatención aparecen dirigidas y tuteladas por los mismos, que ofrecen una terapéutica que busca sea seguida por el paciente, mientras que, como se verá, ante prácticas o creencias que aquel identifica como erróneas busca sean descartadas por aquél.

En otras palabras, el médico pretende la “adherencia” del paciente al tratamiento dado. De esta forma, la participación del paciente sobre la administración de su padecimiento busca acotarse a lo que el personal médico dictamina que aquél debe hacer y de qué forma/s debe hacerlo, es decir su participación es subordinada a preceptos, justificados,

que el sujeto es compelido a acatar ejerciendo un auto-control sobre sí. Siendo así, podemos apreciar a partir de las declaraciones de los entrevistados, cómo la alegada participación “activa” del paciente (que comprende el término “adherencia”) posee importantes elementos de pasividad, y es subsidiaria a las recomendaciones médicas ancladas en un conocimiento de tipo biomédico.

Ahora bien, una vez comentadas ciertas regularidades generales en la construcción de la figura variable del paciente por parte de los entrevistados, nos adentraremos en el reconocimiento de representaciones e interpretaciones en torno a la construcción de diferentes caracterizaciones de los pacientes que dan lugar a diferentes abordajes y estrategias utilizadas por el personal médico dirigidas a los mismos. Estos pacientes aparecen en los discursos organizados en tipologías construidas por los mismos entrevistados, quienes establecen distinciones que dan cuenta de clasificaciones que se encuentran cargadas de valoraciones acerca de los mismos.

Más específicamente, es en relación a la dicotomía *adherencia / no-adherencia* al tratamiento que son construidas diferentes tipologías en función de rasgos de los sujetos y de la personalidad atribuidas a diferentes pacientes. A partir de allí han sido señaladas desde problemáticas relacionadas con los marcos de posibilidad para acceder al tratamiento y sistema de salud, hasta problemáticas relacionadas con déficits en el ejercicio de autocontrol para llevar a cabo las tareas planteadas en el marco del tratamiento dado.

Así, refiriendo a la figura del paciente, el personal médico ha hecho alusión a un cúmulo de tipificaciones que aquí han sido ordenadas en 3 dimensiones.

- a) Pacientes del ámbito público y privado.

Entre aquellos médicos que atienden consultorio en hospital público y clínica privada emerge frecuentemente una marcada diferenciación entre los tipos de paciente con hipertensión que acuden a los diferentes ámbitos, trazándose de esta forma un esquema tipológico donde se construye un imaginario de paciente que varía de acuerdo a su asistencia al hospital público o al hospital privado. Ambas figuras tipológicas, aparecen en los relatos en un juego de contrastes y de acentuación de rasgos diferenciales, que el personal médico reconoce como característicos de cada segmento.

A partir de esta caracterización, puede reconocerse un primer nivel de heterogeneidad planteada por los profesionales de la salud en torno a la categoría “paciente”; heterogeneidad que posee implicancias diversas para los mismos y sobre la que es posible observar diversos modos de abordaje, así como también tensiones en los relatos médicos.

- Acceso al tratamiento

El personal médico que ejerce su profesión en el hospital público y privado da cuenta de la dificultad de los pacientes del ámbito público para el acceso al hospital, a los medicamentos y a un estilo de vida saludable, necesarios para cumplir con la terapéutica asignada. Mientras tanto, los pacientes que acuden al hospital privado, en comparación, poseen facilidad de acceso para estas cuestiones, no debiendo realizar los sacrificios que se le adjudican a los primeros.

El público tiene diferencias socioculturales, y económicas. Eso es una clara diferencia, por ende esa diferencia influye mucho en la periodicidad de consulta, en la adherencia a los tratamientos, porque dependen de que uno les pueda dar medicación, o que la farmacia los pueda conseguir. Por lo tanto es totalmente diferente la adherencia, la vuelta de consulta, o sea que vuelvan a consultar, o sea, el tiempo entre consulta y consulta. Hay también cambios en el estilo de vida que no pueden llevarse a cabo por el nivel socioeconómico y cultural sobretodo económico. Hay una diferencia entre público y privado, notable. (Entrevista 4, médico clínico)

Los fármacos para conseguirlos en el público dependemos mucho del ministerio, y a veces no tenes todas las medicaciones y a veces los laboratorios ayudan en el público, dejan muestras... pero con respecto al cambio en el estilo de vida también es muy difícil que puedan implementarlos, ya es una decisión política, no depende ya solamente de la medicina, es algo más amplio. Implementar políticas de hábito saludable. (Entrevista 5, médico cardiólogo)

En el hospital público la gente tiene más dificultad para el acceso a los fármacos, y por ahí les cuesta comprender un poco más algunas indicaciones, el acceso al hospital se le dificulta, porque por ahí si llueve no vienen, los turnos son mucho más engorrosos... el paciente del público, tenés que comprenderlo porque le lleva todo el día venir acá ¿viste?, de dejar de laburar, en cambio en el privado, el tipo saca turno a las siete de la tarde, labura hasta las seis, y esta gente que es humilde aparte tiene que dejar de laburar para venir acá porque el hospital funciona a la mañana, tiene que hacer una cola, y entonces es más complejo todo...
(Entrevista 3, médico clínico)

Se introduce así, la cuestión de las condiciones de vida, que da cuenta de los modos en que las personas desarrollan su existencia, siendo que el marco de marco de posibilidad de los pacientes para la puesta en práctica de diferentes aspectos del tratamiento antihipertensivo dado aparece diferenciado entre aquellos pacientes que acuden al ámbito público y aquellos que concurren al privado.

Es interesante observar en este sentido cómo estas dificultades son asociadas en primer lugar a la falta de recursos, pero también a las fallas en diferentes eslabones del sistema de atención. Estos factores devienen en una marcada diferencia entre los tiempos ínter consulta, y, como se verá luego con mayor detenimiento, representan un obstáculo para el establecimiento de una relación médico paciente sostenida en el tiempo.

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)

Vos sabes que en el público tenés unos tiempos, y en el privado son otros. (Entrevista 5, médico cardiólogo)

De aquí deviene que la trayectoria que el paciente atraviesa en relación a su tratamiento aparece signada por los tiempos del Hospital público. Los sujetos deben adaptarse a un ritmo impuesto por el funcionamiento hospitalario, en el que interviene una dinámica de ofrecimiento de turnos a lapsos temporales “largos” (en relación a los ofrecidos generalmente en el hospital privado), paros, problemáticas de retrasos en diferentes estudios, etcétera.

De esta forma, podemos sostener que el paciente del hospital público se encuentra doblemente subordinado, tanto en su relación con el personal médico, como respecto a la institución hospitalaria, ante la cual el individuo debe adaptar determinadas prácticas y administrar sus tiempos a conformidad de las modalidades de funcionamiento bajo las que opera dicha institución.

Asimismo estas dificultades en el acceso, en el ámbito público le significan al médico dificultades diferentes a las del ámbito privado para el ejercicio de su práctica y funciones, es decir, en conformidad con estos distintos ámbitos de atención, dicen desplegar diferentes estrategias para con los pacientes con hipertensión arterial, asumiéndose también estos factores de índole económica para tomar decisiones médicas.

O sea, no hay una diferencia del concepto, lo que si hay, es que uno tiene que tener una estrategia diferente de aquel privado que tiene la medicación que se la da la obra social, que la tiene todos los meses, a aquel que no tiene para comprarla, no tiene como conseguirla, y bueno... Es complicado ese tema, hay muchas cosas en el medio. Eso sí, hay diferencia de estrategias que en el privado uno no hace, le haces la receta y el paciente ya sabe que va, la compra y la tiene que tomar, ya tiene todas las herramientas para hacerlo. (Entrevista 4, médico clínico)

No es el costo [de los fármacos], porque ellos no los pueden comprar directamente. O sea si, es un factor, pero ellos lo retiran directamente del hospital, el tema es que para retirarlos del hospital ellos tienen: que tener plata para el micro, para venir, tienen que encontrar a alguien que les haga la receta, que la farmacia tenga stock... o sea, son muchas cosas que hacen que el paciente no pueda hacerse de la medicación. Eso es lo que pasa, y el público es tremendo, y por ahí por cuestiones laborales, porque llueve y tienen embarrada la calle, que el micro no pasa, hay un montón de factores que hacen que el tipo esté 10 días sin recibir la medicación para la presión, 10 días... a veces es mucho más, a veces menos. Y hay gente que hace todo, hasta lo imposible para poder hacerlo, lo que pasa es que esos obstáculos... (Entrevista 2, médico clínico)

Las dificultades en torno a ambos tipos de paciente resultan, entonces, muy diferentes. El personal médico refiere a las dificultades de los pacientes del ámbito público al acceso tanto al hospital, como al tratamiento para la HTA, remarcando que direccionan sus esfuerzos para proporcionar ayuda en este sentido. Mientras tanto en el privado, al estar cubierta la cuestión del acceso a estas dimensiones, la labor que enfatizan los entrevistados es dirigida a otro tipo de problemáticas que identifican asociadas a la figura de dichos pacientes.

La toma de medicamentos en realidad la gran mayoría cumple, en privado te digo, en público en cambio hay otros factores que eso lo hacen más difícil, pero en el privado, todos cumplen con la medicación, ahora, no es lo mismo con la dieta y el ejercicio. (Entrevista 2, médico clínico)

Uno individualiza cual es el problema y qué necesita. No es lo mismo tener una falta de adherencia por no tener el medicamento y por no tener el dinero para comprarlo, o la obra social, ni un sistema de salud que te lo dé, a que no lo quiere tomar porque está tomando 3

pastillas, y cree que con 3 pastillas toda su vida no va tener un beneficio y que le incomoda incorporar 3 medicamentos, son diferentes formas que hacen que uno tenga que agarrar la situación y el problema. A uno me enfoco más en conseguirle la medicación, utilizando los centros de salud periféricos, utilizando el hospital, un visitador médico, o cualquiera de las herramientas para aportar la medicación, y al otro explicarle por qué tiene que tomar las pastillas y tener un estilo de vida sana, decirle que se va a beneficiar con todo el tratamiento y que no es importante el número de drogas que utilice, sino que esté bien controlado.
(Entrevista 4, médico clínico)

Es interesante destacar cómo es que la figura del paciente del hospital público aparece fuertemente asociada a la dificultad para la obtención de medicamentos, siendo que los entrevistados han referido en menor medida a una de las dimensiones relacionadas con los “cambios en el estilo de vida” al interior de la terapéutica:

Por ejemplo, una dieta abundante en frutas y verduras muchas veces es costoso, entonces el tipo entendió el mensaje, lo que vos le dijiste, lo captó, lo entendió, pero después no tiene el dinero para hacerlo. (Entrevista 4, médico clínico)

En este sentido, la cuestión parece remitirse a que la toma de medicamentos además de ser considerada de gran relevancia, resulta además, un aspecto sobre el cual el personal médico tiene mayor capacidad de control a comparación de los restantes aspectos relacionados con la dimensión no-farmacológica, cuestiones que sumado al esfuerzo atribuido a su ejercicio en la vida cotidiana representan aspectos que deben ser costeados por los mismos pacientes a quienes se supone de escasos recursos para ello. Asimismo, las referencias y omisiones también dan cuenta de que los entrevistados depositan mayores exigencias en torno a la adherencia al tratamiento sobre el paciente del ámbito privado considerado capaz de acceder fácilmente a la consulta hospitalaria, así como a cubrir los costes de la terapéutica, poniéndose sobre él mayores expectativas de cumplimiento.

- Comunicación, léxico e instrucción.

Una apreciación de común referencia, alude a la dificultad de los sujetos que acuden al hospital público para comprender las indicaciones y las explicaciones del médico.

En el privado la gente es más instruida, sabe de que le estás hablando, hasta incluso muchas veces ya vienen con un intento de cambio en el estilo de vida, eso en el privado. En el público es mucho más difícil que entiendan, es mucho más difícil que cumplan, y también es mucho más difícil para ellos, por más que entiendan y quieran cumplir, llegar a hacer el cumplimiento. (Entrevista 4, médico clínico)

M4- y te van a tener que entender a la larga. Si no te entienden, lo sentimos mucho pero te tienen que entender.

M2- no, el lenguaje si...

M4- te tienen que entender, pero si vos haces el lenguaje acorde, acorde a lo que ellos entiendan, no hablarles en términos de fisiología...

M3- es diferente en pacientes que se ven acá en el público que tienen bajo nivel cultural, de educación que no lo entienden, que un volumen importante de pacientes que son de otros países, de Paraguay ¿no es cierto?, que vemos de otros países pacientes jóvenes de otros países que por ahí tienen la patología y uno les explica y no entienden. Diferente de pacientes que uno se encuentra en el ámbito privado. (Entrevista 6, médicos clínicos)

Entre los entrevistados, la dificultad para el “manejo de la información” a que han hecho alusión en sus relatos, aparece asociada al nivel de instrucción del sujeto, y no a la falta de recursos.

Mira, los pacientes, es una cuestión cultural aparte, porque los pacientes que vos vas a ver en el hospital no tienen para el micro, pero sacan celulares Smartphone que son bastante caros, ¿sí?, entonces... y lo veo, yo siempre me pregunto, por ahí te dicen que no tienen para viajar, no tiene para comprarse enalapril que sale 30 pesos, y el teléfono que tienen en la mano, que uno conoce, sabe de tecnología, son teléfonos que salen 8 mil, 9 mil pesos. Lo veo, todos los días lo veo. Eh, lo que no quiere decir que no se lo merezcan, pero digo, bueno, lo tienen. Al tener ese teléfono tienen acceso a internet, el tema es como la usan, ¿Qué buscan? ¿Qué buscan? El paciente no sabe escribir hipertensión, llegar, llegas igual, sabes que Google te lo

corrige solo, pero no saben qué hacer con los datos que le da la página. Los otros no, tienen un nivel de instrucción más alto saben, buscan que es el síntoma, indagan muchísimo. Si, si, si, si. (Entrevista 2, médico clínico)

Porque aparte siempre depende del nivel de instrucción, y vos te das cuenta cuando saben, a veces hablan mal, que tienen... no tienen un léxico muy fluido tampoco, y ¿Qué le voy a andar explicando? Si la hipertensión, la tensión arterial sistólica y diastólica la tienen alta o baja...
(Entrevista 3, médico clínico)

Esta mayor dificultad para la comprensión del paciente del hospital público respecto al paciente del ámbito privado, a la que hacen alusión los profesionales, es considerada por un lado, como una dificultad para hacerse entender y explicar ciertas cuestiones de interés para comunicarse con el paciente.

Uno trata de buscarle en esa diferencia entre el público y privado, que son diferentes las gentes... uno trata de modificar el léxico de explicación, de cómo explicárselo, eso es una básica estrategia que si vos la charla del privado se la das al del público probablemente no te haya entendido. Entonces esa es una herramienta que uno tiene que bajar, de acuerdo al paciente bajar el léxico, cómo hablar, cómo explicarle, es complicado para uno; en el privado probablemente por tener otro nivel educativo no necesita uno tanto... Eso es una diferencia.
(Entrevista 4, médico clínico)

Acá en el público uno tiene que hablar como si estuviese en, no sé, en la casa contándole a mis hijos... lo más práctico y grafico, con dibujitos y todo, posible. En el privado normalmente es un tiempo menos que uno destina a, no a la explicación en sí, sino que reciben más rápido la información, la comprenden. Después que la cumplan o no es difícil, pero, no tenés esa barrera que es marcada la barrera. (Entrevista 2, médico clínico)

Tal como ilustran las citas anteriores, el paciente típico del hospital público a quien el médico atribuye dificultad de comprensión, se aparece como problemática, en tanto requiere de su parte la utilización, en el ámbito de la consulta, de una terminología que pretende ser accesible al paciente, y que es –cuanto menos- menos familiar al bagaje conceptual con el que el personal médico encuentra mayor comodidad.

Si, si en privado llegan más tempranamente a la consulta y es más fácil explicarles, entienden más los pacientes. En el público uno tiene que tratar de... yo, en mi experiencia personal una vez que yo les expliqué qué es la hipertensión, cómo se debe tratar dicen... el 100% te dicen sí, pero cuando vos les pedís “a ver explíqueme que le dije” el 70% te lo dicen mal, entonces hay que cerciorarse que el paciente entendió. (Entrevista 5, médico cardiólogo)

En el público tenés que ser mucho más básico, dar muchos ejemplos, usar un lenguaje menos complejo pero siempre tratando de utilizar los términos que existen, porque no le podes decir al paciente... el médico muchas veces por querer explicar algo para que el paciente lo entienda, cuando viene el paciente con lo que le dijo otro médico es una barrabasada, y tiene viste... que se yo, el principio de hipertensión no existe, los principios de enfermedades no existen. La enfermedad empezó, pero empezó, ya es, entonces esas cosas... y a veces uno, a veces pasa que no te entiende, no te entiende la gente y vos utilizas esos términos para que el paciente se vaya con alguna respuesta, el paciente no se puede ir y decir “me están estudiando porque algo tengo”, necesita tener una palabra, decir “tengo tal cosa”, entonces pero eso... hay pacientes de privado que lo pueden entender, uno que haya estudiado, universitario completo, que haya tenido una instrucción más bien universal te puede entender algunos términos técnicos, y los podes utilizar. (Entrevista 3, médico clínico)

De esta forma, puede afirmarse que aquella dificultad para la comprensión de ciertas cuestiones relacionadas con la enfermedad y la terapéutica que el médico prescribe, a que hacen alusión los fragmentos citados, repercute en una estrategia diferente por parte del médico para hacer frente a la consulta. Es decir, la estrategia comunicacional en la cual se basa la explicación ofrecida a este tipo de paciente es formulada en términos “más fáciles”, descartando explicaciones de mayor complejidad del empleo de términos técnicos que son reservados para el ámbito privado, donde el paciente es considerado capaz de entender y aprehender las explicaciones dadas desde esta matriz.

Como puede verse en uno de los fragmentos citados, uno de los entrevistados manifiesta la necesidad de asegurarse, o corroborar que el paciente que concurre al hospital público

ha comprendido las indicaciones dadas, cuestionándolo en torno a la explicación provista.

Asimismo, relacionado a la explicación ofrecida a ambas tipologías de paciente, aparece la idea del tiempo de consulta. La explicación de cuestiones *de rutina* relacionadas con el padecimiento insume al personal médico un mayor caudal de tiempo al interior de la consulta llevada a cabo con el paciente que acude al hospital público.

Pero también, aparece como contraparte a la referida característica de “baja capacidad de comprensión” asociada a la figura del paciente del hospital público, la idea de una interacción en la consulta de corte más *pragmático*, respecto a la consulta en la clínica privada. En la contraposición entre la figura de paciente típico del ámbito público y privado, aquello que aparece como un escollo para la atención del primero, es decir, la dificultad para entender diferentes explicaciones también reduce la potencialidad de aquellos mismos pacientes de cuestionar el saber médico; de forma que son estos catalogados como pacientes más *sumisos*. Por el contrario, en la consulta con pacientes del hospital privado los tiempos “se extienden” por cuestiones relacionadas con diferentes conocimientos y discusiones que mantienen con el personal médico, acciones que son 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)

en el público es absolutamente pragmática por... una cuestión cultural, la gente del hospital público no tiene tanta instrucción como para poder hacerte... cuestionarte en ciertas cosas, vos les explicas lo necesario lo mejor que podes y ellos te escuchan, acá te respetan mucho lo que les decís. En el privado es insoportable, porque googlearon todo antes de venir a verte, entonces ellos ya leyeron que tal estudio te puede dar tal cosa, que tal síntoma te puede dar

tal otra, entonces la consulta no me baja de 25-30 minutos generalmente... ¡insoportable!
(risas), insoportable. (Entrevista 2, médico clínico)

Sin embargo, aun así, algunos entrevistados han comentado que en el ámbito privado se busca dar cierta información considerada requerida y no ahondar más allá. Se ha señalado que dado que muchos pacientes que se dedican a investigar en torno a la enfermedad para informarse, aquellos se pierden en detalles que el personal médico no considera necesario que conozcan, siendo que en muchos casos esa información no es utilizada en forma provechosa o puede también llevarlos a prácticas 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)

Si quiere leer o quiere informarse, bienvenido, lo que sí uno le dice es que trate de no actuar en lo que lee, o sea “suspendí esta medicación porque leí...” yo le digo que está abierta la situación, y yo soy abierto para que cualquier cosa venga, me consulte y “esto no lo quiero tomar más, y por qué”, y que yo le pueda explicar por qué sirve y que entienda por qué lo tiene que tomar. Si les recomiendo que internet y lectura... te puede llevar a lecturas erróneas, y desde angustias por leer cosas que no están relacionadas, no tener la capacidad de discriminar si lo que está leyendo está bien o no y tomar conductas inadecuadas. (Entrevista 4, médico clínico)

Ha sido novedoso, encontrar en los discursos de los entrevistados referencias a que en los pacientes del ámbito privado encuentran en cierto punto cuestionamientos a los

tratamientos propuestos, a diferencia de lo que sucede con los pacientes que concurren al sector público, y que al respecto, sobretodo ha emergido el ejemplo de una renuencia relacionada a la toma de fármacos por parte de los primeros.

Entonces eso sí, a veces te lo plantean... frecuentemente, y eso sí, en el privado, que no quieren tomar tantas medicaciones... “que por qué tantas medicaciones”, “¿que toda la vida!” y “desde ahora hasta todo el resto de mi vida tomar todos estos medicamentos...” eso sí, eso suele pasar que te lo planteen. Es como una carga eso, para los pacientes, sobre todo en el privado, de que “uy tengo que estar ahora con todos estos medicamentos”, “¿no hay posibilidad que me lo saques, aunque sea uno?”, sobre todo, los medicamentos es como una carga, no la enfermedad en sí, no es que “ay, tengo hipertensión, me deprimó”, pero sí “uy, ahora tengo que tomar 3 medicamentos, 4, y ¡para toda la vida!”, y eso sí. En el público no tanto, en el público no. Si, en el público te pasa que lo angustia el no conseguir la medicación, el no tener el dinero para comprarla, el no tener los turnos, eso sí. (Entrevista 4, médico clínico)

La primera consulta es muy importante, si sos simplemente un indicador de fármacos es probable que el enfermo no te tenga muy en cuenta, o que se cambie de médico, el paciente que va a la clínica es muy demandante en ese sentido. (Entrevista 1, médico clínico)

Se observa aquí cómo la figura del paciente de hospital privado 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), que ha evidenciado a ojos de algunos entrevistados tensiones y ciertos problemas.

Ante dicha situación la figura del personal médico aparece dictaminando sobre lo correcto e incorrecto en torno a la información recabada por el paciente (paciente que en muchos casos busca explícitamente la confirmación u opinión del médico sobre

aquellas premisas encontradas), emitiendo así este, un juicio anclado en sus propios saberes correspondientes a un conocimiento de tipo biomédico para encauzar los conocimientos y conductas de su contraparte.

Finalmente, resulta interesante retomar aquí a Margulies (2008) quien da cuenta, refiriéndose a los pacientes con VIH-sida, de una relación establecida por el médico entre el “nivel intelectual” o educacional en la posibilidad de la “adherencia”. La autora apunta que “La instrucción fue presentada así como un recurso básico para el reconocimiento de las consecuencias negativas de no seguir los tratamientos y para modificar efectivamente los comportamientos.” Contrariamente, como se ha visto, aquí “el bajo nivel de instrucción” no ha sido asociado por los entrevistados con la posibilidad o no de “adherencia” del paciente en la línea marcada por la autora, pero sí un factor que implica un mayor trabajo de explicación de la parte médica; mientras que aquellos que aparecen como más instruidos sí han sido asociados a problemas de adherencia relacionados a problematizar los tratamientos dados.

b) Pacientes jóvenes, pacientes mayores.

Por un lado algunos entrevistados han realizado una comparación entre los pacientes con HTA en función de la edad de los sujetos.

Yo lo que les digo, también tenés dos tipos de poblaciones: el paciente que tiene 35 años, entre 35 y 40 años que vos le diagnosticas HTA, y un paciente de 35-40 años todavía esta súper de fiesta con los amigos, se junta a comer con los amigos, te digo un paciente que es muy típico, se junta hace asados, le gusta cocinar, le gusta comer, entonces, esos pacientes, vos tenés que tener una charla. Y los pacientes de alrededor de 50-65 años ya están con otra postura, ¿Por qué? Porque el de treinta y pico no ve el ACV y el infarto como una consecuencia de lo que vos le estas diagnosticando y hasta no creen que pueda llegar a atener esa enfermedad. El de 55-60 ya sabe que a esa edad empiezan a manifestarse esas enfermedades entonces ya tiene otro miedo.

(Entrevista 2, médico clínico)

Aquí, los pacientes más jóvenes (35 - 40 años) aparecen como sujetos que llevan un estilo de vida que involucra diversos “gustos” - tales como una dieta que no se corresponde con la requerida por el médico-, y que pueden que poseer dudas respecto a su condición de hipertensos, así como a los peligros y consecuencias que puede conllevar la HTA sobre su propio cuerpo, en tanto no logran ver sus alcances. En cambio, aquellos pacientes de mayor edad (55 - 65 años) son vislumbrados como sujetos que se posicionan de modo diferente respecto a la enfermedad, fenómeno atribuido a que, por una cuestión de distancia temporal, aquellos consideran más cercanos y peligrosos los efectos que la HTA pueda provocarles.

El paciente del público es un paciente que uno puede ahí aplicar todas las armas que tiene como para decirle a este paciente... más si es un paciente de un grupo etario joven, de mediana edad, que está todavía en actividad, es donde hay que gastar todos los recursos, remar un poco más, pero tampoco... eh, los recursos si bien hay que gastarlos tanto en la edad adulta y en la vejez también es verdad que es mucho más fácil porque uno tratando esta patología tiene el ACV, el infarto como un peligro más cercano para esos pacientes y tienden a ser más cuidadosos... (Entrevista 5, médico cardiólogo)

Entrevistado 3- Los jóvenes que tienden a consultar tienen temor, lo que pasa por ahí es que se va eso un poco...

Entrevistada 2- y una persona mayor tiene más conocimiento, pero una persona más joven dice “ah, qué raro” se sorprende y quieren saber la causa, te preguntan ¿por qué?... y por ahí si ves que no le parece muy importante, o que está muy en otra cosa, hay que asustarlo, hay que asustarlo, no asustarlo ¡oh!, sino que directamente decirle que es algo importante, que se tiene que cuidar a futuro, que hay que seguirlo estudiando y que son las arterias y las arterias no son de plástico, lo que una persona mayor por ahí ya sabe... (Entrevista 6, médicos clínicos)

De esta forma, partiendo de las referidas conjeturas, el médico da cuenta de diferentes situaciones dependiendo de su trato con un paciente u otro, donde despliega diferentes

estrategias discursivas dependiendo de la pertenencia de aquél al estrato de los pacientes “jóvenes” o “viejos”.

Con los pacientes jóvenes, el personal médico apela en gran medida a cargar un discurso con los posibles riesgos que la HTA puede generar sobre el cuerpo, si no ahora, a largo plazo. Enfatizando que la relativa sensación de despreocupación respecto a la enfermedad que el paciente transita en estos momentos, tal vez motivado por su carácter asintomático, puede resultar temporal, trayéndole consecuencias en adelante.

Los pacientes por ahí más jóvenes generalmente se creen como omnipotentes, que no les va a pasar nada, entonces ahí hay que buscar otras herramientas, utilizar otras herramientas.

(Entrevista 5, médico cardiólogo)

El recurso utilizado con los jóvenes es explicar a estos pacientes que las consecuencias de la enfermedad van a aparecer a largo plazo aunque por el momento se sienta bien.

(Entrevista 4, médico clínico)

Es como fumar para muchos, comer es como fumar, es difícil para ellos, no pueden dejar de comer, no pueden dejar de ser sedentarios, les tira más la cama que la plaza. Pero bueno, la estrategia es esa, que vea el futuro, es muy difícil, eso es lo más difícil para mí.

(Entrevista 6, médicos clínicos)

Entonces la estrategia con los jóvenes es decirles que es muy difícil que lo vean... es como pensar en la jubilación, cuando vos empezás a trabajar no pensás que dentro de 35 años vas a poder cobrar X jubilación, bueno es lo mismo con los chicos, para que en 20 años no estés con medio cuerpo paralizado, o te tengan que hacer cirugía cardíaca porque te hacen un by pass te tenés que empezar a cuidar desde ahora. Y la forma de cuidarte, es como le explico, que haga ejercicio, dieta, tome medicamentos, etcétera, etcétera.

(Entrevista 2, médico clínico)

En el paciente de mayor edad ha sido planteada la menor dificultad en torno a la charla orientada a convencerlo de seguir el tratamiento, alegando que por una cuestión temporal el sujeto dimensiona en mayor medida las posibles repercusiones del

padecimiento. Aquellos son considerados más preocupados y estrictos en el cumplimiento de la terapéutica que los primeros:

...Y en el mayor, es simplemente decirle que lo tiene más cerca, y que, bueno, no tiene mucho tiempo para pensarlo. (Entrevista 2, médico clínico)

Con las personas mayores es mucho más fácil porque ellos ya saben que tienen que comer sin sal, que tienen que caminar, y saben que dentro de poco les puede pasar, y saben que además ya cargan con 30 años de arterias lastimadas, entonces ya saben que el terreno esta golpeado y que, bueno, tienen menos tiempo para resolver todos estos temas. Y te digo, esos son mucho más estrictos a la hora de cumplir, mira en porcentaje, yo te diría que un 80% cumple, el otro 20% le cuesta. (Entrevista 5, médico cardiólogo)

En este sentido, uno de los entrevistados ha aludido a un aspecto de negociación en torno a la terapéutica, con el segmento joven de los pacientes con HTA; donde, dependiendo del paciente, y asegurándose que el sujeto no posea ciertos factores relacionados con el riesgo a desarrollar alguna consecuencia o secuela en el cuerpo que pueda provocar la enfermedad, flexibiliza en cierto punto ciertos los requerimientos de la terapéutica propuesta inicialmente, considerados difíciles de cumplimentar:

[En referencia a los jóvenes] ...Y por ahí lo que uno hace, dependiendo del grado de hipertensión si no es muy grave, de cómo sea el paciente, y si no pesa 120 kilos, es decirle, “bueno cuidáte en los días de semana y los fines de semana júntate con amigos, date los gustos, tampoco te mates”. (Entrevista 2, médico clínico, los paréntesis son míos)

c) Pacientes de menor o mayor riesgo

En los relatos ha sido frecuente la alusión a la categoría riesgo referida a los pacientes con HTA, así, se ha diferenciado entre aquellos pacientes que no parecen poseer riesgos considerados significativos, de presentar daños en la salud considerables en un futuro cercano, de aquellos que sí.

El personal médico establece de esta forma una clasificación en base al estado de salud, considerado de mayor o menor gravedad, del paciente; más claramente, las posibilidades de dicho paciente de presentar daños considerados de importancia a causa de la enfermedad.

Sin embargo dado que esta topología será abordada en mayor profundidad más adelante en torno a la cuestión del énfasis puesto por el personal médico para el seguimiento de los tratamientos, nos remitimos meramente a mencionarla aquí. Adelantándonos un poco, señalando como tendencia que a los de pacientes considerados de mayor riesgo suele reservárseles un control y exigencias más estrictas por parte del médico, relacionadas con el seguimiento del tratamiento.

2) Sobre la práctica médica.

Los tratamientos que el personal médico ofrece al paciente, si bien hemos señalado su conformación en base a dos dimensiones principales, a saber, toma de fármacos y cambios en el estilo de vida (que se compone de actividad física y/o dieta), han resultado variar entre los entrevistados de acuerdo a convicciones y opiniones propias.

- Fármacos.

Respecto a la dimensión farmacológica, ninguno de los entrevistados ha cuestionado su efectividad. La referencia a la importancia y alcances relacionados con la ingesta de fármacos para el control de la HTA, y sus beneficios han sido rescatados por los entrevistados.

Lo más difícil son los cambios en el estilo de vida, son mucho más difíciles que incorporar un fármaco, porque incorporar un fármaco es más fácil, al paciente no le representa mucho esfuerzo, y yo les puedo decir “usted toma uno. Bueno, ahora toma dos. Y listo, uno lo toma a la mañana y otro a la noche”, eso a la gente le es mucho más fácil que cambiar su hábito de

comida, y justamente como les explico, esas tomas son lo más efectivo, lo que más ayuda.
(Entrevista 3, médico clínico)

El tema de los fármacos es muy importante que el paciente los pueda incorporar, y pasa que a los fármacos se adhieren mas, lo toman y pueden olvidarse en el día. Los cambios en el estilo de vida ya es más difícil. (Entrevista 5, médico cardiólogo)

Asimismo, aprovechando la referencia a la cita anterior, algunos sujetos han rescatado la mayor facilidad atribuida al paciente para llevar a cabo las tomas de fármacos, por sobre la realización de cambios en el estilo de vida.

Otra cuestión de interés que ha emergido explícitamente en una de las entrevistas ha sido en referencia a los tipos de fármacos que el médico prescribe, esbozando mediante una referencia al *deber ser*, una crítica a aquellos médicos que prescriben fármacos novedosos, alentados por laboratorios, siendo que los fármacos elegidos para prescribir al paciente deben ser conocidos asegurándose el médico de sus propiedades, y no dejar influir aquella elección por intereses económicos.

Después lo otro que tenés que hacer, es adherirte al fármaco que sea más noble, que tenga menos efectos colaterales, que vos lo manejas, que lo manejaste por años, no es necesario andar incorporando fármacos nuevos todos los días, los laboratorios te traen todo el tiempo fármacos nuevos de otra familia, más nuevitos, como hay intereses económicos, el médico empieza a recetar esas cosas ¿entendés? Yo me muevo por años con fármacos de la misma naturaleza que son los que yo conozco, que ya les conozco hasta cual va a ser la respuesta con tal dosis. (Entrevista 1, médico clínico)

- Cambios en estilo de vida: dieta y actividad física.

En cuanto a la dimensión del tratamiento relacionada con el estilo de vida, podemos apuntar diferencias relacionadas con la atribución a una mayor o menor importancia sobre los efectos que poseen sobre el paciente la dieta y la actividad física. Uno de los entrevistados ha resultado claro sobre el asunto:

Mirá, hay médicos que son muy obsesivos de las dietas en hipertensión, las dietas sin sal. Yo eso lo respeto poco, porque baja poco la presión y por ahí comer sin sal es un problemón para mucha gente, y hay mucha gente que lo hace y habla todo el día de eso... La verdad que las dietas sin sal, solas, bajan poco la presión, si beneficia mucho el efecto del fármaco, y cuando el paciente empieza a dificultarse su control ahí si hay que jerarquizar la dieta hiposódica. (Entrevista 3, médico clínico)

La actividad física es muy buena. Yo propicio mucho más la actividad física que la dieta con sal, propicio más... es una idea mía aparte porque yo como con sal y soy hipertenso... y me cuesta comer (risas), uno tiene que saber lo que le pasa para indicarle al otro, muchas veces eso esta bueno que te pase... por ejemplo, la dieta "dash" o la dieta "mediterránea" está por estudio que baja la presión 10 milímetros de mercurio, mejora la mortalidad, y no esta exclusivamente hecha a base de baja sal, la actividad física baja la presión 10 milímetros de mercurio, y no solamente mejora la presión sino otras cosas. Entonces, para mí la actividad física es mucho más importante, si logro que la hagan, que la dieta sin sal, entonces la priorizo, porque tiene muchos más beneficios y aparte te hace bien, es saludable. (Entrevista 3, médico clínico)

De esta forma, dependiendo de consideraciones del propio médico, que aquí son asociadas a vivencias personales –la propia condición de hipertenso-, se jerarquizan como más o menos diferentes aspectos relacionados al tratamiento. Aquí, el entrevistado realiza una valoración en torno a la terapéutica, donde la prioridad esta puesta sobre la actividad física por sobre la dieta, siendo que a la hora de interactuar con el paciente, y reconociendo una dificultad en aquél para la puesta en práctica en su cotidianeidad de una dieta hipo-sódica, ofrece un tratamiento donde enfatiza la realización de actividad física por sobre aquella.

- De negociaciones y disputas.

La consulta en torno a la HTA ofrece un espacio de interacción entre médico y paciente en donde los entrevistados reconocen la emergencia de diferentes apreciaciones en torno a la terapéutica que el médico propone al paciente en las que se desarrollan espacios de

negociación. En tanto que el sujeto que carga con la tareas adjudicadas en las propuestas terapéuticas es el mismo paciente, este manifiesta en algunos casos reservas o identifica problemáticas respecto a la realización de determinados puntos contemplados en dicha propuesta, de forma que el personal médico da cuenta de prácticas en donde debe acordar los términos de los tratamientos.

Con el paciente que ya tiene el diagnóstico a veces tenes que reforzar la toma de medicación, los horarios, qué efectos adversos tiene. Eso en cuanto a la parte del tratamiento farmacológico; y tratar de reforzar la parte no farmacológica: los cambios en el estilo de vida, por ahí negociar ahí un poco la ingesta de sal, el consumo de sal oculto, de elementos que no le agregan sal pero tienen sal, la cantidad de ejercicio. (Entrevista 4, médico clínico)

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)

La cuestión de la negociación aparece aquí introducida en relación al paciente, situación frente a la cual el médico procede posicionándose ya sea o permitiendo y dando espacio a dicha negociación dando a conocer sus opiniones y reservas respecto a qué puede modificarse en relación al tratamiento que es asignado al paciente. Tal como hace explícito uno de los entrevistados, la dimensión del tratamiento sujeta a negociación es la referente a los *estilos de vida*, siendo que los fármacos son considerados de gran importancia, y por tanto, fuera de tal problematización en el marco de la negociación.

El personal médico aparece así en un escenario en donde se mantiene un diálogo con el paciente, en el que busca asentar posiciones, y en el que se explicitan jerarquías que otorgan mayor o menor importancia a diferentes cuestiones incluidas en el tratamiento que el profesional de la salud asocia con formas de manejo del padecimiento.

Asimismo, puede verse como la negociación es introducida ante la consideración del profesional de la salud de los modos de vida y los marcos de posibilidades efectivas del paciente para el seguimiento de los dictados de la terapéutica. Lo que genera que la

misma deba reformularse en función de ello, esto es como vemos en la siguiente cita, tomado por uno de los entrevistados como un re-posicionamiento del lugar del médico, en tanto que es este último quien debe *ajustarse* al paciente, y no, como asume “debería ser”: al revés.

M2- claro, come lo que puede, los que están en la construcción lo mismo, la mayoría son obreros que viven comiendo sánduche por ejemplo, y uno le explica pero es un contexto...

M4- entonces a veces te tenes que adaptar aunque no lo creas a ellos y darles por ahí la medicación a lo que ellos... a veces te dicen, “mire doctor, sinceramente en mi casa comemos papa y fideos, no podemos comprar ni carne, ni pollo, ni pescado, ni nada... comemos guisos”

M2- guisos, si

M5- si...

M4- y bueno entonces vos te tenes que adecuar, los medicamentos y eso a la parte cultural y económica de ellos, y ahí empieza la negociación de una u otra parte del tratamiento ¿Y qué vamos a hacer?, no tenemos otra, hay límites a lo que uno puede hacer, y no le podemos meter el rotulo en la cabeza de...

M2- se les dice, y que lo saben lo saben, pero de ahí a que lo puedan hacer... (Entrevista 6, médicos clínicos)

Interrogado sobre la cuestión, uno de los entrevistados ha dado cuenta de su intención de no permitir, o tratar de no dar lugar a aquellos espacios de negociación que pretenden ajustar ciertos aspectos de la terapéutica propuesta inicialmente.

[El negociar un equilibrio en la relación] depende de la personalidad del médico, hay muchos médicos que negocian ese equilibrio y lo mantienen, y lo sostienen, y lo permiten. Hay otros que no, yo soy más de los que no. “Mire si quiere hacer lo que quiere, vaya a otro lado” o sea, es decir, si quiere hacer lo que quiere que vaya a otro lado. No es la idea que esto sea un servicio militar, obviamente, pero yo cuando noto... yo atiendo muchos pacientes, y me paso con una chica joven que la eche del consultorio, que le dije un montón “yo no te atiendo más porque así te vas a quedar ciega” y quedó ciega. Porque a veces, uno a veces también, con esta negociación que aparece al principio cuando persiste es muy deletérea para el paciente, y yo creo que el médico en esa situación es corresponsable con el paciente, porque sabe, entonces yo no lo admito. Pero bueno, eso es muy personal, muy personal. (Entrevista 3, médico clínico)

De este modo, los espacios de negociación y la naturaleza de los mismos remiten a la personalidad del profesional de la salud, lo que resulta en importantes diferencias entre los mismos médicos, dado que no puede identificarse una formación en torno a dicho aspecto esto aparece librado fuertemente a la dimensión personal.

Aquí el entrevistado alude a una cuestión de suma relevancia, cuando el espacio de negociación es abierto y persiste se identifica como perjudicado al mismo paciente, y el médico es catalogado como corresponsable en tanto admite prácticas que considera como dañinas. Aparece entonces la idea de la responsabilidad del paciente por el éxito en materia del manejo de su salud ligado al seguimiento de la terapéutica, pero dicha responsabilidad aparece en la situación de negociación como compartida en parte por el médico en tanto que este en la negociación permita o no insista con la realización de aquella.

De aquí podemos dar cuenta que si bien hay un espacio de negociación o cierta flexibilidad presente en un diálogo donde se discuten los términos formulados en el tratamiento que el médico propone, permanece allí como continuidad, en definitiva, la subordinación del paciente, siendo que prima una relación de poder asimétrica donde el médico es quien permite en primer lugar, y decide qué y de qué formas se desarrolla la problematización del tratamiento.

3) La HTA y el “riesgo”

La variabilidad en relación a la terapéutica aparece también asociada a la categoría de “riesgo”. Es importante recordar que el *riesgo* designa la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno de enfermedad o de salud que se formula a partir de estudios de la distribución y ocurrencia de enfermos en poblaciones determinadas. Por lo que, si bien los factores de riesgo son categorías construidas en estudios sobre poblaciones y

fundadas en conjeturas probabilísticas, éstas son incorporadas por el médico en la clínica, en términos de posibilidades de individuos singulares (Margulies, 2010)

De este modo el mayor énfasis por la adherencia al tratamiento antihipertensivo es asociado a las probabilidades que se le adjudican al paciente de sufrir lesiones o en última instancia de morir. Tales riesgos que son presentados como atributos o características del paciente, desempeñan un rol significativo sobre los imaginarios y prácticas relacionadas con los diagnósticos y los tratamientos que el personal médico propone.

En esta línea el personal médico, en la totalidad de las entrevistas, ha apuntado que el mayor énfasis en la adherencia al tratamiento es orientado a aquellos pacientes asociados a un mayor riesgo.

Uno trata de ser un poco más blando en esas cosas y no considero que me va mal... eh, hay algunos que son... si viene un chico de 35 años, pesa 13 kilos, es decir, que es hipertenso, sumado con diabético, que es todo, que tiene otros factores de riesgo a ese no le puedo decir, bueno, mira fijate... con ese tengo que hacer algo mucho más rígido, y tiene que ser mucho más obediente. (Entrevista 2, médico clínico)

Si. Si, si, si, en el caso de la HTA, primero dependiendo de los valores que tengan. Si arrancó con valores muy altos le hago un control más estricto... (Entrevista 3, médico clínico)

M1- y por eso, ahí si se lo asusta como dice él para que tenga más conciencia de su enfermedad, porque no es lo mismo a los 30 que los 70, para evitar que tenga un daño de órgano blanco precozmente, ¿no es cierto? se les hacen estudios que se hacen de rutina en los pacientes adultos, pero en este caso se busca con más insistencia.

M2- más que asustarlos, más que asustarlos, tomar más tiempo con el paciente, y explicarle todas las causas y las consecuencias para que las entienda que eso es muy importante, y a mas riesgo hay que hacer que entienda...

M5- claro, y que esa persona joven con la hipertensión hay que ver también otros factores de riesgo... porque muchas de esas patologías combinan también con otros factores de riesgo. (Entrevista 6, médicos clínicos)

Bueno, el énfasis que uno le da dependería también la habilidad que tiene el paciente, también el tipo de HTA no es lo mismo tampoco, hay diferentes casos de HTA, hay algunos con daño cerebral, o otros factores de riesgo, no es lo mismo que sea una embarazada que sea un chico joven. Si es un chico joven y está con valores muy altos, bueno ¿cuál es el pronóstico de ese pibe?, le tenés que poner empeño. Ahora si es un viejito de 90 años que llegó, que es de los que casi nunca llegan, y tiene, en vez de tener 14. 8, tiene 15. 85 quizás no debería ser para nada exigente ¿me entendés? Y dejarlo tranquilo, y no tratar de meterle 20 medicaciones ya. El embarazo, es también una situación muy especial que requiere otro manejo distinto, ahí yo por ejemplo le pongo mucho empeño también en que el paciente se cuide mucho. (Entrevista 1, médico clínico)

En este último fragmento, es interesante destacar cómo el entrevistado introduce valoraciones personales respecto al énfasis en torno al tratamiento para la HTA. El médico destaca variaciones en sus procedimientos respecto a diferentes casos de pacientes, tomando como ejemplo a un joven de 20 años, un “viejito” de 90 años y pacientes embarazadas. Mientras con el primero manifiesta mayor empeño para lograr su adherencia, sostiene que con el segundo no debiera ser “muy exigente” con la terapéutica y efectuar un control muy estricto, siendo que aunque el riesgo sea alto, no considera acertado ser exigente con el paciente. Finalmente con las pacientes embarazadas también el entrevistado alega necesario un manejo diferencial.

CAPÍTULO 4

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. ¿COMO UN AUTO DE CARRERAS?²⁸

En contraposición a la caracterización de la relación médico-paciente propuesta por Parsons, en la que a los sujetos les son atribuidos “roles” diferenciados, en las que no se da lugar al conflicto o cambio, proponemos una mirada de la misma como relación social en la que se producen, reproducen y transforman formas de interacción, es decir, relaciones dinámicas e históricamente situadas (Freidson, 1978).

El vínculo entre el médico y el paciente se erige como una relación asimétrica, en la que se expresa una desigualdad construida socialmente donde se demanda al paciente acatar determinadas pautas que permiten el desarrollo de la práctica médica. De modo que por un lado, a la figura del paciente le es imputado el cometido de cumplir las pautas dadas por el médico, atribuyéndole a este último la competencias y capacidades para realizar aquellas indicaciones en forma objetiva.

El sujeto debe considerar en cierto punto legítimo el saber médico, tanto para arribar a la instancia de consulta, como para 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.

La relación médico - paciente es construida en la cotidianeidad, en la interacción entre los actores se definen modos de proceder y comportarse ante la figura del otro. En este

²⁸ Expresión utilizada por uno de los entrevistados: “...la relación con el médico, es como, como un auto de carreras donde va un piloto y un copiloto...” (Entrevista 3, médico clínico)

marco, aparecen en un principio formas de acercamiento y de distanciamiento en el vínculo, que contribuyen a darle forma. De aquí podemos señalar en un primer lugar el tratamiento del paciente como un “caso” por parte del médico, donde el paciente es objetivizado, "cosificado" (Pagnamento, 2002).

En los siguientes apartados han sido abordadas diferentes dimensiones a partir de las que buscamos dar cuenta de un conjunto de aspectos relacionados con el vínculo establecido entre el médico y el paciente, y que han sido planteadas en el proceso de las entrevistas.

EL PACIENTE IDEAL:

Entendiendo que el sujeto es una construcción activa, y en conformidad, que el *habitus* que el personal médico porta es re-construido en su práctica médica cotidiana, pretendemos detenernos en la dimensión referida al despliegue las relaciones intersubjetivas que ocurren entre el personal médico y el paciente. Tal como señala Bourdieu, el *habitus -profesional* en este caso- supone la portación tanto de estructuras cognitivas como valores, preferencias o inclinaciones y expectativas (Bourdieu, 1991). Este concepto nos permite entender al sujeto como parte de un grupo social con el cual se identifica, construyendo una identidad ligada a ello (en mayor o menor medida, consciente o inconscientemente).

En este sentido, a modo de ejemplo, ha sido identificada como tendencia entre los diferentes discursos proporcionados por los entrevistados el uso de una referencia a un “nosotros” (así como también expresiones tales como “el clínico”, “el médico”, “los médicos”, etcétera), otorgando de momentos una visión de tipo “general”, es decir, compartida por el grupo de pertenencia acerca de ciertas cuestiones sobre los que son interrogados personalmente.

Puede apreciarse en forma clara, a través de la convergencia de expectativas en torno al “paciente ideal”, una dimensión al interior del llamado habitus médico, donde el sujeto busca ejercer su práctica en interacción con un determinado tipo de paciente, es decir con características particulares.

El conjunto de entrevistados asocia la figura del paciente ideal con el paciente “cumplidor”, aquel que sigue las prescripciones del médico. De esta forma, del paciente se espera tanto que “comprenda” –como se ha visto ya- como que “adhiera” a los tratamientos antihipertensivos propuestos, a razón de que el fracaso o éxito de aquellos son adjudicados a la figura del paciente.

De esta forma vuelve a aparecer en los relatos de los entrevistados una fuerte valoración en relación a la adherencia, siendo que el “deber ser” representado en la figura del “paciente ideal” ha sido construida en función del óptimo cumplimiento de la terapéutica asignada.

Esta valoración acerca del paciente que adhiere, deja entrever asimismo un importante aspecto de las relaciones de poder-saber, de las que el médico y el paciente forman parte. La parte médica otorga gran importancia a la obediencia de su contraparte hacia los requerimientos que le son dados. La relación aquí es de subordinación, es decir, asimétrica, donde el saber del médico –saber legitimado por el paciente que acude a él- impone un *deber ser* al respecto de los comportamientos y cuidados que los pacientes deben desplegar en torno a su salud. De esta forma, el poder médico, se expresa en la pretensión de alcanzar la sumisión y obediencia de su contraparte en nombre de su *propio bien*.

...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)

El paciente ideal, si... qué se yo, es enojoso que el paciente no se adhiera al tratamiento, o que el paciente tenga mitos. (Entrevista 1, médico clínico)

De esta forma aparece la idea del paciente comprometido con lo que el médico le prescribe, es decir que cumple con el tratamiento que le es delegado. La figura del paciente ideal, que engloba también ideales respecto a su práctica ("deber ser"), es contrastada con aquella realidad con la que se enfrentan en cotidianidad, donde se encuentran con aquellos pacientes que por una u otra razón no adhieren a la terapéutica, situación que se reconoce problemática para el personal médico. En este sentido, podemos rescatar al respecto de la última cita, cómo el sujeto establece una asociación entre el paciente que cumple el tratamiento por un lado y la mayor facilidad para el desarrollo de su trabajo por otro, deduciéndose que aquel paciente que no adhiere agrega mayor dificultad a su práctica.

En esta línea, en uno de los relatos aparecen referencias a episodios donde determinados pacientes dirigen cuestionamientos hacia el saber médico, lo cual, según el testimonio genera problemas en el marco de la relación médico paciente. Donde, se alega, la misma no puede funcionar correctamente, en tanto el paciente se dedica a discutir con el médico, y no aceptan y se comprometen con lo que aquel dictamina, cuestionando sus saberes.

Yo atiendo de todo. Lo que sí, trato de tener empatía con el paciente, si no tengo empatía, y el paciente me está cuestionando, porque algunas veces los pacientes te cuestionan las cosas, hablan mal de un médico, del otro, por desconocimiento, trato de no atenderlos. Algunas veces he echado a pacientes del consultorio, porque tengo la potestad para hacerlo, porque estamos en un hospital donde, no en el hospital, pero en privado, donde hay una clínica donde hay 50 clínicos, entonces, si me elige, y vamos a estar discutiendo todo el día, o me va a estar objetando... tiene 49 médicos. No te puedo decir “¡no! me abandona”, esto es así, la relación con el médico, es como, como un auto de carreras donde va un piloto y un copiloto, no puede haber permanentemente... hay algunas personas que se caracterizan, son pocas, ¿no?, pero permanentemente “¡no! Que el médico una vez... que el médico es un estúpido, me dio un tratamiento para el colesterol y ¡cuando me normalizo quería que siga tomando la pastilla!”, “¡obvio, que sí!”, te normalizó por la pastilla... así, hablando mal de todos los médicos. A una tarde dos minutos en desatenderla, y la verdad que te hace la medicina insalubre ¿viste?, si vos no te sentís bien, no son tantos, pero si vos no tenés empatía con el paciente lo mejor es que tengas otro médico, y yo otro paciente (risas). (Entrevista 3, médico clínico)

Es interesante apuntar cómo el término “empatía” es aquí utilizado por el entrevistado en un sentido que alude a la capacidad del paciente de comprender las razones que el médico proporciona para realizar una determinada terapéutica, y adherir a la misma. Al encontrarse con un paciente que cuestiona determinados aspectos del proceder médico, respaldado por saberes que el personal médico sostiene como verdades, se suceden situaciones de tensión que generan en él disgustos. De esta forma, el entrevistado ha referido que ha llegado a echar a pacientes del consultorio, en una clínica privada, donde argumentando que hay un gran número de médicos entre los que el paciente puede escoger, el paciente debería encontrar entre los mismos a otro médico capaz de atenderlo, teniendo en cuenta que su relación con el paciente que lo cuestiona no es de su agrado.

La declaración del entrevistado, deja entrever como este tipo de acción puede ser llevado a cabo en instituciones privadas, pero no en el hospital público, ámbito donde el

paciente no tiene la posibilidad real de elección del médico dado que la atención es por servicio, asimismo y retomando una referencia anterior, al perfil del paciente del hospital público le es adjudicado un carácter más asociado a la sumisión, siendo que no aparecen relacionados con episodios de puestas en cuestión, o críticas hacia la práctica y saberes del médico, como si ocurre con los pacientes del privado.

EL SÍ MISMO. PERSPECTIVAS QUE TAMBIÉN HABLAN DEL OTRO

Interrogados los entrevistados en torno a qué esperan los pacientes con HTA cuando acuden al consultorio, han mostrado en sus respuestas ciertos matices donde pueden enfatizarse tendencias. En los relatos pueden apreciarse diferentes observaciones en torno la figura del paciente que permiten aportar elementos relacionados con caracterizaciones generales sobre aquellos. Vemos así cómo en líneas generales la consulta del paciente es vinculada con la búsqueda por parte del mismo de dar solución a un problema, para lo cual el médico es visto como el sujeto encargado de dar respuestas en este sentido.

Asimismo, ha aparecido en los relatos una caracterización del paciente referida a una demanda hacia el médico de brindar, o proporcionar una solución que implique el menor esfuerzo posible de su parte. De esta forma le es adjudicada a la figura del paciente una pretensión de mantenerse en una posición de comodidad, donde aparece procurando sostener una postura pasiva.

- Los pacientes esperan que cumplan con tu rol de médico, eso es lo que esperan. Eso es.

- Y cuál sería el rol?

- El rol es cuando tienen dolor que se lo saques, cuando están enfermos que los cures, cuando tienen la presión alta que se la bajas. Obviamente lo más rápido posible con el menor esfuerzo posible (risas). A veces uno cuando se pone insistente con unas cosas la relación se deteriora, y el paciente muchas veces se va, no se siente contenido. Muchas veces pasa eso, se rompe

cuando o hay una demanda excesiva del paciente o hay una demanda excesiva del médico que el paciente no lo cumple... (Entrevista 3, médico clínico)

El paciente yo creo que lo que quiere es que yo le dé una solución milagrosa. Los pacientes hipertensos quieren que les dé la pastillita que les permita comer, les permita tomar, les permita mirar la tele y jugar a la play, y así y todo, estar bien y vivir hasta los 100 años. La verdad que la expectativa es esa, hay una necesidad de no hacer nada como para mejorar, o sea no... todo sin sufrimiento, y el privarte, el cambiar un estilo de vida como el que tenemos los argentinos es un sufrimiento, yo les digo siempre (risas) “ te voy a arruinar la vida, a partir de hoy te arruino la vida”, porque vas a tener que cambiar los hábitos de dieta, vas a tener que empezar a hacer ejercicio, a gente que nunca en su vida se puso una zapatilla. El paciente lo que piensa es eso, lo que espera es eso. Primero espera que no le des la noticia, aunque sabe que la va a recibir, ya sabe, desde el día que te hizo la primer consulta ya sabe que va a terminar hipertenso. Lo que espera es que uno le dé la solución con el menor esfuerzo, esperan eso, la gran mayoría espera eso. (Entrevista 2, médico clínico)

Otros han referido a la cuestión de la responsabilidad atribuida a los médicos de que el paciente no tome en el desarrollo de sus prácticas de autoatención, comportamientos que se encuentren alejados de los dictámenes provenientes de la biomedicina, tales como la consulta con un curandero, puesto como ejemplo por el entrevistado.

El profesional de la salud debe, para tal objetivo, “hacerle tomar conciencia” al paciente sobre su padecimiento y sobre los tratamientos considerados válidos, debiendo ser claro para ello, dado que aquel debe hacer entender “que no hay magia” y por lo tanto, implica llevar a cabo determinadas conductas que pueden requerirle esfuerzo. Aquí uno de los entrevistados apela también a *predicar con el ejemplo* para tal fin.

Mirá, los médicos buscamos darle respuesta a problemas de salud que tienen los pacientes, y yo creo que tenemos la responsabilidad de informarle al paciente, hacerle tomar conciencia de lo que le está sucediendo, de darle esperanzas de que lo que él tiene se puede tratar. Y es como la religión, las religiones, depende de ya te digo, la energía que uno ponga en eso, lo claro que sea, como para que el paciente después no termine en otras manos como en los curanderos, o que cree que esto es místico, o es mágico, y que se va a arreglar de un día para otro. La biología

realmente es muy compleja, y una es que el paciente entienda eso, que no hay magia, que si hubiera magia el médico tomaría la pastillita mágica que no haría ejercicio, tomaría alcohol, fumaría, y que estaría todo bárbaro. (Entrevista 5, médico cardiólogo)

Sin embargo, por último corresponde rescatar un caso en el cual la contestación frente al interrogante planteado resultó, por lo menos novedosa al aludir al aspecto de la *contención*, destacándolo como aquello que busca el paciente. Aquí el problema que motiva la consulta no queda restringido al marco de de “problema médico” como en los restantes casos, sino que aparece ampliado a diferentes vivencias que puedan resultar en una necesidad de contención por parte del sujeto.

Buscan la contención humana. Y obviamente solucionar los problemas, porque no vienen a ver a un amigo, pero si la contención es fundamental. Y eso es alguna de las cosas que vos ves que por ahí los pacientes necesitan, una contención, solucionar sus problemas, sí, pero también una contención. Yo muchas veces los veo y no tienen un problema médico que tengan que resolver, sino situaciones familiares, o situaciones de... preocupaciones que van más allá de un valor de presión o de esa enfermedad. Situaciones con la familia, los hijos, que repercuten obviamente en el paciente y por ahí no en la presión, o si, pero que se sienten... y vienen por ahí a veces a buscar esa contención, eso sí. (Entrevista 4, médico clínico)

De esta forma, podemos apreciar en los discursos de los entrevistados una convergencia de opinión en cuanto a que el médico es compelido a resolver *problemas* que el paciente porta. Sin embargo, también han emergido un conjunto de cuestiones que dan cuenta de la heterogeneidad de respuestas brindadas que han llamado la atención, entre las que se ha destacado la responsabilización por parte del médico por convencer al paciente de realizar prácticas de autocuidado con un anclaje en el conocimiento biomédico, y por otro lado una respuesta novedosa por parte de uno de los sujetos en torno a la contención que busca el paciente en el consultorio.

HETEROGENEIDADES EN LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE. ÁMBITO PÚBLICO Y PRIVADO

Los relatos de los entrevistados han dado cuenta de diferencias notables entre los tipos de relación que se establece entre los pacientes del hospital público y privado, durante el diálogo han emergido constantes alusiones a las diferencias entre ambos ámbitos y las repercusiones sobre el tipo de relación entablada con los diferentes pacientes.

La diferencia de mayor alcance que ha sido apuntada por aquellos 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 (a veces nimia) personalización en el hospital público.

En el público se atienden en el servicio, a veces, pueden lograr una continuidad con un mismo médico, pero en general lo atiende el servicio. Yo voy cada 15 días, me turno con otro compañero, algunos médicos residentes durante 3 meses están todo el tiempo y después rotan, entonces nunca hay un médico de cabecera estricto, que es una falencia que hay que corregir, pero bueno... (Entrevista 2, médico clínico)

[En el hospital público] el seguimiento es por servicio, vos agarras la ficha, lees lo que tuvo, si te toca atenderlo previamente te puedes acordar y sino no. En el privado, no, tenés ficha... el paciente está en tu computadora... en tu cabeza, lo ves muy seguido, es otra cosa. (Entrevista 5, médico cardiólogo)

En el privado tenés un contacto más directo y más personalizado, sobre todo con las redes sociales que tenés ahora, como el Watsaap puntualmente. Tenés otro contacto, y no todos los pacientes, digamos, pero ellos te van a buscar a vos a tu consultorio porque saben que estas 2 veces por semana en tal horario, y porque estas atendiendo en algún otro lado y te buscan. (Entrevista 4, médico clínico)

A consideración de los relatos, en la clínica privada logra establecerse una relación de menor anonimato, donde el médico y el paciente con HTA llegan a identificarse, estableciéndose un contacto de mayor familiaridad, donde la naturaleza del vínculo se

diferencia del ámbito público donde el médico puede no llegar a volver a ver a mismo paciente.

De esta forma en el hospital privado puede establecerse una periodicidad que permite llegar a establecer una relación con cierta continuidad con el paciente, lo que facilita la labor de control y seguimiento de la terapéutica por parte del médico.

Si arrancó con valores muy altos le hago un control más estricto, más de un control por semana, si el paciente no tuvo ninguna complicación no lo haces, pero yo generalmente no lo cito una vez por semana, lo cito una vez cada 15 días, 20 días, dependiendo del paciente, pero si es un hipertenso fuerte sí, lo cito más seguido.

-seguimos hablando del privado ¿no?...

- sí, sí. En el público en realidad, todos estos factores hacen que vos por más que establezcas una conducta, el paciente no sabes si te va a cumplir, no sabes si vos vas a estar, porque por ahí estas de paro, el consultorio está cerrado, o porque no te toca ir, entonces es como que vos en el público vas cumplís y... es lo que pasa en nuestro consultorio, no pasa en todos los hospitales, pasa en nuestro consultorio, vos vas, cumplís un horario y te vas... Y ves lo que tuviste que ver en ese momento, por ahí tuviste que ver gente que, alguno será conocido nada más. Vos le ves la historia y tratás de aprehenderlo, de lo que tuvo... y tratar de hacer lo mejor posible, pero no siempre es fácil eso. Es como que vos vas, cumplís en atenderlo y nada más, no podés ver el tema de la evolución. Y en el privado, sí, lo citas de acuerdo a lo que te parezca, y 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)

Asimismo, esta mayor personalización de la atención a la que refieren los entrevistados en el ámbito privado requiere un mayor nivel de compromiso por parte del médico en tanto que el paciente deposita un conjunto de demandas en su propia persona, y no en el servicio.

Pero sí, 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)

Sacando en limpio, puede entreverse en los discursos cómo en el hospital público el personal médico no toma a consideración la cuestión de la evolución del paciente en relación al tratamiento de la HTA del mismo modo que en la clínica privada, siendo que en el ámbito público la relación con el paciente no se desarrolla en un marco de continuidad temporal, como si ocurriría en el privado.

De esta forma, el paciente que concurre al ámbito privado es individualizado y es provisto con un mayor control médico, siendo que el seguimiento de su evolución es realizado con una periodicidad que el del público no posee. Aparece así la cuestión de que el personal médico puede, en tanto individualiza al paciente, depositar expectativas sobre su evolución en relación a la HTA, lo que en general no se evidencia en relación a los pacientes que concurren al hospital público.

Esta cuestión nos lleva a recordar aquella secuencia dolor-diagnóstico-tratamiento-cura, secuencia problematizada por Del Mónaco (2011) que señala se quiebra ante la cronicidad, siendo que el padecimiento se convierte en una condición, una experiencia intersubjetiva que altera la cotidianeidad a largo plazo y que modifica las relaciones vinculares, produciéndose la cronificación de la relación médico-paciente. A cuenta de ello, podría pensarse aquí, en vista de las declaraciones de los entrevistados que dicho fenómeno de cronificación de la relación médico-paciente 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 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 el primer capítulo dedicado a la llegada del paciente, donde los relatos aluden a pacientes que llegan y “no vuelven más” hasta tener importantes daños o complicaciones agudas.

DE “MITOS” Y NO-VERDADES

Lo esencial de este modelo biomédico es el conocimiento de la enfermedad, la evidencia objetiva, que es independiente del testimonio del enfermo, aunque éste sea habitualmente un elemento a considerar para obtener dicha evidencia. Así definido su objetivo, trata de conocerlo detalladamente en lo que considera pertinente, desplegando diferentes estrategias.

En este plano podemos dar cuenta el rol del diálogo, que se constituye como un importante factor en el encuentro entre médico y paciente, encuentro a que se da inicio generalmente con un acto narrativo, siendo que la obtención de información a través de indagar en las historias que relata el paciente aparece como una herramienta primordial. El personal médico rescata los elementos significativos al interior de la narrativa, selección fundada en saberes aprendidos -en su experiencia y formación- (Armstrong, 1988), y a partir de allí la información recabada contribuye a la realización de un diagnóstico, proponiendo en conformidad una terapéutica. (Del Mónaco, 2012)

Del lado del paciente podemos rescatar que, tal como señala Menéndez (2009), los sujetos y grupos constantemente aprenden formas de utilización de indicadores diagnósticos y de fármacos en el marco de la relación médico-paciente, aun dentro del reducido tiempo que caracteriza la consulta médica en la actualidad, siendo que la gran parte del mayor y profundo aprendizaje resulta operar en el momento clínico.

En este sentido, aparece aquí una cuestión de suma importancia, que necesita ser tratada. En el ámbito de la consulta relacionado con la HTA el personal médico

establece un diálogo con el paciente que contempla cuestiones de diversa naturaleza. En definitiva, en la consulta se produce una interacción donde se instaura un espacio dedicado al diálogo en el que el personal médico pretende, entre otras cuestiones, por un lado brindar, y por otro recabar información que considere de utilidad que pueda proporcionar el paciente. Allí aparecen desde ambas partes, un conjunto de supuestos y saberes entre las que el médico rescata algunos que se constituyen como problemáticos, y, por ende, son disputados.

Al momento de interrogar sobre los temas de la HTA le deberías preguntar con qué frecuencia se controla, cuales son los valores que tiene, si tiene aparato para medirse a el mismo, si se controla a él mismo, si el aparato es electrónico o es manual, si se controla en la sala de primeros auxilios, si se controla en una farmacia... para ver, a ver un poco los mitos que él tiene, si él realmente tiene conocimiento de lo que es la presión arterial. Y... bueno, también tenés que preguntarle un poco sobre la dieta, si cumple la dieta, si sabe que esta gordo o no esta gordo, si se controla el peso, y que otros factores de riesgo tiene. (Entrevista 1, médico clínico)

El médico considera, debe afrontar un conjunto de *desconocimientos* por parte del paciente, y proporcionar información para derribar creencias erróneas que los mismos puedan llegar a manifestar en la mencionada instancia de diálogo.

Si, uno ve las creencias... el paciente hipertenso lo que tiene miedo es que si vos das el tratamiento muy estrictamente o le das mucha medicación, tiene miedo de que le baje la presión, tiene un miedo se puede decir innato a que le baje la presión y que le pase algo. Uno le explica que el problema es la hipertensión, que le suba la presión y no la hipotensión que en última instancia le puede llegar a hacer sentir un poco de cansancio... y en el extremo llegar a perder del conocimiento, pero que no le va a traer ninguna complicación como la trae la hipertensión que es una de las cosas que tienen los pacientes... (Entrevista 5, médico cardiólogo)

Explicarle la dieta por ejemplo, que el tipo conozca... No, no, porque todos te responden lo mismo “yo como absolutamente sin sal doctor”, está gordo, y claro todo lo que engorda es rico y tiene sal, y ¿de que esta gordo?, si todo lo que engorda es rico y tiene sal, “¿y usted come

queso?: si. ¿come jamón?: si”, entonces vamos a empezar por decirle que come con sal y esta engordando y come un montón de calorías... pero bueno tratar de trabajarlo, pero es difícil, es difícil... Hay desconocimiento de la dieta, de la propia enfermedad... por supuesto que todo eso va de acuerdo al nivel intelectual de cada paciente ¿no? (Entrevista 1, médico clínico)

Se ha hecho mención con gran frecuencia a un conjunto de saberes que el paciente porta y que es necesario desterrar, por ser estas ideas acerca de la hipertensión consideradas erradas. Estos “errores”²⁹ a los que los entrevistados se refieren en muchos casos como “mitos” fomentan prácticas de autocuidado que aparecen como una desviación o una obstrucción a la adherencia que le es requerida al paciente. Aquellos “mitos” con los que el paciente interpela al personal médico, irrumpen en la relación configurando un conjunto de estrategias e imaginarios en torno a estos saberes que aparecen en el marco de la interacción entre ambos.

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

²⁹ Estos han sido abordados tanto desde la seriedad, como desde el humor. Uno de los entrevistados relata el caso de un paciente en referencia a los “mitos” desde la hilaridad: Yo tenía un quinielero ¿sabes lo que es? La quínela, el juego de la lotería, bueno el se ponía acá los dedos en la cabeza (pone dos dedos en la sien) y se creía que se tomaba la presión. ¡Para que te des cuenta!... imagináte, una vez lo llevamos a cirugía y estaba así con los dedos en la cabeza (risas). (Entrevista 1, médico clínico).

hipertensión, muchísimos. Eh, la idea es que ese mito... explicarle por qué no y desterrarlo.
(Entrevista 4, médico clínico)

M4- los mitos más comunes son la hipertensión nerviosa, el mito más común que te dicen es la hipertensión nerviosa, que te digan “mira, yo me pongo nervioso y tengo hipertensión, pero nunca fui hipertenso”, es el mito más típico, la hipertensión nerviosa. ¿Qué hacen los choferes en 7 y 50 a las 12 del mediodía?, se tienen que morir de un infarto, habría uno cada dos por tres. (Entrevista 6, médicos clínicos)

El personal médico, de este modo busca restringir diferentes saberes y prácticas a las fronteras de un marco conductual que permite y fomenta el seguimiento del paciente de las prescripciones dadas. De esta forma, del espectro de las diferentes prácticas a partir de las cuales el sujeto lleva a cabo estrategias de autocuidado, 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.

Algunos entrevistados han referido a la idea de “mitos”, como un elemento que de tanto en tanto se encuentra en el general de los pacientes. Sin embargo, uno de los entrevistados ha realizado una comparación en relación al ámbito público y privado. Donde los pacientes del hospital privado aparecen como dotados de un mayor caudal de “mitos” asociado a un mayor nivel de instrucción y a la realización de búsquedas de información sobre la HTA.

Eso sí, está lleno. Y eso en el privado y en el Público, y en el privado hay más mitos que en el público. Es así, es una diferencia que vos te das cuenta, el del privado tiene muchísimos más mitos que el del público, el del público no... En el privado son más, probablemente por más conocimiento por más lectura tiene más mitos que ha aprendido. En el público muy pocas veces es que te plantean “no hice esto porque vi esto, o leí esto”, muy pocas veces, en el privado si pasa, realmente sí. (Entrevista 4, médico clínico)

La información que forma parte de las formas de significar los padecimientos por parte de los pacientes resulta cuestionada al ser catalogada de *mito*, o creencia errónea y esto refuerza la existencia de un único saber, saber biomédico, detentado por la figura del médico.

NUEVAS TECNOLOGIAS DE LA COMUNICACIÓN COMO DIMENSIÓN DE LA RELACION MÉDICO-PACIENTE

La temática referida a las nuevas tecnologías de la comunicación, aunque pertinente para el tratamiento de la problemática, no ha sido inicialmente contemplada, aun así se ha transformado en el último apartado de análisis debido a la introducción del asunto y el interés en torno a la cuestión demostrada por los mismos sujetos.

Los entrevistados han manifestado que en sus experiencias, la relación médico - paciente ha sufrido diferentes cambios relacionados con el uso de las nuevas tecnologías orientadas a la comunicación. Este ha mostrado ser un tema que en el espacio del diálogo se ha impuesto como una cuestión a la que los sujetos atribuyen gran importancia, y que se encuentra estrechamente ligado a la reflexión al respecto de la personalización de la atención. Aquí pudimos encontrar un fenómeno que 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.

La cuestión acerca del impacto de las nuevas tecnologías de la comunicación sobre la relación médico-paciente ha dado lugar a declaraciones sumamente heterogéneas. Es una cuestión sumamente sugestiva el encontrar segmentos de opinión opuestas entre los entrevistados: mientras algunos manifiestan la decisión de limitar los contactos con el paciente que implican el uso de estas nuevas tecnologías que permiten el acceso a otras

formas de comunicación por fuera del ámbito estricto del consultorio, otros deciden usufructuar y fomentar la utilización de dichas herramientas que operan expandiendo el marco tradicional de la relación con el paciente.

Por un lado, algunos entrevistados han mostrado una utilización de medios de comunicación telefónicos para la interacción con el paciente, con los que manifiestan comodidad. Estos han abordado la temática enfatizando las potencialidades que estas herramientas poseen, buscando aprovecharlas.

A los enfermos en general les doy opciones de seguimiento, al enfermo le doy mi teléfono, así hay otra forma de contactarse y facilidades para verme... si yo doy turno una vez cada 3 meses, el enfermo ¿qué te va a venir?, yo en cambio si tengo una consulta más abierta donde el enfermo puede agregar un turno, etcétera, son posibilidades... o de llamarte si los valores se van por encima de lo normal. (Entrevista 1, médico clínico).

Vienen. Y hoy para eso, la herramienta del Watsaap, del celular es muy útil para, por ahí, porque cuando es programada bueno, en 3 meses uno puede decir, bueno... más o menos en un tiempo hay una nueva consulta, y al estar 3 meses adelantado a esa nueva consulta es muy probable que consiga turno, un poco más, un poco menos. El problema es cuando necesitan una atención medianamente rápida. Entonces ahí es cuando entra el celular, el mensajito de texto, el Watsaap, o la consulta extra-turno; con eso el paciente se siente más contenido para solucionar un problema que es sobre todo de relación y de adherencia. Eso mejoró muchísimo con las nuevas tecnologías. (Entrevista 4, médico clínico)

No me pasa que te embroman tanto los enfermos, se construyen barreras infranqueables sino, no sirve eso para nada. Si vos quieres que el tipo te adhiera a la consulta, vos primero tenés que romper las barreras de la comunicación y de la relación. Los tipos te lo piden, y si vos estableces barreras... bueno... él te puede establecer barreras porque es un loco, un nervioso, anda excitado, eh, le calienta absolutamente nada de las consecuencias de la presión arterial, y vos podés establecer barreras porque te crees que estas allá en el pedestal y que a vos nadie te puede molestar porque estás en tu casa... (Entrevista 1, médico clínico)

Otros entrevistados, sin embargo, han manifestado poseer reservas respecto a estos modos de comunicación, enfatizando problemáticas relacionadas con la utilización de dichas tecnologías para el establecimiento de una comunicación médico-paciente.

Algunos pacientes te toman ¿viste?, como esto del celular ha acercado mucho a los médicos. Vos no terminas siendo amigo... de muy pocos pacientes sos amigo, pero bueno, vos tenés un poco de avasallamiento sobre la privacidad, vos acabas de ver esto (refiriéndose a la llamada telefónica que interrumpe el diálogo en la entrevista), la persona que va a la ambulancia, que no la internan, que se tiene que internar, que no le solucionan el problema llama. (Entrevista 3, médico clínico)

Yo no hago consultas telefónicas, simplemente resuelvo lo inmediato y que me vean en el ámbito de la consulta. Porque la consulta por Watsaap sobre todo, que no tiene costo, y que tiene foto, y que tiene todo, o sea, se vuelven hasta irrisorias... y ¡no! Llega un momento que pongo “no, anda a verme” punto. Si tienen un problema agudo los oriento como hacer, si es algo grave, o algo que a mí me parezca grave por el mensaje, los oriento, les digo 2 o 3 cositas y después ya no sigo la consulta por ahí, para mí se vuelve un problema.

L- tratas de que no pase por ahí...

J- no doy alternativas telefónicas, o vas a la guardia o me ves a mí. Por lo pronto tomate tal cosa, nada más. (Entrevista 2, médico clínico)

La gente hace uso de esto, hay de todo, el que lo necesita lo usa y el médico está demasiado involucrado con estas cosas, eh digamos, esto del celular ha hecho que la gente acceda rápido al médico, y empieza a personalizar su atención. Si bien esta bien tener su médico de cabecera, le pasa a los médicos, me pasa, y a médicos amigos míos... que están agobiados, no tienen privacidad, y el paciente si no lo viste vos no está tranquilo, se cree que vos lo vas a curar, y a veces los mismos médicos generan eso, entonces somos presos de sus mismos ideales, o de los mismos que proponen, o que venden, o que muestran, generan una relación de pertenencia que si no está el... y después son presos de eso, porque lo incorporan, se viven quejando, la gente ¿viste? Esto lo personalizó. (Entrevista 3, médico clínico)

De esta forma, puede verse cómo determinadas fronteras que el médico busca trazar en su relación con el paciente son establecidas según convicciones y creencias de carácter

personal que el sujeto porta. Mientras por un lado algunos médicos promueven el uso de estas formas de comunicación con el paciente otros insisten en los inconvenientes que aquellas generan, y buscan limitarlas en su práctica. De este modo, puede verse en el último entrevistado, como es cuestionada “la relación de pertenencia” en torno a un médico específico, es decir, una dimensión de la personalización de la atención.

Asimismo otro de los entrevistados ha manifestado una preferencia en torno a la comunicación cara a cara, dado que resulta más efectiva en términos de lograr la adherencia del paciente.

Yo sigo creyendo en la relación personal, está bien que pueda haber una consulta telefónica o un watsaap en caso de una urgencia, eso se puede usar en casos excepcionales, pero la relación personal es fundamental, por vía skype, todo eso no es lo mismo, es lo que pienso, no va a haber la misma adherencia, ni la misma comunicación entre el médico y el paciente.

(Entrevista 5, médico cardiólogo)

Por otro lado, en algunos relatos acerca de experiencias personales en torno a la cuestión del uso de tecnologías de comunicación, que potencian nuevas formas de contacto por fuera del ámbito de la consulta pero que también influyen en la dinámica de la misma, han sido subrayadas diferencias experimentadas entre el sector público y privado.

...en el público mucho menos, la gente respeta mucho más los espacios... obviamente que hay pacientes del privado que te haces amigo, y hay algunos pacientes del público que te haces amigo, digamos eso no cambia. Pero el paciente del público, es más respetuoso, respeta mucho más tu lugar en general ¿no?, en la consulta también. Gente maleducada hay en todos lados. Y bueno, la verdad que no pasa... si digamos... mucha gente del público no te llama porque no tiene crédito también... (Entrevista 2, médico clínico)

Yo el teléfono se lo doy a todos. Tanto en el público como en el privado, no tengo inconvenientes, o sea, se los ofrezco cuando se da la situación, o me lo piden, o tengan algún problema, sea en el público o sea en el privado. Es muy poco probable que en el público te lo pidan, y es totalmente frecuente que te lo pidan en el privado. Yo no hago diferencia y eso es también muy importante,

que la gente tenga un contacto más fluido y rápido si necesita evacuar una duda o tiene algún problema, sobre todo con la presión, porque dentro de esos mitos es muy frecuente que terminen en una guardia por un valor elevado, que se lo tomaron en un contexto que no se lo tenían que tomar y que terminen en una guardia. Entonces, algunos temas son tranquilizadores para ellos, y también te mejora la relación porque cuando ellos necesitan... si vos estás en cierta medida digamos... y no me pasa que por darle el teléfono a todos vivo con el teléfono a mil, que me llama uno, que me llama el otro. (Entrevista 4, médico clínico)

M4- el paciente te llama cuando las papas queman, sino no te llaman. Vos le podés decir al paciente llame cuando tiene alguna duda, o se olvido de algo, o le parece que no se siente bien etcétera, pero no generalmente te llama cuando las papas queman. En mi caso no me paso que me llaman por cualquier cosa. ¿Eso pasa sabes con quien? En los pacientes de los que trabajamos en clínicas, en clínicas sí. Los que trabajamos en privado, en consultorio. Pero acá en el hospital es muy raro... (Entrevista 6, médicos clínicos)

Se señala asimismo, en los últimos fragmentos de cita, la cuestión de los recursos como limitante para el establecimiento de la comunicación por vía telefónica con pacientes del ámbito público.

Aquí puede observarse cómo la relación en su dimensión pretendidamente técnica aparece matizada en el desarrollo de la comunicación. Se hace evidente aquí la naturaleza de la supuesta “autonomía” que el paciente posee, los usos de dispositivos tecnológicos a los que han referido los entrevistados dan lugar a episodios que ponen de manifiesto un tutelaje por parte del médico ante ciertos aspectos cuya ocurrencia se enmarcan en el cotidiano del sujeto y que este último comunica con aquél para recibir opinión u consejo.

De aquí puede ser señalado cómo es que de aquello que el paciente consulta, sólo lo considerado “grave” por el médico es tenido en cuenta estableciéndose un delineamiento respecto a aquello que no aparece como relevante. De esta forma, lo que el paciente comunica es en ciertos casos desestimado por el hecho de que las preocupaciones que manifiesta el sujeto así como apreciaciones, son consideradas o

erróneas o temores infundados, y por tanto descartados como objeto sustancial de atención.

Puede entreverse fundamentalmente, en relación a la anamnesis, cómo en el diálogo establecido en la consulta el médico requiere sobre todo de pruebas objetivas, dado que el paciente puede decir algo que no sea “correcto” desde el punto de vista médico.

A MODO DE CONCLUSIÓN.

En el presente trabajo se pretendió indagar en las prácticas y representaciones del personal médico en torno a los sujetos con hipertensión arterial y a los tratamientos de dicho padecimiento.

Se ha recurrido para ello a los relatos proporcionados por médicos en el marco de entrevistas, donde los mismos han presentado escenarios e imaginarios que dejan entrever un cúmulo representaciones y valoraciones acerca de los diferentes pacientes con HTA y de los tratamientos y estrategias con las que el enfrentan su relación con aquellos; lo que ha permitido, a su vez, dar cuenta de aspectos relevantes que refieren a los mismos profesionales de la salud.

Es así que realizamos un recorrido en el que pudimos indagar en las prácticas y representaciones de dichos actores claves en relación a la atención de los sujetos con HTA, análisis que a modo organizador ha sido dividido en diferentes capítulos 1) Dar el primer paso. 2) Instancias de diagnóstico de la HTA. El control y el papel del paciente. 3) La trastienda de la consulta médico-paciente. 4) Relación médico-paciente. ¿Como un auto de carreras? Tal recorrido analítico ha sido abordado a partir de un conjunto de ejes que atraviesan diversos fenómenos que han resultado de interés en el trabajo de campo y que han sido analizados en función del bagaje teórico y conceptual explicitado en el marco teórico.

De este modo, por un lado pudimos adentrarnos en las relaciones de poder, saber y verdad que atraviesan la relación médico-paciente, problematizar la perspectiva de adherencia en el marco de las practicas de autocuidado que los sujetos llevan a cabo en su cotidianidad, así como dar cuenta de diferentes tensiones que atraviesan las representaciones del personal médico, especialmente las relacionadas la puesta en

práctica de diferentes saberes provenientes de la biomedicina en los ámbitos público y privado.

Se ha encontrado aquí en las propuestas terapéuticas antifipertensivas recomendadas por los profesionales de la salud, el reconocimiento de diversos límites, pero también potencialidades. Ambas cuestiones aparecen ligadas a las representaciones de dichos actores sobre la figura del paciente, sobre quien, desde el punto de vista médico, recae la responsabilidad por su consecución.

Pudimos también reconocer diferentes estrategias desplegadas por el profesional de la salud orientadas a lograr que el paciente enfrente sus procesos de autoatención conforme a los a los tratamientos que le son asignados, es decir lograr su adherencia, buscando paralelamente excluir practicas y saberes no-biomédicos. Asimismo, hemos podido dar cuenta de un cúmulo de obstáculos que el personal médico ha señalado para el “correcto” desarrollo de su práctica, que responden a problemáticas identificadas tanto con la figura del paciente, como con las instituciones prestadoras del servicio de atención.

De esta forma, los entrevistados, además de conocimientos “teóricos” propios de la disciplina médica, ponen en juego saberes de tipo “práctico” que devienen de un aprendizaje cotidiano en el que desarrollan su práctica, donde son interpelados por situaciones concretas. Teniendo en cuenta ello, encontramos en las representaciones de los entrevistados un conjunto de tendencias, es decir, de opiniones en cierto punto homogéneas sobre distintas dimensiones que han sido indagadas, así como también pudimos captar matices y diferencias.

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, pudo reconocerse también como tendencia, la alusión a un “deber ser” de la consulta por HTA que aparece protocolizada, y sobre la que son luego reconocidas problemáticas relacionadas a la propia experiencia de atención. Sobre este punto, cabe destacar (entre otros hallazgos enmarcados dentro del mismo fenómeno) que la continua referencia de los entrevistados al ámbito privado para dar cuenta de los protocolos de rutina de la consulta ha permitido inferir que es allí donde son contempladas las condiciones más ideales del ejercicio de su práctica y de relación con el paciente. Mientras que ante la referencia al ámbito público aparecen diferentes cuestiones que impiden llevar a cabo dichos protocolos forma no-problemática.

En relación a la *adherencia*, ha aparecido en los relatos de los entrevistados una fuerte valoración, en tanto que el “deber ser” representado en la imagen del “paciente ideal” ha sido construida en función de su óptimo cumplimiento de la terapéutica asignada.

Así también, sobre el mismo eje, 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. De esta forma, hemos identificado una tendencia por parte aquellos al establecimiento de *tipos de paciente* 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. Estas tipologías, en su generalidad, han sido presentadas y esbozadas en los relatos en función de alusiones a experiencias personales en el marco de la consulta relacionadas a la interacción y trato con los diferentes pacientes.

En este sentido, a partir de allí los entrevistados han señalado desde problemáticas relacionadas a los marcos de posibilidad para acceder al tratamiento y sistema de salud, a problemáticas relacionadas con déficits en el ejercicio de autocontrol para llevar a cabo las tareas planteadas en el marco del tratamiento dado (atribuidos a la variabilidad de las personalidades de los pacientes).

De esta forma, se ha observado en función de aquellas caracterizaciones y tipificaciones de los pacientes, diferenciaciones en la asignación de estrategias, recursos, responsabilidades y merecimientos entre los mismos que impactan en los términos y formulaciones de los tratamientos antihipertensivos propuestos por el médico.

Por su parte, los entrevistados han manifestado el despliegue de un conjunto de estrategias orientadas a lograr un compromiso de *sus pacientes* en relación a los tratamientos, en línea con observaciones y evaluaciones orientadas al tutelaje sobre la comprensión y realización de los mismos, así como también en torno a la regularidad de las consultas. Asimismo, como contracara, también ha sido planteada, en función de la alegada responsabilización del paciente por el curso de su padecimiento ligado al seguimiento de los tratamientos asignados, una demarcación de sus propias funciones, estableciendo un límite a sus competencias como profesionales de la salud.

Finalmente, teniendo en cuenta todo ello hemos podido complejizar los escenarios planteados inicialmente en las hipótesis propuestas a modo orientador sobre las posibles situaciones a encontrar en campo, de este modo se ha logrado problematizar el concepto “negociación” presente en dichos escenarios, reconociendo que dicho espacio, mediado por el diálogo entre el profesional médico y el paciente, continúa enmarcado en una relación de poder asimétrica, que implica la subordinación de este último; así, al enriquecer el panorama han podido encontrarse variabilidades en torno a las

expectativas, planteos, y posicionamientos médicos relacionados con aquellos escenarios.

Dado que este trabajo de investigación ha sido planteado como un estudio exploratorio cabe recordar que se ha buscado aquí proporcionar información de interés que pueda constituir un aporte para futuras investigaciones que busquen enriquecer con nuevos abordajes teóricos, profundizar o problematizar algunas cuestiones aquí señaladas, u otras que por una u otra razón han sido escasamente abordadas en el estudio, por lo que esperamos, sinceramente, que pueda ser de utilidad, o que, a lo menos, pueda aportar algo a quien se haya encontrado con ella.

BIBLIOGRAFÍA.

- Acosta González, M., Debs Pérez, G., de la Noval García, R., & Dueñas Herrera, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(3), 1-1.
- Armstrong, David (1988). "Space and Time in British General Practice". En: Lock, M. y Gordon, D. (Ed.). *Biomedicine Examined*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- Barber, N., & Margulies, S. (2009). Procesos de atención de personas que viven con VIH: Un enfoque desde las trayectorias terapéuticas. *Grimberg M, editora. Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: *Antropofagia*, 537-552.
- Basterra M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care España*. 97-106.
- Berger P, Luckman T. (1994). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bourdieu P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu P. (1997). Espacio social y espacio simbólico. En: *Razones Prácticas*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu P. (2000). Cuestiones de sociología. Madrid: Itsmo;:75-118.
- Bourdieu, P. (1991). Estructuras, habitus, prácticas. *El sentido práctico*, 91-111.
- Bourdieu, Pierre. (1993); *Sociología y Cultura*. México, Ed. Grijalbo.
- Carhuallanqui, R., Diestra-Cabrera, G., Tang-Herrera, J., & Málaga, G. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista Medica Herediana*, 21(4), 197-201.
- Conrad, P y Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. 1ª edición. Saint Louis: C.V. Mosby.

- Conrad, P. (1985). The meaning of medications: another look at compliance. *Social science & medicine* (1982), 20(1), 29–37.
- Conrad, Peter (1982) “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”. En: Ingleby, D. (ed) *Psiquiatría clínica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica
- Contreras Orozco, A. D. C. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. *Revista Científica Salud Uninorte*, 26(2).
- 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. (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, Romina. (2013). Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. *Salud colectiva*. 9(1), 65-78.
- Deleuze, G. (1989): «¿Qué es un dispositivo?», en: Michel Foucault, filósofo, Gedisa, Barcelona.
- DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role.
- Dumit, J. (2012). *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. Duke University Press.
- Ferrer V A. (1995) "Adherencia" o "cumplimiento" de prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales implicados. *Rev Psicol Salud*. 7(1):106.

- Ferrer Pérez, V. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados. *Journal of Health Psychology*, 7(1).
- Finkel, Diana (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.
- Frank, A. W. (2013). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.
- Freidson, Elliot (1978). La profesión médica. Península, Barcelona.
- Fuentes, J. G. (2013). Efectos performativos de la adherencia farmacológica en el tratamiento de la hipertensión. Grupo de trabajo: salud y seguridad social. Disponible en: http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19_GarciaFuentes.pdf
- Gámez, G. G., & Roales-Nieto, J. G. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(3), 393-403.
- Ginarte, Y. (2001). La adhesión terapéutica en. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 17(5), 502-505.
- Gómez, E. Rosa (2002). El médico como persona en la relación médico-paciente. Editorial Fundamentos.
- González Valdés, T., Deschappelles Himely, E., & Rodríguez Cala, V. (2000). Hipertensión arterial y estrés: Una experiencia. *Revista cubana de medicina militar*, 29(1), 26-29.

- Granados, G., Gil Roales-Nieto, J., Moreno San Pedro, E., & Ybarra, J. L. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión.
- Grimberg, M. (2000). Género y VIH/SIDA: Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. *Cuad. méd. soc.(Ros.)*, (78), 41-54.
- Haynes R.B. (1979). Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care* Baltimore: John Hopkins University Press; p. 1-7.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.
- Jodelet, D. (2000). Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*. México, DF: UNAM, 7-30.
- Jodelet. D. (1986) “La representación social: Fenómenos, conceptos y teoría”. En: Moscovici. S. “*Psicología Social II*” Ediciones Paidós, Barcelona, España.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic books.
- Knight, E. L., Bohn, R. L., Wang, P. S., Glynn, R. J., Mogun, H., & Avorn, J. (2001). Predictors of uncontrolled hypertension in ambulatory patients. *Hypertension*, 38(4), 809-814.
- Kornblit A. (2007) *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*, Buenos aires: Biblos.
- 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.[Links]).
- Margulies, S. (2010). Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina. *Intersecciones en antropología*, 11(1), 215-225.
- Marin, M. J., Fábregues, G., Rodríguez, P. D., Díaz, M., Paez, O., Alfie, J., ... & González, M. (2012). Registro nacional de hipertensión arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial: estudio RENATA. *Revista argentina de cardiología*, 80(2), 121-129.
- Marín, Z. R. (2009). La enfermedad y el sentido del sufrimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1), 0-0.
- Marradi, A., Archenti, N., & Piovani, J. I. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- Martín Alfonso, L., Sairo Agramonte, M., & Bayarre Vea, H. D. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2), 0-0.
- Martín, M., & Grau, J. (1994). Evaluación del enfermo con dolor crónico: orientaciones prácticas. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 66-69.
- Martínez, J. W., Villa, J. A., Quintero, A. M., Jaramillo, J., Calderón, V., & Copete, A. V. (2011). Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en un hospital de segundo nivel. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol*, 29(2).
- Menéndez, E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos médico sociales*, 59, 3-18.

- Menéndez, E. (1992). 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. (2009). De sujetos, saberes y estructuras. *Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar*, 105.
- Menéndez, E. (1990). Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. 1ª edición. México: Alianza.
- Menéndez, E. (1988) “Modelo médico hegemónico y atención primaria”, en Segundas jornadas de atención primaria de la salud, pp. 451-464
- Miguel Vicente Pedraz. (2010). La construcción social del cuerpo sano. El estilo de vida saludable y de las prácticas corporales de la forma como exclusión. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 28(4), 129-145.
- Moscovici, S. (1979). La representación social: un concepto perdido. *El Psicoanálisis, su imagen y su público*, 27-44.
- National Institute of Health. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.
- Orueta, R., Toledano, P., & Gómez-Calcerrada, R. M. (2008). Cumplimiento terapéutico. Formación continuada. Actualización en medicina de familia. *SEMERGEN*, 34, 235-243.
- Pedraz, M. V. (1997). Poder y cuerpo: El (incontestable) mito de la relación entre ejercicio físico y salud. *Educación Física y Ciencia*, 3(2), 7-9.
- Pedraz, M. V. (2007). La construcción de una ética médico-deportiva de sujeción: el cuerpo preso de la vida saludable. *Salud pública de México*, 49(1), 71-78.
- Piedrahíta, M. C. C., Olarte, L. M. C., & Rivas, D. C. (2013). Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. *Hacia la Promoción de la Salud*, 18(1), 81-96.

- Quintana Setién, C., & Fernández-Britto Rodríguez, J. E. (2009). Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 28(2), 0-0.
- Rey, Fernando González (2002). Sujeto y Subjetividad, una aproximación histórico cultural, publicado por Thompson.
- Rosas Peralta, M., Lara Esqueda, A., Pastelín Hernández, G., Velázquez Monroy, O., Martínez Reding, J., Méndez Ortiz, A., ... & Attie, F. (2005). Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte nacional de seguimiento. *Archivos de cardiología de México*, 75(1), 96-111.
- Sautu, R. (2003). Todo es teoría. Lumiere Ediciones.
- Vergel Rivera, G., Zapata Martínez, A., Cruz Barrios, M. A., Vergara Fabián, E., Gutiérrez Miranda, J. L., & Hernández Echenique, M. (1995). Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de Ciudad de La Habana: FAREP2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(2), 150-156.
- Wang, P. S., Bohn, R. L., Knight, E., Glynn, R. J., Mogun, H., & Avorn, J. (2002). Noncompliance with antihypertensive medications. *Journal of general internal medicine*, 17(7), 504-511.
- Weingast, D. (2014). Redes de cuidados en salud: cuidadores e instituciones en contextos complejos. Atender y cuidar: un trabajo cotidiano dentro y fuera del hogar .XI Congreso Argentino de Antropología Social Rosario.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. (WHO/MNC/03.01). 98-105.

- Yusuf, S., Reddy, S., Ôunpuu, S., & Anand, S. (2001). Global burden of cardiovascular diseases part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, *104*(22), 2746-2753.
- Zaldívar, D. (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida*.
- Zambrano, R. C., Duitama, J. F., Posada, J. I., & Flórez, J. F. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular/Perception of adherence to treatment among patients with cardiovascular risk factors. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, *30*(2), 163.