

¿Cuerpos u organismos? El encuentro médico como dispositivo de control en un centro de atención primaria de Barcelona

Bodies or organisms? Medical encounter as a control apparatus at a primary care centre in Barcelona

Alejandro Zaballos Samper; M^aCármen Peñaranda-Cólera

Universitat Autònoma de Barcelona, alejandro.zaballos@e-campus.uab.cat

Historia editorial

Recibido: 28/02/2012
Aceptado: 30/10/2012

Palabras clave

Encuentro médico
Atención Primaria
Dispositivos de control
Metodologías Cualitativas

Resumen

Las prácticas de asistencia médica están orientadas por tecnologías, discursos y conocimientos sobre salud/enfermedad produciendo efectos de dominación, mediante la elaboración de diagnósticos, farmacologización, creación y mantenimiento de pautas, hábitos y conductas de vida. La interacción en el dispositivo médico de Atención Primaria, construida con relación a la existencia de un discurso médico y unas prácticas sociales alrededor de la salud, la enfermedad y el cuerpo desde la visión biomédica dominante y el contenido ideológico que éstos contienen, está atravesada por relaciones de poder. A partir de datos etnográficos y entrevistas en profundidad, analizamos en este artículo los diagnósticos, la medicalización y las estrategias biopolíticas de prevención y mejora de la salud desarrolladas desde la consulta de un Centro de Atención Primaria de Barcelona como dinámicas de control producidas en el encuentro médico, que convierten el cuerpo en organismo.

Abstract

Keywords

Medical Encounter
Primary Health Care
Control Apparatus
Qualitative Methodologies

Medical practice is driven by technology, discourses, and knowledge about health and illness. This has resulted in its gaining a dominating position in power relations achieved by means of diagnosis, medicalization, habit and conduct creation and maintenance.

Interaction at primary care centres is built on mainstream biomedical views of both the medical discourse and the social practices related to health, illness and the human body. Moreover, it is also rooted on the ideologies conveyed by those social concepts, which in turn, permeate interaction all through with power relations.

The present paper takes ethnographic data and in-depth interviews as a departing point to analyse how diagnosis, medicalization, and biopolitic strategies for health prevention and improvement carried out in primary care centres in Barcelona make up a control apparatus. Furthermore, this essay also explores how the apparatus is developed in the medical encounter and turns the body into an organism.

...las personas pueden y suelen estar angustiadas por no poder encontrar ni dar significado a sus vidas, o porque no pueden aceptar ni crear pautas satisfactorias para regular su conducta personal. Las personas deberían respetar a los médicos por sus aptitudes, pero desconfiar de ellos por su poder
(Szasz, 1977/1981, p. 19).

Introducción

El encuentro médico es una de las unidades básicas de análisis en el campo de la sociología médica y, ya desde los comienzos de la investigación social de la práctica médica (Henderson, 1935, citado en Lupton, 1995), ha sido concebido como un encuentro diádico, definido por asimetrías de poder, por la

Zaballos Samper, Alejandro y Peñaranda-Cólera, M^a Cármen (2013). ¿Cuerpos u organismos? El encuentro médico como dispositivo de control en un centro de atención primaria de Barcelona. *Athenea Digital*, 13(2), 83-101. Disponible en <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Zaballos>

negociación del conocimiento científico y por las relaciones privadas y próximas que se dan en este contexto (Lupton, 1995). Como toda relación atravesada por la idea de poder-saber (Foucault, 1977), la relación médico-paciente está determinada por un vínculo asimétrico y vertical y, desde finales del siglo XX, un gran número de autores/as ha destacado el papel de control social de la medicina, reforzado por la institucionalización del modelo biomédico (Lupton, 1995). El encuentro médico-paciente cristaliza en torno a una serie de factores previos que subyacen a esta interacción: discursos y prácticas sociales alrededor del concepto de salud-enfermedad desde una visión biomédica dominante (Moral, 2008), una medicalización (Illich, 1977/1981) y una psicopatologización de la vida cotidiana (Moral, 2008). Como apunta Howard Waitzkin (1991), los encuentros médicos rutinarios acontecen además bajo una configuración micropolítica subyacente con un trasfondo de control ideológico y social.

Junto a las contribuciones que diferentes autores/as han elaborado sobre el encuentro médico-paciente¹, y partiendo desde la perspectiva del construccionismo social donde los fenómenos no están determinados sino que son contruidos mediante nuestras prácticas, siendo éstas inevitablemente contingentes, sociales, históricas y relativas a una determinada cultura (Ibáñez, 2001), nuestro objetivo con este artículo es doble: en primer lugar, problematizar el encuentro médico en Atención Primaria (AP, en lo que sigue) como dispositivo productor de dinámicas de control; y, en segundo lugar, desnaturalizar esas dinámicas materializadas en los diagnósticos, los tratamientos farmacológicos y la prevención de la salud y analizarlos como estrategias biopolíticas de control de la población como subterfugio para el desarrollo de la salud y calidad de vida, elementos que se definen en el encuentro médico-paciente en la AP.

Salud y biopolítica

En las dos últimas décadas, los sistemas sanitarios y las prácticas de la medicina han transformado sus objetivos orientando el foco de la atención desde la enfermedad a la salud. Como apuntan Amando Martín y Juan Cano (2003, p. 4), “las medidas de prevención y promoción de la salud pueden contribuir de forma efectiva a modificar los hábitos de vida que están en la base causal de las enfermedades crónicas, de importancia creciente en las sociedades desarrolladas”. Ello implica educar para la salud, potenciar la autorresponsabilización de las personas y de la comunidad en el cuidado de la propia salud, y no la mera transmisión de conocimientos e información sobre las características de las enfermedades en el encuentro médico. De una forma más sutil, implicaría también la voluntaria asunción por parte de los/as pacientes de los imperativos sociales y económicos que sustentan las sociedades occidentales contemporáneas (Lurbe i Puerto, 2005).

Estas medidas de prevención, promoción, modificación de hábitos y pautas de vida remiten a la noción de biopolítica desarrollada por Michel Foucault a partir de 1977 y elaborada por otros/as autores/as (como por ejemplo, Agamben, 1998; Esposito, 2005; Hardt & Negri, 1994; Heller & Feher, 1995; Negri, 1994; Rose, 2001). Foucault (1977) analizó la “biopolítica de la población” considerando el cuerpo humano como ente, y definió esta forma de “bio” como la manera en que la práctica gubernamental

¹ Nos referimos a los trabajos sobre el análisis de los tipos de emociones en ambientes clínicos (Epstein & Borrell, 2001); la posición de sujeto que ejercen las personas legas en medicina en las interacciones con médicos u otro personal sanitario (Lupton, 1997); el análisis del encuentro clínico desde la teoría de la posición de sujeto, donde se muestra a los actores desplazándose a través de una variedad de posiciones subjetivas en la negociación del encuentro médico (Fahy & Smith, 1999); la necesidad de deconstruir el vacío existente entre la presentación superficial de aspectos técnicos y el contexto social subyacente (Waitzkin, 1991); el estudio de la tecnología empleada en la práctica en el cuidado de la salud que encarna y performa las tensiones derivadas de los cambios que se están produciendo en la organización de la práctica clínica y en el cambio de la visión basada en la evidencia médica a la visión centrada en el paciente (May, 2006); etc.

intenta racionalizar los fenómenos planteados por un conjunto de seres vivos constituidos en población, y cuya finalidad es la producción y reproducción de la vida en sí misma desde su propio interior, las formas mediante las que el poder penetra en los cuerpos y se incorpora en sus modos de vida. Este autor localizó el nacimiento de la biopolítica a finales del siglo XVIII, como una nueva técnica de poder enfocada a la multiplicidad de los seres humanos que controla los procesos vitales (nacimiento, muerte, reproducción, enfermedad, producción), e identificó, en ese mismo período, el establecimiento de la clínica médica y el hospital de enseñanza como punto vital para las formas de conceptualizar el cuerpo. Como apunta Nikolas Rose (2007), la medicina clínica constituyó al/a la paciente como sujeto activo, que ha de tomar parte en el proceso de recuperación de sus dolencias. Esta idea de generar una interioridad específica en la población y promover una movilización constante de los individuos orienta el recorrido de este artículo.

La atención primaria como dispositivo

Esta investigación se ha desarrollado en un Centro de Atención Primaria (a partir de ahora, CAP) de Barcelona, considerando todos/as los/as agentes que en él intervienen. En Catalunya, como en España, la AP es el elemento central del sistema sanitario y se enmarca en el servicio nacional de salud, contemplado como una red integrada de servicios de salud que cubre a toda la población, o a una parte específica, financiada mediante el presupuesto general del Estado (Martín & Cano, 2003). Este tipo de sistema sanitario es el vigente, entre otros países, en Suecia, Reino Unido y España.

La Conferencia de Alma-Ata de la OMS en 1970 definió la AP como:

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar (...) con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La AP es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud (...) Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (citado en Martín & Cano, 2003, p. 5).

La atribución al médico de familia de la responsabilidad de controlar el proceso de bajas laborales y prescripción farmacéutica, y de ser el primer contacto y filtro para casi toda la asistencia sanitaria especializada, dotan al encuentro médico en AP de un protagonismo muy significativo en el proceso vital de la población atendida.

Como hemos apuntado previamente, uno de nuestros objetivos con este artículo es mostrar el CAP como un dispositivo, asumiendo la definición que hace Foucault (1977, citado en Pujal & Amigot, 2010, p. 134), como “un conjunto decididamente heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas”. En él, se expresa el poder estructurando los parámetros y los límites de pensamiento y de práctica, sancionando y/o prescribiendo los comportamientos desviados y/o normales, produciendo y guiando costumbres, hábitos y acontecimientos, mediante el discurso como una práctica social constitutiva y generadora de realidades y relaciones sociales (Foucault, 1991). El CAP es transitado por la población para obtener asistencia sanitaria, tratamientos, derivaciones al especialista, tramitación de bajas y altas laborales y, en algunos

casos, para la emisión de informes en procesos judiciales. Todo ello, otorga a estos centros de una autoridad significativa, convirtiéndose en núcleos de peregrinación colectiva en la vida cotidiana hacia la curación del cuerpo y la *psique* de algunos grupos. De esta relevancia del CAP y del encuentro médico en AP como escenario cotidiano de las personas y de las estrategias utilizadas en este nivel asistencial, surge la necesidad de problematizar la utilidad de los diagnósticos para el pronóstico y evolución de los tratamientos, así como de la prevención/promoción de la salud, además de reflexionar acerca de cómo la designación de la propia enfermedad y la inclusión en una determinada categoría patológica, puede determinar la realidad en el desarrollo o remisión de las disfunciones y en un modo particular de entenderse el mismo paciente.

Metodología

Para el desarrollo de esta investigación, hemos utilizado dos herramientas metodológicas como son la observación participante y las entrevistas en profundidad. La observación participante se ha llevado a cabo en un CAP de la provincia de Barcelona. Como apunta Margarita Sánchez-Candamio (1995, p. 27), esta técnica refiere a:

La descripción del modo de vida o las actividades propias de un grupo de individuos determinado o una raza, y consiste en una descripción científico social de una gente y sus bases culturales. Es decir, una manera de describir y reconstruir analítica y críticamente escenarios y grupos culturales.

El uso de esta técnica respondió al interés por participar en la cotidianeidad de la práctica médica de la AP y conocer las dinámicas que se establecen en la relación médico-paciente de una consulta en un centro ambulatorio de AP, viendo, escuchando y preguntando, con el objetivo de extraer gran cantidad de datos que, tal y como apunta Félix Vázquez (1997, p. 1):

Son contenidos informativos relativos a las interacciones de las personas entre sí y con la propia investigadora, a las actividades y a los contextos en los que tienen lugar, a la información proporcionada por las personas a iniciativa propia o a petición de la investigadora.

La observación tuvo una duración aproximada de cien horas, realizada durante los meses de mayo a julio de 2011.

Todo proceso de investigación toma forma y adquiere sentido en un contexto sociohistórico determinado. En este sentido, no podemos hablar de nuestra experiencia como observadores/as participantes e investigadores/as sin hacer referencia al momento de crisis por el que está pasando el sistema sanitario público español. Los condicionantes socio-políticos que están afectando actualmente al panorama sanitario público en Catalunya y en España, con importantes reducciones del gasto público en sanidad y educación, están suponiendo “una reducción sin precedentes del gasto sanitario del 10%; ahorro que en algunos hospitales alcanza el 20%” (Güell, 2011; párrafo 2). Los cambios que se están produciendo a nivel directivo, institucional, económico y político están teniendo efectos directos, tal y como pudimos comprobar durante observación participante, en la cotidianidad de los centros de salud y en los hospitales.

La petición de autorización para llevar a cabo la observación a la directora responsable del servicio, se vio justamente influida por estos condicionantes, retrasando la concesión de la autorización y entrada en el campo. En este sentido, y tal y como apuntaban Taylor y Bogdan (1984/2009), el planteamiento

original de la investigación, así como sus objetivos y rasgos específicos, tuvieron que adaptarse a las posibilidades del contexto en el que se llevó a cabo el trabajo de campo. No obstante, esta demora en el proceso de entrada al campo y la posibilidad de participación en las movilizaciones que el personal sanitario lleva realizando desde hace varios meses, nos permitieron llevar a cabo una observación participante peculiar y significativa, que contribuyó a que la estancia de investigación fuera generadora de un conocimiento más profundo y heterogéneo de toda la controversia planteada alrededor de la salud pública y de cómo esta problemática afecta a la cotidianeidad de la AP.

El centro ambulatorio donde se realizó la observación participante posee la particularidad de ser, además de CAP, una de las unidades docentes acreditadas de la especialidad de medicina de familia y comunitaria de Barcelona. En este sentido, desarrolla actividades de docencia pre/postgrado, formación continuada de los/as profesionales, de investigación básica y aplicada en las materias propias del ámbito. Por esta razón, la presencia física del investigador durante la observación participante en la consulta transcurrió de forma fluida, debido principalmente al gran número de estudiantes, médicos residentes y personal sanitario que transitan y realizan sus prácticas en el centro. La médico, Beatriz², en cuya consulta participamos del encuentro médico-paciente, dio permiso para interactuar e intervenir en las situaciones donde se creyera necesario y, en cierto modo, se participó como parte del personal del centro. Otro agente con bata blanca (durante la observación en la consulta, el investigador iba equipado con esta prenda) fue percibido con naturalidad y no despertó desconfianza en los/as pacientes durante la visita (fueron pocos/as los/as que preguntaron y/o cuestionaron la presencia del investigador en la consulta).

Durante las sesiones de observación se procedió a la recogida de notas de campo que posteriormente eran redactadas con detalle en el diario de campo. La elaboración de este diario de campo fue de gran utilidad para nuestro trabajo (como podrá verse a partir de la utilización de fragmentos del mismo a lo largo del artículo, para articular e ilustrar nuestra propuesta analítica), ya que facilitó el ejercicio de reflexión sobre el propio proceso de investigación, así como, una vez abandonado el campo, el posterior trabajo de estructuración y de análisis en profundidad del material disponible.

La segunda técnica empleada fue la entrevista individual en profundidad de tipo semiestructurado. Esta técnica del método lingüístico se puede definir como aquellos “encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor & Bogdan, 1984/2009, p. 101). El criterio muestral estuvo determinado por el aporte a la comprensión teórica que potencialmente las/los informantes poseían y por el modo en cómo éstos/as perciben las prácticas y condicionantes que rodean a la asistencia médica de la sanidad pública. Las características de estos/as informantes (ver tabla 1) son las siguientes: 1) una usuaria y un usuario del

Pseudónimo	Edad	Sexo	Trabajo	Lugar De Nacimiento
Tarin	33	Hombre	Varios	Pakistán
Vero	40	Mujer	Pensionista	Ecuador
Ana	38	Mujer	Mediadora	Catalunya
Beatriz	44	Mujer	Médico Ap	Catalunya

Tabla 1. Perfil genérico de los/as participantes en las entrevistas.

sistema de salud público, con una opinión formada acerca del sistema de salud catalán y de la atención sanitaria, así como un grado de implicación personal en el uso de estos servicios asistenciales. El interés por estos/as informantes se basa en que, como apunta Jerome Bruner

² Hemos utilizado pseudónimos para mantener el anonimato de las personas entrevistadas y participantes en la observación.

(1990/2002), las personas implicadas comparten creencias acerca de cómo son las personas y el mundo y, de este modo, podemos acceder a los procesos interpretativos que nos permitan juzgar las variadas construcciones de la realidad siendo inherentes en cualquier sociedad; 2) una médico de familia con una amplia experiencia en la atención médica y con un excelente conocimiento de la realidad sanitaria y asistencial de la población atendida; y 3) una responsable de la mediación intercultural, seleccionada por su experticia en la mediación y gestión de la comunicación³, especialmente entre el personal sanitario y la población de carácter migrante.

El análisis del material cualitativo emergente de las entrevistas y del diario de campo, se ha realizado mediante el análisis de contenido temático orientado al estudio de datos provenientes de discursos directos y manifiestos (Vázquez, 1997). Este tipo de análisis de contenido se caracteriza por la sistematización y análisis de los datos, a partir de la formulación de inferencias que remiten a un contexto específico (Peñaranda, 2010). Consta de tres etapas consecutivas y recursivas: preanálisis, codificación y categorización. De este análisis inductivo del material, y con relación a la caracterización del encuentro médico-paciente, han emergido con fuerza tres categorías que nos permiten dar cuenta de cómo el encuentro médico opera como dispositivo productor de dinámicas de control. Estas tres categorías, que pasaremos a ver con detalle a continuación, son los diagnósticos, el tratamiento farmacológico y la prevención/promoción de la salud.

Materializaciones del control en la atención primaria: cuerpos y organismos

La metáfora “cuerpos u organismos”, es decir, cómo el cuerpo se convierte en organismo en la relación médico-paciente, no refiere en este artículo al “cuerpo sin órganos”, cuerpo contrario al “organismo como organización orgánica de los órganos”, al que aluden Giles Deleuze y Felix Guattari (1980/2002). Más bien, remite a la idea de Umberto Galimberti (1996) cuando enfatiza en una mirada médica que ignora el cuerpo porque sólo conoce el organismo, que no ve al/a la enfermo/a sino a su enfermedad evitando descifrar una biografía, interpretando una patología, en la que la:

Subjetividad del paciente desaparece detrás de la objetividad de los síntomas que no remiten a un ambiente, a una manera de vivir, a una serie de costumbres contraídas, sino a un cuadro clínico, en que las diferencias individuales, que repercuten en la evolución de la enfermedad, desaparecen ante aquella gramática de los síntomas con la que el médico clasifica las entidades morbosas, al igual que el botánico hace con las plantas (Galimberti, 1996, p. 12).

Desde el sistema médico, se considera esta idea acientífica, ya que plantean los diagnósticos como base de la medicina científica, trasladando a conceptos generales las diferentes entidades mórbidas, sin que ello suponga una simplificación de la realidad, siendo compatibles con una descripción pormenorizada del caso individual (Martín & Cano, 2003).

³ El tipo y la calidad de la comunicación es un aspecto de vital importancia en el encuentro médico (Barry, Stevenson, Britten, Barber & Bradley, 2001). Existen diferentes investigaciones que hacen referencia a la existencia de ciertos sesgos sociales y culturales legitimados en la atención médica hacia el colectivo migrante, así como problemas de comunicación en la relación terapéutica, referenciados tanto por los/as profesionales como por los/as migrantes, que podrían generar procesos de subjetivación negativos, una atención médica deficitaria —debido a una dificultad en el manejo de la relación— y sentimientos negativos latentes (García & Martincano, 2004). A pesar de que ésta era una de las hipótesis iniciales que guiaba nuestro trabajo, durante nuestra observación no observamos un trato diferenciado o un estilo comunicativo diferente por parte de la médico respecto a sus pacientes en función de su origen.

La propuesta que articulamos a continuación trata de poner en juego tres de las categorías que han emergido con más fuerza en nuestro análisis con relación al encuentro médico, como materializaciones del control en la Atención Primaria. La articulación de estos tres elementos, y la descripción densa de cada uno de ellos, nos permite hacer una lectura biopolítica del encuentro médico-paciente en Atención Primaria como dispositivo de control, constituyendo, como veremos, cuerpos en organismos.

¿Es el diagnóstico la enfermedad más común? 1. Definición y negociación de la demanda y la respuesta

En el actual panorama neoliberal, la competencia de la medicina se extiende en la vida diaria, pero el/la médico ha perdido la exclusividad del diagnóstico y de las decisiones en detrimento del especialista (Rose, 2007). El elemento y la función básica en Medicina, y en la AP, es el diagnóstico, una de las actividades y rituales cotidianos en la consulta. El diagnóstico es una parte central del encuentro médico-paciente, si bien muchas de las personas que acuden a consulta tienen un historial con diagnósticos establecidos anteriormente. El diagnóstico se puede definir, según los usos habituales del término, como “la decisión, a partir de una cierta colección de síntomas, por la atribución al caso del nombre conocido de una enfermedad” (Escudero et al 1996, p. 25). Es importante recordar que la determinación de una serie de síntomas (y la exclusión de otros) que componen el conjunto elegido está previamente condicionada por un repertorio léxico ya establecido, es decir, por el hecho de que se cuenta entre los términos de este vocabulario con un nombre, que ya está constituido por una colección de rasgos que lo definen (Escudero et al, 1996). Cuando una persona visita por primera vez al médico, existe un protocolo, compuesto por una batería de preguntas, para establecer el historial clínico que ayudará a realizar diagnósticos diferenciales. Son datos que guían y orientan la diagnosis: datos de filiación del paciente, antecedentes de interés patológico y familiares, antecedentes laborales, antecedentes personales (factores de riesgo, hábitos tóxicos, alergias, etc.) Un modelo del tipo de protocolo, identificado en nuestra observación, que orienta esta exploración inicial sería:

Protocolo para el historial: edad / lugar nacimiento / tiempo residencia / lugar de residencia / fumador? / consumo drogas / profesión / enfermedades importantes / medicación / familia / hijos/ (Registro de diario de campo, 9 de mayo de 2011, p. 14)⁴

El historial clínico recoge toda la información relevante y privada de una persona, así como la anamnesis del síntoma o conjunto de síntomas (qué ocurre, desde cuándo ocurre, etc). Este historial clínico, para el sistema médico, facilita la atención al individuo y la familia, garantiza la continuidad en la atención, asegura la calidad de la asistencia y permite conocer los diagnósticos y las actividades preventivas y curativas para optimizar la atención y los recursos (Martín & Cano, 2003). Desde un punto de vista más general, planteamos que esta cesión obligatoria de información personal al sistema sanitario, con el objetivo de mejorar la asistencia, responde a una forma de control, de vigilancia, como un primer paso para un control externo que derivará en autocontrol interno: por un lado, se impulsa la responsabilización de la población en el cuidado de su propio cuerpo para producir una determinada subjetividad, manteniéndola continuamente movilizada en la búsqueda de la salud, de la belleza, etc.; por otro, la medicina sostiene el uso del diagnóstico como elemento vital para el tratamiento y solución de la dolencia.

El proceso que sigue la médico para elaborar un diagnóstico fisiológico se contempla en el siguiente extracto de la entrevista a la profesional:

⁴ El modelo de definición de los códigos que utilizamos para hacer referencia a los extractos del diario de campo es el siguiente: DC (diario de campo); 9MAY (fecha de la observación); P.14 (número página diario de campo).

De cada proceso agudo discriminas si es algo urgente o no, entonces ya va a al hospital... El resto, discriminar si es un proceso agudo o crónico... urgente o no... agudo, subagudo o crónico... y eso te permite hacer diagnósticos diferenciales... Hay normalmente para cada diagnóstico unos criterios de gravedad o signos de alarma que te pueden hacer sospechar algo más, si no por descarte... Dependiendo de las franjas de edades hay unas patologías más frecuentes que son las que habitualmente descartamos de entrada y, si algo no nos cuadra, entonces hacemos interconsulta al especialista o se piden las pruebas complementarias... El 80% de cosas que vemos en primaria suelen ser cosas más o menos banales: una fiebre, urticaria..., puede ser urgente pero banal... A mi me dicen me duele aquí, yo sé lo que hay ahí anatómicamente... Si te duele un hombro, puede dolerte por tema anatómico-musculo-esquelético o un dolor irradiado de otro punto... Dependiendo de cómo es el dolor, vas acotando: si es un dolor mecánico (cuando muevo, me duele), si es un dolor inflamatorio (da igual como me ponga, duele)... Las inflamatorias van más tipo reumatológicas, las mecánicas van más tipo traumatológicas... Vas descartando... La exploración te permite saber si es un dolor mecánico pero activo (cuando él mueve el hombro o cuando lo muevo yo) o si es pasivo. Si es activo suele ser problema muscular o tendinoso, y si es pasivo suele ser capsular, de la cápsula articular... En función de lo que te queda, haces el diagnóstico... Si no lo tienes claro, pides pruebas complementarias: radiografía, ecografía... Lo que te vaya a orientar más para discriminar... (Beatriz, entrevista personal 4, 20 de junio de 2011)⁵

Incluimos toda la extensión del protocolo que sigue la médico porque consideramos interesante reflexionar sobre la lógica utilizada para elaborar los diagnósticos; lógica que deja intuir la gran cantidad de información anatómico-patológica que un/a médico debe manejar en este proceso de diagnóstico. La médico deduce, a partir de unos síntomas verbalizados por el/la paciente, el proceso que puede estar detrás de la dolencia. Esta secuencia estandarizada, así como el historial clínico y los protocolos de asistencia, están basados en las guías de práctica clínica, manuales de actuación basados a su vez en la EBM (*Evidence-Based Medicine*). La atención médica moderna está basada en dos paradigmas: la PCM (*patient-centered medicine*) y la EBM. La EBM es un concepto que se introdujo en la literatura científica a principios de la década de los 90 y, dada su perspectiva biomédica y positivista se focaliza en ofrecer a los/as clínicos/as la mejor evidencia disponible para ofrecer el mejor tratamiento posible, entendiendo la medicina como una simple iniciativa racional-cognitiva (Bensing, 2000). La médico lo describe así:

Nos basamos en unas guías. Tenemos unas guías de práctica clínica que nos las sabemos. Las sabemos porque es lo básico que hay y estas guías se basan en la EBM. O sea, la EBM a lo que te viene es a que si tú tienes un caso, no te quedas en lo que hay, sino que, si hay dudas, busques la información basada en la evidencia científica, o sea, artículos... O sea, si yo tengo algo en la consulta que me hace dudar, no me quedo con eso; o sea, eso lo resuelvo buscando por Internet o búsqueda bibliográfica... Lo que hacen son revisiones sistemáticas sobre un tema, por ejemplo, los diabéticos, hay que darles aspirinas o no. Según la evidencia científica, hay que dar o no hay que dar... Entonces lo aplicas. (Beatriz, entrevista personal 4, 20 de junio de 2011).

⁵ En las citas a entrevistas personales se incluye el número de la entrevista y un seudónimo de la entrevistada para mantener el anonimato.

Como describe Beatriz, esa evidencia científica se ha de amoldar a la diferencia individual de la persona que está en consulta. Asimismo, la médico reflexiona acerca de la perspectiva biomédica y sobre los rangos estadísticos que colocan a las personas en el lugar de la normalidad o de la patología, en función de determinados criterios con espacio para la modificación y, en cierto modo, aleatorios. Según Carl May (2006), la EBM es un tipo de respuesta institucional a los problemas de subjetividad y heterogeneidad que la PCM produce en el encuentro clínico. En los siguientes extractos, Beatriz relata la excesiva importancia que la EBM alcanza en la práctica médica cotidiana, condicionando el imaginario de los/as pacientes cuando los resultados de los análisis muestran una alteración, por exceso o por defecto, de algún parámetro fisiológico:

La EBM puramente es muy científica. Lleva una revisión sistemática de la literatura y, de ahí, saco una conclusión. Pero falta que luego sea extrapolable a lo que tu tienes... (Beatriz, entrevista personal 4, 20 de junio de 2011).

La médico plantea que las revisiones sistemáticas son un estándar directamente vinculado a rangos estadísticos, siendo imprescindible ajustar la evidencia científica al caso particular. Como continúa apuntando Beatriz:

Te mueves en rangos muy estadísticos... ¿Por qué una hemoglobina de 12 es normal en mujer, y 13 en hombre? ¿Por qué? Porque han hecho un campana de Gauss y el 95% es la normalidad. No somos estadística. La gente se preocupa mucho de las estrellas de los análisis, y si yo tengo 12.9 no es normal. No hay espacio para la diferencia individual. Puede orientar... Si hubieran hecho el corte en 12.9 o en 13.1, pero está en 13.0, y ¿está mal? (Beatriz, entrevista personal 4, 20 de junio de 2011).

Se puede deducir que es mediante las revisiones sistemáticas estandarizadas y estadísticas como el poder de la medicina, a través del paradigma oficial y neopositivista de la EBM, genera saber, define las condiciones de este saber y origina la realidad que estudia, por medio del discurso institucional médico que construye la realidad de los diagnósticos. En esta relación de saber-poder, la EBM aglutina estadísticos, gestores, empresas e inversores con intereses determinados en financiación de estudios y revisiones, pudiendo inducir formas de control. De todos modos, lo que hemos observado en la consulta es que, en la mayor parte de los encuentros médicos, existe un intento de fusionar ambos patrones, consiguiendo construir una interacción donde la estadística de la medicina y la subjetividad del/de la paciente están situados en el mismo plano, contribuyendo a alcanzar resultados satisfactorios en el encuentro y en el desarrollo de los tratamientos. Por lo tanto, no se trataría tanto de eliminar la estadística de la medicina sino de, como apunta John Bensing (2000), dar importancia a la subjetividad y heterogeneidad en la consulta, de impulsar la integración de ambos modelos (PCM-EBM) en la atención médica cotidiana ya que, como hemos visto en los encuentros médico-paciente observados, el desarrollo de ambos paradigmas beneficiaría a la larga la asistencia médica.

Cada paciente tiene en su historial todos los diagnósticos divididos en tres colores, dependiendo de la gravedad del síntoma y/o diagnóstico. Foucault (1954/2003) entendió los diagnósticos clínicos como un ejercicio de poder a través del cual se instaura como "verdad" un suceso "psicopatológico". En este sentido, el construccionismo también plantea dudas acerca de la necesidad de la diagnosis como elemento eficaz de cuidado. La patología es una forma de concebir la realidad, y patologizar es una forma de desconocimiento de la diversidad. Como se recoge en el diario de campo:

Leo en la pantalla una extensa colección de diagnósticos: el 80% en color rojo (diabetes mellitus tipo 2, infarto cerebrovascular, tabaquismo, accidente isquémico...) y

3 en color naranja (síndrome ansioso-depresivo, obesidad) (Registro de diario de campo, 14 de junio de 2011, p. 63).

Leo los diagnósticos: tiene 16 (3 en rojo: celiacía, asma bronquial, caries dental. El resto, en naranja: artritis, incontinencia urinaria...) (Registro de diario de campo, 14 de junio de 2011, p. 67).

Estos extractos describen de forma resumida los historiales clínicos de dos pacientes diferentes. Como ellos, un alto porcentaje de la población visitante pueden tener alrededor de veinte trastornos o dolencias diagnosticadas. Observar la cantidad de patologías y sus diferentes grados de gravedad expresados en colores de muchos pacientes, nos producía cierta alarma. Durante la observación, la reflexión acerca de la visión de la médico y el rol que el/la paciente desempeña en la interacción, como cuerpo o como organismo, emergía constantemente. Por un lado, existe una preocupación, un interés de la médico en ese cuerpo, en la persona, en sus condiciones vitales, en el conjunto de relaciones que ese/a paciente habita. Por otro, el/la paciente es un organismo con una serie de diagnósticos, con una serie de etiquetas que le adjudican o sujetan a una categoría preestablecida en las guías médicas (artríticos, diabéticos, hepáticos, cardiopatas, fumadores, reumáticos, etc.) desde donde la médico dialoga con ese organismo. En este sentido, y como se puede apreciar en el siguiente extracto, es importante conocer los diagnósticos asignados previamente a un/a paciente, para valorar su posible interacción con los nuevos síntomas:

Puedes anularlos, lo que pasa es que te interesa saber... Nosotros cuando hacemos la historia clínica nos interesa no sólo lo activo de ahora, sino lo anterior, porque muchas veces están relacionados los procesos: si es un chico joven de 15 años que no tiene ningún antecedente patológico ni familiar de interés, el diagnóstico irá orientado hacia otro lado... Es importante tener el antecedente... En principio todos los tienes presentes porque muchos de los graves se correlacionan con los que son más banales, pero tienes la manera de pasarlos de activo a pasivo, que ya están resueltos pero quedan ahí... Por ejemplo, una infección de orina. Una vez la has tratado y está resuelta, pasa a pasivo, pero si en un año hay 10 infecciones de orina es que algo pasa... Te interesa que quede el registro... (Beatriz, entrevista personal 4, 20 de junio de 2011).

Como muestra este fragmento, Beatriz reconoce los diagnósticos de interés previos para detectar posibles correlaciones en las disfunciones que posteriormente pudieran ocurrir. Los diagnósticos en el historial clínico de los/as pacientes permanecen durante toda la vida, ya que los antecedentes pueden ayudar a comprender síntomas futuros. Pueden transformarse en pasivos en el programa informático, pero el antecedente siempre figura en el historial. En este sentido, se podría considerar que los diagnósticos clínicos pueden convertirse en iatrogénicos, siendo ellos mismos agentes que colaboran en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, mermando la capacidad de los individuos de hacerse cargo de su propia vida (Escudero et al, 1996).

Además de los efectos iatrogénicos, el diagnóstico puede contribuir al control y al propio proceso de subjetivación del individuo, estigmatizando al/a la paciente, volcando la responsabilidad del problema en un plano estrictamente individual, evitando, de este modo, y tal como plantea Rose (2007) con el argumento de la "genetización", destinar recursos a paliar desigualdades sociales que contribuyen al origen y mantenimiento de un gran número de desórdenes físicos y emocionales. Negar la subjetividad humana objetivando individuos mediante el diagnóstico, asumiendo el trastorno o patología médica como identidad, entendiendo al/a la paciente desde la óptica clínica, nos puede llevar a considerar al individuo

“más bien como participante en múltiples relaciones, y su problema sólo es un problema a raíz de la forma en que es construido en algunas de ellas” (Gergen, 1991/2006, p. 328).

No obstante, es interesante observar cómo los diagnósticos también pueden generar “beneficios secundarios”: las personas dotan de poder al diagnóstico, pudiendo apropiarse de él y, desde su posición de vulnerabilidad, utilizarlo para su propia conveniencia, siendo útil a modo de protección emocional, la que otorga la “anormalidad” de una situación patológica en determinadas circunstancias vitales. Es decir, aunque el diagnóstico, que define esos procesos de subjetivación a los que hacíamos mención anteriormente, suponga una etiqueta, un estigma que puede ser difícil de eliminar, el/la paciente puede encontrar en esa vulnerabilidad generada por el diagnóstico un plano idóneo desde el que relacionarse.

“Salir con la receta en la mano” ¿Existe un uso excesivo del tratamiento farmacológico?

Una vez realizada la exploración y el diagnóstico, la prescripción del tratamiento se realiza con el objetivo de paliar, reducir o eliminar el síntoma o la dolencia que ha llevado a la persona a acudir al médico. Como en el caso del diagnóstico, los tratamientos también se orientan de acuerdo con la EBM. La adecuación de cada tratamiento indicado al diagnóstico se realiza mediante el análisis de la calidad de la prescripción. Se considera una prescripción de calidad la que se realiza cuando se abordan los problemas de salud con las medidas farmacológicas y/o no farmacológicas que están avaladas por la mayor evidencia científica posible (Martín & Cano, 2003). Uno de los elementos que destaca fuertemente de nuestra observación es el gran volumen de fármacos recetados durante el encuentro médico-paciente. Como señala Ramón García (1995, p. 46), existe un proceso de:

Medicalización de la salud (mental), convirtiéndola en un problema estrictamente sanitario. Una tendencia a la uniformización, a la negación de la diversidad, a la disolución de la pluridimensionalidad y multidisciplinariedad reales, a la biologización y a la farmacologización de la enfermedad.

La medicalización de los trastornos continúa (Lemos, 2008, citado en Moral, 2008), e incluso el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007, p. 94) apunta, como punto crítico del sistema de atención comunitaria de los trastornos mentales, que:

Se ha producido una importante medicalización de los problemas de la vida cotidiana y una tendencia a la utilización exclusiva de los instrumentos farmacológicos que consumen menos tiempo y exigen menos pericia y menos implicación profesional, para la atención de trastornos que requerirían intervenciones psicoterapéuticas específicas.

La médico también reconoce en su práctica diaria la existencia de un alto porcentaje de población demandante de tratamientos farmacológicos, recurso rápido y fácil, basado en un discurso anclado en el imaginario de que los fármacos químicos son el remedio más eficaz para solucionar las dolencias:

Esto es porque todos buscamos el remedio fácil... Yo cuando era pequeña, si me dolía la garganta, mi madre me hacía agua con miel, las gárgaras. Y, si no se me pasaba, iba al médico... Ahora es: “me duele la garganta desde esta mañana, ¿dame algo no?” Y cuando les dices “pues haz unas gárgaras de agua con vinagre”, te miran como si fueras... “¿Esto me das? ¿para esto he venido? Es...un problema de que es una

sociedad cómoda y lo fácil es tomar la pastilla (Beatriz, entrevista personal 4, 20 de junio de 2011).

Este fragmento ilustra la transformación que se está produciendo en los últimos años en torno al uso de los recursos disponibles para tratar las dolencias, de la concepción de la salud, del dolor físico y emocional. Podríamos pensar que existe una contradicción en el planteamiento de Beatriz, o un doble discurso sobre la salud/enfermedad y sobre el modo de plantear el bienestar de la población, ya que habla de lo farmacológico como remedio fácil en detrimento de otras prácticas de salud, al tiempo que ella misma participa de la medicalización. Como afirma M^a de la Villa Moral (2008), el estado de salud-integración cada vez se hace más inalcanzable en una sociedad que, por un lado, no tolera el dolor y acude a remedios con los que alcanzar un bienestar artificial y que, sin embargo, acepta por otro lado el riesgo de operaciones de mejora del estado de no-enfermedad (como son, por ejemplo, las operaciones estéticas). La prescripción de psicofármacos en situaciones donde las vías de solución para las circunstancias que originan o mantienen las dolencias poco tienen que ver con factores químicos o biológicos, sino con condiciones socioeconómicas (como la falta y/o dificultades respecto a la vivienda, la duración de las jornadas laborales, las condiciones higiénico/sanitarias, etc.), se ha convertido en un elemento muy presente durante el desarrollo de nuestras observaciones. El siguiente extracto del diario de campo muestra cómo se medicalizan y psicopatologizan disposiciones vitales complejas que afectan dramáticamente a la vida de las personas, y cuya solución transita por otras vías:

“Trabajo 12 horas, estoy cansado”, dice. Trabaja en un locutorio, no duerme bien, ha perdido 6 kg, piensa mucho, en Pakistán... Muchos problemas, no tiene nunca vacaciones... Cuando se va, Bea y Paula, la enfermera, comentan: “no hay por dónde cogerlo... pobre chico... ni se puede traer a la familia, facturas y cosas que debes. Todo son problemas sociales... Muchos no llegan ni al entierro de su padre, no pueden viajar porque si se van los despiden... Para que uno te llore en la consulta, tiene que estar desesperado, cuando la solución es que tuviera un trabajo pues bien y hacer la reagrupación... Está casado hace 2 años y no pueden tener hijos, su mujer está allí y para ellos tener hijos es vital...”. “No va a ponerle nada de medicación porque hasta que no vea el perfil hepático no se arriesga a poner nada más”. “Esto es poner parches... es una putada... Se está enganchando a un fármaco (antidepresivo) cuando la solución es que tuviera un trabajo bien y hacer la reagrupación” (Registro de diario de campo, 23 de mayo de 2011, p. 47).

Este extracto del diario de campo es parte de la interacción en la consulta entre la médica y una persona de origen pakistaní, cuya situación se vislumbra muy complicada. Beatriz le receta un antidepresivo y un ansiolítico. Como tratamiento de urgencia es recursivo y útil, en ocasiones para iniciar otro tipo de abordajes, pero introduce casi en exclusiva el factor biológico y carga en el individuo la responsabilidad del cambio, eximiendo a la sociedad de su propia responsabilidad y convirtiendo, de forma indebida, los problemas sociales en patologías individuales. Como la médica expresa de forma elocuente es “poner parches” y, posiblemente, sea éste uno de los mecanismos de cómo el cuerpo, formado y atravesado por relaciones y conexiones que alteran la salud, se convierte en organismo, biologizando, individualizando y obviando la confluencia de elementos no relacionados con la medicina. Autores/as como João Biehl y Amy Moran-Thomas (2009), reflexionan sobre los nuevos procesos de reconfiguración de la experiencia de enfermedad, de la subjetividad y del control que están aconteciendo en el ámbito de la salud y cómo, junto a los efectos de las desigualdades económicas, sociales y médicas, están produciendo realidades devastadoras en determinados sectores de la población.

En algunos casos, la medicación impide desarrollar las dinámicas cotidianas. En este sentido, provocan un efecto negativo en el transcurso de las dolencias, ya que impiden realizar otras actividades debido a los efectos secundarios, como en el caso de la experiencia del siguiente paciente:

Toma 4 pastillas diarias, son diuréticas y le hacen ir al baño constantemente (el paciente dice: “no puedo salir de casa...”). Le provocan somnolencia y verbaliza aburrimiento por esta situación de tener que permanecer en casa sin poder caminar, lo que le beneficiaría (Registro de diario de campo, 23 de mayo de 2011, p. 33).

La cotidianeidad y, paradójicamente, la salud de este paciente están afectadas por las alteraciones secundarias de la medicación que consume para paliar, entre otros trastornos, su hipertensión. La universalización prescriptiva para todos/as y para todo encierra amenazas constantes para la población. La dependencia a los fármacos en general, y a los psicofármacos en particular, la eficacia simbólica de recibir algo “tangible” en la consulta y la inexistencia de otro tipo de tratamientos en el sistema de la seguridad social, son elementos que se han de problematizar ya que nos muestran otras formas de materializar ciertas dinámicas de control.

Promoción y mejora de la salud ¿un fin o un medio para otros fines? (‘healthism’)

Los motivos de consulta, las razones que mueven a una persona a acudir al CAP o qué se pretende solucionar en el encuentro médico son preguntas necesarias para entender cómo éste puede funcionar como un elemento de control en el proceso de subjetivación del/de la paciente. El tipo de relación que se establece entre médico y paciente puede articularse desde la dependencia, pero la curación es un trabajo de paciente y médico. Los/as pacientes a veces buscan un médico autoritario-paternalista y acuden al CAP a encontrar soluciones que se encuentran en otros lugares:

Hay gente que espera un médico médico... Hay gente que espera un médico padre o madre, ¿vale?... Y hay quien espera un confesor... A veces es algo en lo que les educan supongo, pero a veces a ti también te sale, ¿eh?, porque lo ves. Es gente que necesitan que les digan pues venga va, aunque intentas no, porque no lleva a ningún lado, porque luego al revés, se enganchan y no hay manera... Pero sí que hay gente... a veces te hacen preguntas, esto yo no te lo voy a arreglar, son cosas que no son problemas médicos... Buscan un consejero... Esto has de ir a buscarlo a otro lado pero no aquí... Esto es porque están hablando con su médico y es como si fuera una fe ciega (Beatriz, entrevista personal 4, 20 de junio de 2011).

Este extracto de entrevista a la profesional puede hacernos pensar que existe una dependencia al consejo médico que impide el empoderamiento de los/as individuos. Vivimos en una sociedad profesionalizada y algunos/as profesionales controlan discursos, significados y valoraciones. La aparente y continua omnipresencia del binomio poder y ciencia colabora en esta supuesta dependencia. En contextos médicos, la narración del/de la paciente suele ser eliminada o queda incorporada en la exposición especializada del/de la profesional, obviando generalmente las condiciones sociales en las que se desarrollan los problemas, pudiendo favorecer una forma de culpa personal.

En este sentido, el CAP podría entenderse como un espacio donde la medicina se muestra como estrategia biopolítica, la principal institución de poder, etiquetando cuerpos como desviados o normales, higiénicos o no higiénicos, controlados o necesitados de control. Los discursos que rodean y constituyen las prácticas médicas contemporáneas, como proceso de gestión de cuerpo y medicalización de la salud,

como forma de control que encarna el biopoder. A través del cuerpo y sus manifestaciones, aparatos del estado como la medicina, definen los límites del comportamiento y registran actividades, castigan aquellos cuerpos que violan los límites establecidos y así se crean cuerpos productivos, política y económicamente útiles (Sáez & Torras, 2007). El consumo de tabaco, de alcohol, de sustancias psicoactivas, el mantenimiento de la dieta, el ejercicio físico y la regulación de la natalidad son los puntos principales que desde la AP se normalizan y dictan cuáles son las conductas adecuadas para conseguir un estado de salud óptimo:

Más que la medicación, es poder venir y contarlo (Beatriz, entrevista personal 4, 20 de junio de 2011).

Las dolencias pueden no necesitar siempre medicamentos para ser curadas, y esta escueta frase de Beatriz así lo plantea. Esta breve referencia, ejemplifica bien la importancia del/de la médico de familia como figura referente para las personas en su proceso de curación. El encuentro médico se desarrolla dentro de un contexto impregnado de ideas y simbolismos fuertemente anclados: el discurso técnico, la entrada y salida de personal de la consulta para realizar preguntas, las batas blancas, etc. En el encuentro médico-paciente se naturaliza la obediencia al/a la médico de familia, y es en la consulta del/de la médico donde suceden los microprocesos que condensan las reglas del sistema socio-sanitario en las interacciones interpersonales:

Cuando acaba, entra la enfermera, como es habitual, y comentan casos. Este intercambio de datos, de discurso médico, las batas blancas... me evoca un simbolismo fuerte. Pienso que de la situación se desprende una atmósfera de seriedad, de comunicación técnica, de una sensación de poder implícita. Creo que, en cierto modo, es comprensible porque manejan una gran cantidad de información y hay vidas y casos urgentes que necesitan solución... (Registro de diario de campo, 9 de mayo de 2011, p. 14).

En los encuentros médicos rutinarios (exploración de los síntomas físicos y psíquicos, medición de los diferentes grados de dolor, intento de alcanzar un diagnóstico clínico y/o sugerir los tratamientos adecuados para las dolencias) es donde los/as médicos practican sus funciones de control. El carácter de no reciprocidad de la interacción, en la cual obligación e información se confunden (Cohn, 1997, citado en Lupton, 1995) pueden hacer que los consejos terapéuticos transmitidos de forma individual en el encuentro médico (o vía masiva en campañas gubernamentales) constituyan una tecnología de la salud que pretende la interiorización del imperativo de salud de las políticas sanitarias gubernamentales (Lupton, 1995), con la pretensión de disciplinar a los individuos a seguir los códigos hegemónicos de la "vida sana". El empoderamiento pensado como un efecto microsocioal del gobierno, desde la crítica de Foucault y su escuela, se refiere a la falsa construcción de la capacidad de control del individuo sobre su vida que genera el gobierno y la gobernabilidad en el proceso de individualización. Determinadas prácticas o acciones de los/as profesionales alimentan esa supuesta capacidad de control, así como el poder que la medicina ejerce todavía hoy en las personas, haciendo que toda la responsabilidad de la salud individual recaiga en el/la médico, infantilizando al/a la paciente, como entendemos que sucede en el siguiente extracto:

Yo no quiero perder mi trabajo... Yo soy paciente, ella es doctora. Ella sabe más y yo no sé nada, entonces ella... cosa me dice tengo que aceptar, sea mala o buena porque ella sabe... Ningún doctor quiere que se muera en sus manos un paciente, entonces yo no tengo que opinar. No quiero pastilla no... yo tengo que callarme, comer y pensar en mi salud. (Tarin, entrevista personal 2, 10 de mayo de 2011).

La impresión de sujeción del/de la paciente hace pensar que queda lejos el empoderamiento como efecto microsociedad de la resistencia, relacionado con un proceso de transformación social y/o individual de las personas cuya herramienta principal es dar reconocimiento, posibilidad de participación y protagonismo al sujeto en la producción de su transformación y cambio, convirtiéndolo en agente pasivo de su salud y pudiendo crear sujetos dependientes e inseguros.

Creo que el seguimiento en las vidas de la gente es grande. La enfermera dice “ay, ¡qué bien le vamos a reñir!”, en referencia a un paciente que tenía que hacerse análisis y no fue... (Registro de diario de campo, 9 de mayo de 2011, p. 15).

Al mismo tiempo, como refleja este extracto del diario de campo, el personal sanitario “riñe” y elimina el protagonismo del/de la paciente. En base a un ideal de salud inalcanzable, el estado de salud como valor (auto)impuesto se convierte en algo a lo que, por necesidad, se aspira, a lo que se dota del poder de lo absoluto y que se sigue depositando en una responsabilidad individual, velándose el interés en que ello sea así e ignorándose la implicación de la influencia y control de lo social que le otorga, precisamente, ese valor (Moral, 2008). Por ejemplo, el tabaquismo es un elemento central en los encuentros cuando el/la paciente es fumador. De hecho, se categoriza como patología y su diagnóstico es grave, esto es, causa directa del agravamiento de los determinados síntomas:

Le explica que le entra un litro menos de aire en sus pulmones... El hombre me mira mientras habla, y Beatriz escribe. Yo asiento con la cabeza, haciéndole entender que comprendo que es difícil no fumar cuando hay muchas preocupaciones en la cabeza. Pienso que la actitud es paternalista, los problemas, las circunstancias de vida crean ansiedad y trabajarla es difícil... El hombre hace muestras de que le es muy difícil dejar de fumar del todo y Beatriz utiliza un tono quizá más serio con él, tono desaprobador: “Un cuadro catarral no se va con antibiótico... Si haces fiebre y empiezas a hacer moco verde... pero por la mañana es por el tabaco...”. Le vuelve a repetir: “No fumes... no se pueden hacer milagros... Si te dan medicación para mejorar por un lado, y por otro lado lo empeoras, no nos sirve... Tienes un problema en el corazón y otro en el pulmón... Ya estás haciendo cosas... El tema del alcohol es lo más difícil y ya lo has hecho”. “Tengo muchos problemas y fumo...”. “No tendrías que fumar nada...”. Beatriz me dice que tiene cardiopatía isquémica y que no hay manera...” (Registro de diario de campo, 18 de mayo de 2011, p. 28).

A pesar de que Beatriz anima al paciente con los avances en su proceso para dejar el tabaco, hecho que le provoca un empeoramiento de su cardiopatía y problema pulmonar, el trasfondo y el estilo comunicativo le responsabiliza de su adicción, y sin tratar de abordar los problemas que este paciente verbaliza respecto a su vida cotidiana. La intervención terapéutica de Beatriz consiste en un consejo breve, firme y claro sobre la necesidad de dejar de fumar, repetido de diferentes maneras, en todas las ocasiones posibles, y reforzado por los diversos profesionales que atienden al paciente. Cuando el/la paciente visita al/a la médico trae consigo una narración de su problema, de su vida, en forma de palabras, de acuerdo con una estructura de lenguaje. En la medida en que se generan en el medio científico, pueden funcionar como vehículos del conocimiento científico. La narración del/de la paciente del problema se construye en la consulta y “está tejido con la liviana materia de los relatos cotidianos, plena de extravagancia, de metáfora, de ilusiones y recuerdos distorsionados; la narración científica cuenta con el sello de la aprobación profesional de la especialidad” (Gergen, 1994/1996, p. 240).

Pensemos en el juego que se establece con la idea de la responsabilidad individual. El/la paciente delega en el/la médico porque reproduce la autoridad que detenta el poder. Por otro lado, la medicina

(el/la médico) dicta la norma de lo que es saludable, delegando en el/la paciente la responsabilidad del cumplimiento de esa norma, sancionando verbalmente, o de otros modos, la no ejecución de esa norma, haciendo responsable al/a la paciente de sus dolencias si no se han seguido esos patrones considerados saludables, eximiendo otro tipo de motivaciones subjetivas. El/la paciente participa, demanda, y es aquí donde el control tiene efecto.

Conclusiones

A partir de los extractos del trabajo de campo y de las entrevistas, hemos problematizado el encuentro médico-paciente desarrollado en un CAP como simple núcleo de curación de la salud. Lo hemos analizado como un dispositivo productor de dinámicas de control, desnaturalizando y problematizando los diagnósticos, los tratamientos farmacológicos y la prevención de la salud, que se convierten en norma de lo que son considerados hábitos de vida saludables, entendiéndolos como estrategias biopolíticas de control de la población, como justificación para el desarrollo de la salud individual. La reflexión de la medicina y sus prácticas, como un sistema de racionalización y de control, se transforman en una instancia normativa que, en nombre de la salud, constituye una nueva moral, una nueva economía y una nueva política del cuerpo (Martins, 2008). La norma de la salud individual ha reemplazado a la de la calidad de vida de la población, y la posibilidad de actuar directamente sobre ella ha colocado al fenómeno de la salud como uno de los ejes centrales en los que el ser humano se piensa y se define (Tirado, 2008).

En los últimos 50 años, Occidente ha desarrollado grandes transformaciones tecnológicas en medicina, cambios que continúan aumentando. Sin embargo, como afirma Rose (2007), el mayor de los avances en esperanza de vida y salud en el primer mundo no radica en la tecnológica intervención médica. Posiblemente las enfermedades que afectan a las personas ahora, y previsiblemente en el futuro, no requieran de alta tecnología médica, sino de agua limpia, suficientes alimentos, un salario digno y una clase política y burocrática moderadamente competente. Es improbable que estos elementos puedan ser mejorados por el desarrollo de la biomedicina. Desde el propio sistema médico (Martín & Cano, 2003), también se asume que el aumento de la longevidad y la mejora en las condiciones de vida en los países occidentales, y algunos de los progresos como la disminución de la morbilidad de las diversas enfermedades que podrían ser atribuidas a las acciones del sistema sanitario, están en relación fundamentalmente con otros factores medioambientales y con condiciones de vida ajenas a aquel. Las formas en que las distinciones sociales se inscriben en los cuerpos, hacen importante explorar los procesos mediante los cuales lo social se convierte en biológico (Fassin, 1996, citado en Lurbe i Puerto, 2005), mediante los que el cuerpo se convierte en organismo.

La medicina de familia tiene la función específica de gestionar los aspectos relacionados con la vida y, en el encuentro médico-paciente, las identidades se construyen: “todas las identidades requieren de otro; otro en cuya relación y a través de la cual, se realiza la identidad de cada yo” (Laing, 1974, p. 8). Por ello, el encuentro clínico ha de ser problematizado, como ya lo han hecho otros/as autores/as, así como desnaturalizadas las prácticas médicas que, con el objeto de prevenir y curar, contribuyen a transformar la libertad de elección de los/as pacientes en control. El diagnóstico puede provocar efectos iatrogénicos, contribuyendo al control y al propio proceso de subjetivación del individuo, estigmatizando al/a la paciente, volcando la responsabilidad del problema en un plano estrictamente individual. El excesivo uso de tratamientos farmacológicos, medicaliza y psicopatologiza las circunstancias cotidianas y crea alteraciones intrusivas en los cuerpos. La dependencia al consejo médico que impide el empoderamiento de los individuos, el juego de la responsabilización individual, la interiorización del imperativo de salud

para disciplinar a los individuos a seguir los códigos hegemónicos de la “vida sana”, son algunos ejemplos de cómo el control se materializa en el encuentro médico en Atención Primaria. No hemos abordado otros elementos de interés relacionados con la farmacología, como el papel de las industrias farmacéuticas, el uso diferenciado de fármacos en hospitales y CAP, los medicamentos genéricos, etc.; pero son, no obstante, componentes esenciales para considerar la formación de subjetividades como mecanismos de control.

Los condicionantes socio-políticos que están alterando actualmente el panorama sanitario público en Catalunya, suponen importantes reducciones en gasto público en Sanidad. Los/as agentes sanitarios se siguen movilizando para expresar su rechazo contra lo que consideran un ataque contra la sanidad (recortes de sueldo, de personal, de pruebas, en enfermería, en hospitales, listas de espera en aumento, demoras en intervenciones quirúrgicas, etc.) que parecen conducir hacia el desprestigio de la sanidad pública por su falta de rentabilidad y el potenciamiento de la sanidad privada como solución. Es la era de una política de la vida que no se encuadra en el binomio salud/enfermedad, que no se focaliza en la eliminación de patologías sino en el crecimiento de nuestras capacidades de control y gestión de nuestros aspectos vitales (Tirado, 2008). Orientación, normalización, prescripción y coerción, es el tránsito que debemos evitar para no convertir cuerpos en organismos.

Agradecimientos

Nos gustaría finalizar este artículo agradeciendo a todas las personas que han participado en la investigación con la última frase que una de las entrevistadas enunció para finalizar nuestro encuentro:

Y espero que... Mira... tú también, tu precioso tiempo porque es valioso tu tiempo. Estás regalando tu tiempo para poder salir adelante y demostrar lo que hay... No sé cómo te llamas porque... que lo aproveches y demuestres que luchas porque es bonito lo que estás haciendo. Y también darle un toquecito porque sé que tú eres un principiante pero hay otros superiores a ti que también ustedes pueden tocar la puerta así como ustedes nos tocan a nosotros... Nosotros les damos un empuje y ustedes también tienen que tocar a los más altos... Sí, pero ellos se hacen los ciegos... Es lo que está pasando... (Vero, entrevista personal 3, 10 de mayo de 2011).

Referencias

- Agamben, Giorgio (1998). *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos.
- Barry, Christine A.; Stevenson, Fiona; Britten, Nicky; Barber, Nick & Bradley, Colin (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient Communications in general practice. *Social Science & Medicine*, 53, 487-505.
- Bensing, John (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counselling*, 39, 17-25.
- Biehl, João & Moran-Thomas, Amy (2009). Symptom: Subjectivities, Social ills, Technologies. *Annual Review Anthropol*, 38, 267-288.
- Bruner, Jerome (1990/2002). *Actos de Significado. Más allá de la revolución Cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Deleuze, Giles & Guattari, Felix (1980/2002). *Mil Mesetas: Capitalismo y Esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos.
- Epstein, Ronald & Borrell, Francesc (2001). Pudor, honor and autoridad: the evolving patient-physician relationship in Spain. *Patient education and counselling*, 45, 51-57.

- Escudero, Isabel; Arqués, Rossend & García Calvo, Agustín (1996). Contra el diagnóstico. *Archipiélago, Cuadernos de crítica de la Cultura*, 25, 25-28.
- Esposito, Roberto (2005). *Immunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fahy, Kathleen & Smith, Philip D. (1999). From the sick role to subject positions: a new approach to the medical encounter. *Health (London)*, 3, 71-93.
- Foucault, Michel (1977). *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1991). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, Michel (1954/2003). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Galimberti, Umberto (1996). La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo. *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la Cultura*, 25, 11-14
- García, Ramón (1995). *Historia de una ruptura. El ayer y el hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus Editorial.
- García Campayo, José & Martincano Gómez, Juan Luis (2004). *Los problemas de salud en el paciente inmigrante*. Madrid: IM&C.
- Gergen, Kenneth (1994/1996). Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós.
- Gergen, Kenneth (1991/2006). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Güell, Oriol (2011, abril 08). Los recortes de la Generalitat incendian la sanidad catalana. *Diario El País, edición digital*, Extraído el 15 de junio de 2011, de <http://www.elpais.com/articulo/sociedad/recortes/Generalitat/incendian/sanidad/catalana/elpepis/oc>
- Hardt, Michael & Negri, Antonio (1994). *Imperio*. Barcelona: Paidós.
- Heller, Ágnes & Fehér, Ferenc (1995). *Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo*. Barcelona: Ed. Península.
- Ibáñez, Tomás (2001). *Psicología Social Construccionalista*. México: Universidad de Guadalajara.
- Illich, Ivan (1977/1981). *Profesiones inhabilitantes*. Madrid: Blume.
- Laing, Ronald (1974). *El yo y los otros*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lupton, Deborah (1995). *Medicine as culture*. London: Sage.
- Lupton, Deborah (1997). Psychoanalytic sociology and the medical encounter: Parsons and beyond. *Sociology of health and illness*, 19(5), 561-579.
- Lurbe i Puerto, Katia (2005). *La enajenación de los otros. Estudio Sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y París*. Tesis doctoral sin publicar, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Martins, Anderson Luiz Barbosa (2008). Biopsiquiatría e bioidentidade: Política da subjetividade contemporânea. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 331-339.
- Martín Zurró, Amando & Cano Pérez, Juan (2003). *Atención Primaria*. Madrid: Elsevier España.
- May, Carl (2006). Technogovernance: Evidence, subjectivity, and the clinical encounter in primary care medicine. *Social Science & Medicine*, 62, 1022-1030.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moral Jiménez, M^a de la Villa (2008). Crítica a la Visión Dominante de Salud-Enfermedad desde la Psicología Social de la Salud. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104.
- Negri, Antonio (1994). *El poder constituyente*. Madrid: Libertarias.
- Peñaranda-Cólera, M^a Carmen (2010). "Te escuchas aquí al lado". *Uso de tecnologías de la información y la comunicación en contextos migratorios transnacionales*. Tesis Doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona.

- Pujal, Margot & Amigot, Patricia (2010). El binarismo de género como dispositivo de poder social, corporal y subjetivo. *Quaderns de Psicologia*, 12(2), 131-148.
- Rose, Nikolas (2001). The politics of life itself. *Theory, culture, society*, 18(6), 1-30.
- Rose, Nikolas (2007). *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Sáez, Beatriz & Torras, Meri (Coord.) (2007). *Cuerpos e Identidad I. Formas de la Identidad contemporánea*. Barcelona: Edicions UAB.
- Sánchez-Candamio, Margarita (1995). La etnografía en Psicología Social. *Revista de Psicología social aplicada*, 5, 27-40.
- Szasz, Thomas (1977/1981). *La teología de la medicina*. Barcelona: Tusquets.
- Taylor, Steve & Bogdan, Robert (1984/2009). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Tirado, Francisco (2008). La semántica de la biopolítica. *Athenea Digital*, 14, 331-338. Extraído el 11 de noviembre de 2010, de <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/513>
- Vázquez, Félix (1997). *El dispositivo de análisis de datos: El análisis de contenido temático/categorial*. Documento sin publicar.
- Waitzkin, Howard (1991). *The Politics of Medical Encounters: How patients and doctors deal with social problems*. New Haven, USA: Yale University Press.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](#).

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

Reconocimiento: Debe reconocer y citar al autor original.

No comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Sin obras derivadas. No se puede alterar, transformar, o generar una obra derivada a partir de esta obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)