ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, Argentina. Vol 9, Nº 1 (2012)

Control social y relaciones de poder en la interacción equipo de salud-usuario

Social control and power relationships in the health team-user interaction

Acuña, *Brenda*[1]*;* ***Buffone,*** *Ignacio*[1]*;* ***Fuks,*** *Vanesa*[1]*;* ***Lamponi Tappatá,*** *Lucía*[1]*;* ***Murano,*** *Matías*[1]*;* ***Scarlato,*** *Ana*[1]*;* ***Veiga,*** *Paz*[1]*;* ***Silberman*** *Pedro*[2]

[1]*Estudiante de la Carrera de Medicina, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina. matiasmurano@hotmail.com*

[2]*Médico de Familia. Profesor Adjunto del área Salud Individual y Colectiva, Departamento Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina. pedrosil2005@yahoo.com.ar*

RESUMEN: Se analizaron las estrategias de poder en la relación profesionales de la salud-pacientes, como instancia condicionante del trabajo profesional y para nuestra construcción de un modelo de rol. El objetivo es describir las acciones que se dan en la relación equipo de salud-usuario en la Atención Primaria, que habilitan y/o condicionan el comportamiento de los individuos con respecto a su salud, para reflexionar sobre el modelo profesional de la carrera de Medicina durante el año 2010.
Desarrollamos nuestro objetivo a partir de la observación del comportamiento del equipo de salud en el "Hospital Menor de Ingeniero White" de la ciudad de Bahía Blanca. Observamos una clara asimetría de poder entre el equipo de salud y el usuario, dejando en evidencia la actual y fuerte influencia del modelo médico hegemónico en esta relación. Los profesionales de la salud tienden a adjudicarse el poder y/o control en la relación con sus pacientes, justificando su accionar en su posesión del conocimiento de tipo académico, y de esta manera desestimando el conocimiento del paciente.
PALABRAS CLAVE: relación equipo de salud-paciente; poder; modelo médico hegemónico.

ABSTRACT: We analyze the strategies of power in the relation between patients and health professionals, as a conditioning instance of professional work and to our construction of a role model. The objective is to describe the actions given in the relation between health care teams and users, which enable or conditionate the behavior of individuals regarding their health, to reflect on the professional model of the medical career in 2010. We developed our objective from the observation of the behavior of the health team in the "Hospital Menor de Ingeniero White" in the city of Bahia Blanca. We observed a clear asymmetry of power between the health care team and the user, which evidences the strong and current influence of the hegemonic medical model in this relationship. Health professionals tend to attribute themselves the power and/or control in the relationship with their patients, justifying their actions in the possession of knowledge of an academic nature, and thus dismissing the patient's knowledge.
KEYWORDS: patient health team-patient relation; power; hegemonic medical model.

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, Argentina. Vol 9, N° 1 (2012)

INTRODUCCIÓN

En el año 2008 ingresamos a la carrera de Medicina en la Universidad Nacional del Sur, y nos designaron el barrio Villa Nocito para realizar actividades en Terreno. Trabajo en Terreno es un escenario de aprendizaje con origen en la estrategia pedagógica de "educación basada en la comunidad", fundamentada en el principio de que la comunidad es el actor principal, y el contexto real donde se desarrolla y se vive el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC).

Este diseño curricular considera que el contacto directo, temprano y permanente con la comunidad es un espacio privilegiado para lograr el perfil del profesional médico que la universidad propone. Como parte de nuestras intervenciones en el barrio, decidimos organizar durante el año 2008 una reunión junto con los vecinos para identificar situaciones que consideraban problemáticas en el barrio. Se realizó la priorización de las mismas mediante el criterio denominado "importancia otorgada por la comunidad" (1). Posteriormente, se identificaron las causas de los problemas surgidos a fin de considerar cuáles eran abordables y cuáles no, llegando a la conclusión que el más relevante fue: "La basura en las calles".

Dado que nuestra carrera implica un proceso de reflexión continua, a comienzos del 2010 nos cuestionamos si la basura en las calles era realmente un problema. Con este interrogante y a partir del debate se generó un proceso de aprendizaje y trabajo grupal del cual surgieron tres líneas a pensar.

La primera línea considerada fue el proceso histórico de la basura, ya que existe una importante carencia de estudios que apunten a abordar este tema como un proceso, comprendiendo sus interrelaciones, complejidad y lógica de funcionamiento, evitando una visión parcializada del mismo. Hemos notado que las intervenciones realizadas hasta el momento en el barrio para erradicar la basura no han dado resultado, debido probablemente, a la falta de consideración del mecanismo de arraigamiento de la misma que determinó su cotidianeidad. Entonces, fue importante trabajar con un enfoque que utilizó tanto perspectivas históricas como situacionales. La articulación entre ambas posibilitó cuestionar visiones sincrónicas que al anular los procesos históricos legitima ciertas interpretaciones que no corresponden a lo realmente acontecido.

Tomando como referente a Michel Foucault, que explica desde la economía la elaboración de poder, vemos al Estado como una expresión de ese poder, como organismo dominante enmarcado en un modo de producción capitalista. Es con este pensamiento que aparece una segunda línea**,** en la cual consideramos al Estado como institución ejecutora de poder para controlar los comportamientos de los individuos, de acuerdo a intereses económicos y políticos dominantes en cada momento. Es a través de la impartición de leyes, políticas públicas de salud, entre otras, que el Estado perpetúa y mantiene sus relaciones productivas (1). De lo mencionado anteriormente, y según Foucault, quien niega aceptar que el Estado sea el único lugar desde el que se perpetúa el poder (1), sin desmerecer su importancia, es que surge una tercera línea: las estrategias de poder en las relaciones entre individuos y los profesionales de la salud. Consideramos aquí que el poder en una determinada sociedad no deriva de un poder central y único, sino que existen varios poderes que ejercen los individuos sobre las acciones de los otros (y aún sobre ellos mismos), heterogéneos entre sí. Esto se puede ver ilustrado dentro del marco de una consulta médica al considerar que mientras el médico tiene conocimiento científico y sabe cómo abordar los síntomas, el paciente tiene más conocimiento sobre su estado de salud y su propio cuerpo.

Es en términos de relaciones de poder, organización, jerarquía de individuos en un espacio, figuras de tecnologías de poder, y modos de intervención, que Foucault define un diagrama de la forma ideal de poder: el panóptico. A partir de esta figura podemos identificar la relación saber-poder propia de nuestra sociedad occidental que se caracteriza como sociedad de control y corrección de conductas para determinar su normalidad (1 p. 13). Un comportamiento médico que ejemplifica este tipo de relación es el dar consejos que de forma directa o indirecta direccionan los hábitos del paciente.

Basándonos en este último enfoque formulamos nuestra hipótesis:

El ejercicio profesional en el sistema de salud se encarga de impartir normas (en relaci*ón* con diagnóstico y tratamiento), que limitan o condicionan acciones de los individuos, funcionando como agente de control social y reproduciendo modelos de poder.

MARCO TEÓRICO

En su tratamiento del poder Foucault criticó e intentó alejarse de las concepciones tradicionales del poder. Entre ellas encontramos la concepción marxista, que sostiene al poder en función de relaciones de producción y dominación de clase. Para el marxismo el poder es ejercido por la clase dominante, con la función última de perpetuarse y mantener sus relaciones productivas; posicionando al estado como un instrumento de coerción puesto al servicio de la clase dominante, con objeto de oprimir a las otras clases. Marx manifiesta que si la clase obrera desea defender sus intereses, debe "luchar por conquistar el poder" (2, 3).

Foucault define al *poder* como una relación de fuerzas, una red productiva que se encuentra en todo el cuerpo social, pero que se reproduce sobre todo de modo individual en microespacios; así, el autor, deja muy alejada la clásica definición de poder como dominación unilateral y lineal, y de un cierto sector social hacia otro.

Al ser relación, está en todas partes y se constituye como una estrategia que sólo existe en el acto (se ejerce, no se posee) y cuyo mecanismo es la represi**ón**, que excluye o impide, y la ideolog**ía**, que hace creer u oculta. Cuando se manifiesta con el acto de gobernar, impone conductas o formas de actuar de cada uno sobre sí, lo que el filósofo denominó tecnolog**ías** de *sí* que permiten al sujeto preservarse a sí mismo. En el marco de la consulta se refleja cómo las relaciones de poder son recíprocas entre el profesional y el paciente, cómo la recomendación de realizar actividad física diaria influye en la decisión del accionar del paciente, modificando o no su agenda, de acuerdo al discurso médico (4, 7).

Foucault, en cada uno de los dominios que analiza (enfermedad mental, prácticas punitivas y sexualidad), intenta mostrar la íntima correlación y retroalimentación existente entre el saber, la verdad y el poder que nos constituyen como sujetos, y de esta forma, poder considerar y analizar a la moral, en las relaciones que establecemos, teniendo presente de qué manera el sujeto pasa a ser objeto de conocimiento y fundador del mismo (4).

La objetivaci**ó**n m**é**dica del cuerpo surge con el cambio de concepción del mismo, al pasar a considerarlo como materia, como una posesión, y no como una unidad, convirtiéndose en el blanco de nuevos mecanismos de poder que lo expondrán a nuevos saberes. Surge de este modo la sociedad disciplinaria, un diagrama basado en prácticas de vigilancia y disciplinamiento de las operaciones corporales que somete, utiliza, transforma y perfecciona a un cuerpo considerado dócil por estos motivos. Los métodos que permiten mediante el control mejorar la productividad de la sociedad se conocen como disciplinas (6).

Es esta preocupación por controlar el "cuerpo social" la que aumenta la presencia del discurso médico y la influencia social de la medicina para acumular "cuerpos domesticados y productivos" (6). Así, el discurso pasa a ser un mecanismo estratégico en el que el poder está implicado, y gracias al que funciona, suponiendo una relación directa entre el uno y el otro. Indicarle a un paciente que debe bajar los niveles de presión arterial porque corre riesgo de sufrir un infarto cardíaco, a pesar que el sujeto refiera sentirse bien o saludable, demuestra de alguna forma que la relación poder-discurso está vigente. Con la aparición de saberes establecidos como verdades es que surgen las nociones de arqueología, genealogía y ética, determinando las tres fases o períodos de la obra de Foucault. Desde la arqueolog**ía** y la genealog**ía** se analizan los saberes que se han constituido como hegemónicos, imponiéndose a otros, y han dado forma a los discursos, determinando una relación de poder-saber. Actualmente, el discurso hegemónico está dado por la biomedicina al sentirse el médico el único capacitado para catalogar a una persona como enferma o sana (7).

En el tercer y último período, Foucault presenta a la **é**tica como forma reflexiva de la libertad, al definirse como el campo de conductas y comportamientos que el sujeto elige de las disponibles para formarse y gobernarse. Esta relación determina la forma de considerarse a uno mismo, a los otros y al mundo, la cual denominaremos cuidado de sí. Su práctica fue definida anteriormente como técnicas de sí, y más tarde Menéndez la llamará autoatención, al referirse a los micropoderes ejercidos sobre la salud individual.

De todo lo dicho podemos rescatar que verdad, saber y poder están efectivamente relacionados. Si queremos saber qué es el conocimiento, debemos comprender las relaciones de poder cuyos efectos producen e impactan en la verdad de las ciencias (interna) y de la sociedad (externa). Tampoco hay que olvidar que la construcción de

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, Argentina. Vol 9, N° 1 (2012)

estos saberes es producto del control del discurso de poder que encierra una vigilancia perpetua y constante, lo cual Foucault denominó normalizaci**ón**. Cabe diferenciar en este momento que la ley, establecida por la justicia, interviene cuando existe una infracción y debe ser conocida por todos; y que la norma, establecida a partir de un saber específico por quienes lo poseen, interviene durante toda la vida pero sólo es conocida por quienes la establecieron (5).

La trasgresión de una norma o una serie de normas dadas que son aceptadas por un número significativo de personas de una comunidad o sociedad, se denomina desviaci**ón (7).** En todas las sociedades existen formas de desviación, aunque lo que se define como tal varía de sociedad a sociedad. La desviación y la respuesta social que provoca contribuyen a consolidar el sustrato moral de la sociedad. La definición de algunos individuos calificados como desviados, ayuda a otros a trazar una línea entre lo que está bien y lo que está mal.

Los mecanismos de control social reprimen las manifestaciones de comportamientos desviados. Foucault define al control social como al conjunto de mecanismos reguladores del orden social, mediante los cuales la sociedad presiona a los individuos para que se comporten según las normas establecidas. El mecanismo más importante de control es la interiorización de las normas y valores de la sociedad de pertenencia (6).

Consideramos que una de las formas de control social se manifiesta a través del Modelo M**é**dico Hegemónico (MMH) (8), el cual pretendemos abordar en este trabajo.

Este modelo fue reconocido por el conjunto de las clases sociales como el medio más eficaz de cura y de control de determinadas enfermedades y "desviaciones", por el hecho de que casi todos los líderes y teóricos de la clase obrera ponderaron como aliado "natural" del socialismo a la medicina denominada científica (11).

Menéndez lo define como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica. Algunas de las caracter**ís**ticas principales del modelo son: el biologismo, el individualismo, la a-historicidad, la asimetría, la medicalización, la normalización, la racionalidad científica y la salud-enfermedad como mercancía (8).

El rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos (8 - 9).

Muy relacionado a éste se encuentra el individualismo que tiende a responsabilizar al sujeto de su propio estado de salud, volviendo al paciente culpable de su propia enfermedad. Por ejemplo, justificar la enfermedad de un paciente con un hábito personal que el médico desaconseja, como una enfermedad respiratoria causada por el tabaquismo, ilustra claramente que se culpabiliza solamente al sujeto cuando también se podría responsabilizar a las empresas tabacaleras. El profesional no sólo aconseja el abandono del hábito tabáquico sino que también persuade sobre el no fumar en el mismo ambiente donde se encuentran niños. Esto deja plasmado que el eje de cualquier medida higienista individual es la de modificación de costumbres, su moralización y su asimilación de normas y valores hegemónicos.

Otro rasgo para destacar es la a-historicidad, puesto que la enfermedad según la práctica médica es un hecho biológico, natural y no un hecho social, histórico, implicando que la enfermedad evoluciona y no tiene historia.

Menéndez piensa a la autoatención en dos niveles a los que denomina "amplio" y "restringido". El primer nivel se refiere a todas las formas que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de sujetos y grupos, especialmente a nivel de grupo doméstico. Estas formas son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidas por la propia cultura del grupo. Esto incluiría no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino las actividades de preparación y distribución de los alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso del agua, etc. En tanto que, el segundo nivel hace referencia a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al PSEAC. Si bien es difícil realizar un corte entre la autoatención en sentido amplio y restringido, este opera como un ordenamiento de la realidad (9-10).

Puede confundirse a la autoatención con la automedicaci**ón**, entendida como la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos, para tratar determinados padecimientos, sin intervención directa o inmediata del médico o personal de salud. Sin embargo, la automedicación forma parte del concepto de autoatención (9-10). Al igual que la automedicación, el auto-

cuidado suele usarse como sinónimo de autoatención, cuando en realidad forma parte de ella (9).

La biomedicina utiliza el concepto de autoatención, promoviendo el autocuidado, y cuestionando la automedicación. Menéndez entiende a estas dos formas de autoatención como parte de un mismo proceso que busca promover el afianzamiento de micropoderes (10).

Del médico al equipo y del paciente al usuario

El equipo de salud-usuario involucra a profesionales de la atención a la salud considerando que tienen las mismas responsabilidades ante los solicitantes, independientemente de su capacitación y formación profesional específica. Interviene además un grupo heterogéneo de sujetos que de manera directa o indirecta influyen. El usuario es cualquier ciudadano que utiliza y solicita los servicios en algún momento de su vida, y entra en un tipo de relación con el equipo de salud que no es necesariamente la de pacientes o enfermos.

OBJETIVO

Describir las acciones que se generan en la relación equipo de salud - usuario en Atención Primaria, que habilitan y/o condicionan el comportamiento de los individuos con respecto a su salud, para reflexionar sobre el modelo profesional de la carrera de Medicina del año 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desarrollamos nuestro objetivo a partir de la observación del equipo de salud de atención primaria en relación con el usuario. Dicha observación fue realizada en el Hospital Menor de Ingeniero White "Leonor Natali de Capelli", localizado en el barrio Ingeniero White, de la ciudad de Bahía Blanca. La institución cuenta con gran variedad de servicios (medicina familiar, pediatría, oftalmología, fonoaudiologia, otorrinolaringología, psicología, sala de rayos, laboratorio de análisis, farmacia) y con una guardia que funciona las 24 horas.

Para la recolección de datos, los escenarios utilizados fueron 3 consultorios externos de Medicina Familiar, la guardia y 3 salas de espera con las que se cuenta en la institución.

Se realizaron observaciones de 3 horas diarias durante 8 días, entre el 17 y 30 de agosto del año 2010. Los 8 integrantes del trabajo se dividieron en 4 grupos de 2 personas para abarcar cada escenario, y rotaban cada 40 minutos.

Las observaciones del consultorio externo de Medicina Familiar se realizaron a través de un monitor que transmite la filmación de la anamnesis de la consulta. Las consultas de guardia eran presenciales, al igual que las observaciones en las salas de espera.

Las herramientas utilizadas para la recolección de datos fueron las siguientes:

Para la observación en Consultorio Externo y guardia: Guía elaborada por el equipo de trabajo donde se prediseñaron ítems con una serie de actitudes enmarcadas dentro de la relación equipo de salud-usuario, como por ejemplo, tiempo de la consulta, tipo de vocabulario utilizado por el profesional, reacción y respuesta del usuario ante este, contemplación de cuestiones socioculturales, consejeria y modo de explicar el problema de salud, y actitudes relacionadas a la comunicación no verbal.

Para la observación en las salas de espera: Guía elaborada por el equipo de trabajo que evaluaba el entorno físico (cantidad de sillas, folletería y cartelería), cantidad de personas esperando, turnos y horarios disponibles por día, y diversas actitudes de conformidad o disconformidad del usuario que se percibían en la observación presencial.

Posteriormente, los datos recolectados por cada integrante del grupo, se agruparon en un cuadro que permitió ordenarlos según diferentes temáticas, las cuales fueron seleccionadas previas al trabajo de campo (saberes, tiempo, elementos simbólicos, contexto socioeconómico y cultural, choque entre agendas, consejería y conductas estigmatizantes).

RESULTADOS

Siendo nuestro objetivo detectar las diferentes formas en las que el poder y el control se manifiestan en la relación equipo de salud-usuario, a continuación describiremos lo observado. Para ello diferenciamos algunas categorías en base a nuestro marco teórico, a saber:

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, Argentina. Vol 9, N° 1 (2012)

Saberes

Dentro del marco de una entrevista médico – paciente, podemos encontrar que el profesional expresa un conocimiento de tipo académico, y por su parte, los usuarios manifiestan el conocimiento sobre su propio cuerpo, sintomatología y salud. Para establecer una adecuada relación entre estos y llegar a un buen diagnóstico, es necesario que ambos saberes confluyan y se hagan "uno", lo cual en la práctica resulta difícil de llevar a cabo.

Pudimos observar que muchos profesionales priorizan su saber con respecto al de los pacientes:

El médico explica los criterios para el diagnostico de la gripe A, mientras la paciente utiliza frases como "…a mi no me va a decir usted lo que es tener gripe…", "…yo tuve gripe muchas veces, y estuve re mal y nunca tuve fiebre…".

El médico interroga acerca del motivo de consulta a lo que el padre responde: "…empez*ó* con tos..." el profesional interrumpe, y explica las caracter*í*sticas de la tos. Al terminar, el padre agrega "…pero igual más que nada viene porque también le duele el o*í*do…".

El conocimiento académico por parte de los profesionales de la salud es trasmitido mediante un vocabulario técnico, en muchas ocasiones desconocido por el usuario.

Este tipo de lenguaje provoca, habitualmente, un marco en el cual el médico es quien tiene el poder de decidir acerca de la salud del paciente y una sensación de inferioridad en este último. La inadecuada comunicaci**ó**n, provoca que el paciente no comprenda lo informado o que conlleve a una incorrecta interpretación.

Médico: "…tiene una hernia umbilical, pero es normal hasta el año…" "…lo que tiene es la sexta enfermedad, algo viral…"

Paciente: "…me hicieron un trasplante de oído…" Médico: "¿Trasplante o implante?". Paciente: "A mí me dijeron que era un trasplante, no se…"

Médico: "…tenés broncoespasmo, sobre todo en los v*é*rtices de los pulmones, *¿l*a tos es con expectoraci*ó*n?" Paciente: "¿eh?" Médico: "…si te sale algo cuando toses..."

Tiempo

En lo observado encontramos una asimetría en cuanto a la valoración que se le atribuye al tiempo del usuario con respecto al del profesional, generando un desequilibrio en las relaciones de poder. Este último, a través de diferentes acciones, genera en el paciente la sensación de que su tiempo es menos valioso, sin tener en cuenta que los mismos tienen diferentes responsabilidades y obligaciones, que se superponen con los horarios de consulta. Esto trae como consecuencia mala predisposición, incumplimiento con el horario, o ausencia por parte de los usuarios.

Las personas vienen hasta una hora antes para conseguir turno, y aun así no consiguen.

El médico alergista entrega aproximadamente 10 turnos, indicándole a cada paciente que concurran al mismo horario, provocando que algunos deban esperar hasta 3 horas para ser atendidos.

En guardia se ven pacientes que vienen a consultar y deben esperar o volver más tarde porque hay un solo médico de guardia y fue a almorzar.

Pacientes que acuden a consultorio externo sin cumplir con el horario establecido, son atendidos a nivel de guardia.

Un paciente tiene que realizarse un PAP y dicho estudio no puede llevarse a cabo porque la sala de ginecología está ocupada por el ginecólogo que no está atendiendo en ese momento. El paciente debe sacar un turno y volver nuevamente al hospital.

Elementos simbólicos

El entorno físico donde se desarrolla la interacción del equipo de salud con el usuario, presenta elementos simb**ó**licos que enfatizan aún más las diferencias de poder en la relación.

Por ejemplo, la presencia de carteles en la guardia que indican al paciente en qué casos concurrir a la misma y en cuáles no; sin considerar que tal vez el paciente concurre a dicho lugar debido a la falta de turnos, generando la saturación del sistema de salud, puesto que se terminan atendiendo patologías no urgentes, lo que condena a una incorrecta atención sanitaria, ya que provoca retrasos diagnósticos, favorece el error humano, reduce la satisfacción del usuario, por lo que incrementa el número de quejas y eleva el porcentaje de pacientes que abandona la urgencia sin ser atendido.

Asimismo, observamos durante la entrevista la existencia de escritorios de por medio que mar-

can la distancia jerárquica entre el profesional y el usuario.

En una de las paredes de la sala de espera en la guardia se puede leer el siguiente cartel:

Urgencias: Herida cortante reciente; dolor de pecho en cardíacos; fiebre y silbido en el pecho en un bebe; etc.

No urgencias: estado gripal, dolor de espalda por un esfuerzo; tos de varios días; etc.

Contexto socioeconómico y cultural

En muchas ocasiones, el contenido y la forma de llevar adelante la consulta por parte del profesional de salud, es exclusivamente biológico, dejando de lado el *contexto socio- económico y cultural* de los usuarios. Esto genera la imposibilidad de contextualizar las representaciones y valores que los comportamientos y acciones involucran. Dejando en evidencia la fuerte influencia del modelo médico hegemónico en el ámbito hospitalario.

A continuación destacamos las principales frases obtenidas referidas a éste tema:

Una mujer entra con su hijo de 2 años, con pelo largo hasta los hombros, indicando la madre que este tiene tos y fiebre. Llega el médico de guardia, y después de hablar con la madre y revisar a su hijo sin preguntar su nombre, habla de él como si fuera una nena durante toda la consulta. Le indica un tratamiento muy claro y conciso, escribiéndole con una letra muy poco legible

Sin embargo, se pudo observar que esta actitud no está siempre presente. La mayoría de las consultas observadas fueron realizadas por médicos de familia (especialidad en la cual se remarca la importancia de incluir al contexto socioeconómico y cultural en la consulta) por lo que, ejemplos como el citado a continuación, demostraron la capacidad del profesional de contextualizar e individualizar la situación del paciente.

Médico: "…éste que te anoto acá sale 4 pesos y es mejor que el ibuprofeno…"

Médico: "¿El PAP te lo hiciste?..¿Tenés problemas si es un hombre, o preferís una mujer?..¿Preferís mañana o tarde?..¿Tenes problemas si es el miércoles?"

Médico: "¿Te casaste hace poco me dijiste?... *¿Cómo lo aceptaron tus hijas?"*

Choque entre agendas

En el marco de la consulta médica se presenta un choque entre agendas. La del profesional con el objetivo principal de crear un cuerpo sano y productivo, que cumpla con las normas socialmente establecidas, para lo cual se vale de herramientas como el interrogatorio directo, la consejería y el examen físico, entre otras; y la del paciente que busca atenderse y solucionar la afección que lo aqueja en ese momento. Muchas veces se favorece la primera, ya que el médico siente que su conocimiento le da el poder para hacerlo. De esta forma, el interrogatorio se puede transformar en un modo de control social que disciplina indirectamente al preguntar sobre hábitos riesgosos o factores de riesgo. Así, las representaciones previas que tiene arraigadas el MMH hace que se desfiguren las respuestas del paciente tendiendo a acentuar los aspectos negativos de su salud.

El médico pregunta hábitos higiénicos a la madre de una niña de 4 años: ¿Se baña sola? ¿Se seca bien? ¿Va al baño sola? ¿Se limpia sola? ¿Se toca la vulva frecuentemente?

Paciente que consulta para hacerse un control de salud general. El médico decide sacar el IMC, llegando al resultado de 26,8. Le explica al paciente en qué consiste el método, y le indica que esta fuera del rango normal. "...tenés que bajar hasta 25 que es el ideal...". El paciente muestra una cierta preocupación con respecto a lo escuchado.

Consejería

Como parte del discurso médico encontramos a la consejer**ía**, y muy relacionada a ella al choque de saberes del médico y del paciente. Esta herramienta utilizada correctamente, permite ayudar al paciente a decidir qué es lo mejor en su situación, sin influir el médico en el proceso. Pero puede tornarse en un discurso de control, cuando el profesional impone pautas o normas a seguir sin dar lugar a cuestionamientos, subordinando e incluso sometiendo al paciente. En una sociedad donde rige el MMH observamos como el supuesto asesoramiento y educación se transforma en una estrategia de control, en la cual se dicta qué hacer y qué no hacer. De esta forma se impide el desarrollo de conductas de autoatención (o para hacer referencia a lo planteado por Foucault, el desarrollo de tecnologías de poder) y la autonomía del paciente para tomar decisiones sobre su salud.

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, Argentina. Vol 9, N° 1 (2012)

Médico: "¿Fumas?" Paciente: "Si" Médico: "Dejalo."

"Vengo haciendo todos los deberes doctor, salgo a caminar, me cuido de las comidas,

¿vio que estoy más flaco?". El médico asiente y dice: "igual cuando puedas venite a hacer un control general al consultorio"

"Ahora te voy decir que es lo que tenes que comer, y que es lo que no podes...nada de comer comidas grasas saturadas...seguí la dieta y volvé dentro de un mes. Tendrías que hacer actividad física también."

Conductas estigmatizantes

El discurso médico, alimentado por el MMH e impulsado por la tendencia de disciplinar y crear cuerpos útiles, otorga al profesional el poder para culpabilizar al paciente por sus conductas inapropiadas o perjudiciales. Esta conducta se justifica desde el pensamiento de que el médico es el único poseedor de la verdad y su saber es superior al del paciente. De este modo, el discurso médico pasa a ser un discurso estigmatizante. Visto desde esta perspectiva, el control social se presenta, no en el acto mismo de preguntar o emitir la palabra, sino en el modo en que éste se realiza.

Paciente de 19 años de edad "Tengo una hija". Médica "¿Una hija?, ¡pero si sos una nena!"

LIMITACIONES

Teniendo en cuenta que en el Hospital Menor de Ingeniero White, gran parte de los médicos del equipo de salud son médicos de familia y generales, y residentes de medicina familiar y salud comunitaria, creemos que los resultados obtenidos hubieran variado de haber realizado las observaciones en una institución con distinta distribución de profesionales.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo hemos analizado a través de observaciones, las relaciones de poder existentes entre el equipo de salud-usuario que condicionan el comportamiento de los individuos con respecto a su salud.

Podemos concluir, a partir de los resultados obtenidos, en la existencia de una marcada influencia del MMH en las interacciones entre el equipo de salud y el usuario. En variadas ocasiones detectamos mecanismos de control social que se encargan de regular determinadas conductas del paciente, donde el médico es quien se adjudica el ejercicio de poder, justificando su accionar al poseer el conocimiento de tipo académico. Esto conlleva a que el conocimiento del usuario sea descalificado, restándole poder a su discurso.

Cabe aclarar que existen diferencias en las conductas de los profesionales a la hora de realizar una entrevista; mientras algunos realizan un enfoque exclusivamente biológico, dejando de lado el contexto socioeconómico y cultural de los usuarios, otros enfatizan sobre estos últimos. En la primer situación se observa una relación asimétrica, que se manifiesta en el uso por parte del profesional de un vocabulario técnico, en ocasiones incomprensible para el paciente; o en la imposición de discursos y normas que no involucran la percepción del usuario acerca de su enfermedad.

En la perspectiva integral, el médico hace uso de diferentes herramientas como la consejería, a fin de promover el autocuidado en el usuario, permitiendo que éste exprese sus preocupaciones, e incorporando su visión del problema, tratando de generar una respuesta que abarque aspectos biomédicos y psicosociales; y consensuando con el paciente los pasos a seguir. En este caso se logra una relación en la cual la responsabilidad se comparte y se intenta generar una alianza que favorezca la autonomía del paciente, pero siempre dejando en evidencia que "quien tiene el poder" es el médico, ya que el paciente decide en base a las opciones que el médico le plantea.

Lo mencionado anteriormente evidencia la influencia ejercida por el MMH, ya que estas conductas se justifican desde el pensamiento de que el médico es el único poseedor de la verdad y su saber es superior al del paciente, lo cual transforma el asesoramiento y educación en una estrategia de control.

BIBLIOGRAFÍA

1) Apreda, G.A. La concepción del sujeto en Michel Foucault. 2004. Disponible en:http://borromeo.kennedy.edu.ar/Artculos/SujetofoucaultApreda.pdf

2) Nin A. La concepción marxista del poder y la revolución española. Disponible en: http://www.marxists.org/espanol/nin/1937/concepcion_marxista_del_poder.htm

3) Blanco J. Marxismo y Poder. Disponible en: http://www.ucm.es/info/nomadas/17/cblancomartin_marxismoypoder.pdf

4) Fuenmayor, A.F. El concepto de poder en Michel Foucault. Revista de filosofía: A parte rei. Septiembre 2007; 53. (faltan páginas) Disponible en: http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/avila53.pdf

5) Foucault, Michel. El nacimiento de la clínica. Mexico: Editorial siglo XXI; 1983.

6) Gómez, D. La apropiación del hombre por parte de la medicina moderna. Abraxa Magazine; Revista de psicología, sociedad y cultura. Abril 2009.

7) Disponible en: http://abraxasmagazine.wordpress.com/2009/04/14/medicina-y-subjetividad-la-apropiacion-del-hombre-por-parte-de-la-medicina-moderna/

8) Piedra Guillen, N. Relaciones de poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género. Revista de ciencias sociales; 4(106): 123-141. Costa rica; 2004. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/153/15310610.pdf

9) Menendez, E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud; 30 abr- 7 may 1988; Buenos aires, Argentina

10) Menendez, E. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia y Salud colectiva [internet]. 2003; 8(1):185-207. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n1/a14v08n1

11) Menendez, E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009

12) Menendez E. Modelo Hegemónico, Crisis Socioeconómica, y estrategias de acción del sector salud. Disponible en: http://www.hjunin.ms.gba.gov.ar/archivos/residencias/Bibliografia%20Comun/Modelo_Hegemonico.